



<https://www.revclinesp.es>

I-146 - ¿QUÉ TIPO DE INFECCIONES ORIGINAN INTERCONSULTAS A LA UEI DESDE UN SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA? ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN EL PERÍODO DE UN AÑO

C. Ramírez Blanco¹, K. Mohamed Ramírez¹, J. Robaina Bordon¹, N. Jaén Sánchez², E. Pisos Alamo², P. Hernández Cabrera², J. Pérez Arellano² y A. Conde Martel¹

¹Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas). ²Medicina Interna. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria (Las Palmas).

Resumen

Objetivos: Análisis de las interconsultas (IC) realizadas por Neurocirugía a una Unidad de Enfermedades Infecciosas de Medicina Interna. Describir los motivos de consulta y agentes causales más frecuentes así como su manejo y evolución clínica.

Material y métodos: Estudio trasversal sobre una muestra de 98 IC registradas durante un año. Se recogieron los datos generales del ingreso de cada paciente, incluyendo características demográficas, tipo y motivo del ingreso, tiempo hasta la realización de la IC, motivos y objetivos de la IC, al igual que los datos de seguimiento; en concreto: tipo de complicaciones, aislamiento microbiológico, pauta antibiótica empleada y evolución final del cuadro.

Resultados: Las 98 IC realizadas correspondieron a 93 pacientes con una edad media $55,4 \text{ años} \pm 16,7$ (52,7% mujeres). El 79,6% de los pacientes registrados ingresaron de forma urgente donde los traumatismos cráneo-encefálicos fueron la etiología principal. El tiempo desde Ingreso-IC mostró una enorme variabilidad (mediana 18 días - RINQ: 34, intervalos 0-10 días: 38,7% y > 30 días: 35,5%) con un tiempo de seguimiento amplio (mediana: 14 - RINQ: 20). Las infecciones de herida quirúrgica (24,7% del total) fueron el motivo de consulta y diagnóstico principales, seguida de las infecciones respiratorias (20,4%) asociadas o no a IOT y las ventriculitis (9,7%) junto con el resto de las complicaciones intracraneales. Se realizaron cultivos en el 92,4% de los casos y se obtuvo resultado positivo en un 73,5% de los mismos, aislándose un porcentaje elevado de bacilos Gram - (51,4%) tanto en las infecciones del foco quirúrgico como en el resto de focos. En segundo lugar, se aislaron varias asociaciones polimicrobianas (15%), siendo el porcentaje de cocos Gram + agrupados en racimos relativamente bajo para el global de la muestra (10%). Solo un 38,7% tenían pauta antibiótica previa a la IC y en más de la mitad de los casos (57%) esta se modificó, aumentándose en número, espectro y con tendencia a su mantenimiento incluso tras los resultados del antibiograma (43%). El porcentaje de exitus durante el seguimiento fue del 6,5%.

Discusión: Analizando los datos obtenidos se objetiva una alta prevalencia de infecciones de herida quirúrgica frente al resto de focos infecciosos; porcentaje elevado, inesperado y superior al señalado en otras revisiones. Así mismo, el aislamiento de bacilos Gram- fue superior al descrito en otras series de similares características, con una frecuencia de infecciones estafilocócicas (agentes más frecuentemente aislados) especialmente baja. Todo esto nos obliga a continuar analizando los posibles factores de riesgo asociados a

este tipo de infecciones; donde probablemente la alta prevalencia de IC por encima de los 15 días de ingreso jueguen un papel determinante en su formación, dada la influencia del tiempo de interacción con la microbiota hospitalaria. En lo que respecta a las recomendaciones terapéuticas, en más de la mitad de los casos la cobertura antimicrobiana tuvo que ser aumentada de forma empírica, lo que sugiere que esta era inicialmente inadecuada; siendo por tanto la colaboración de la UEI necesaria para su control óptimo en un alto porcentaje de casos.

Conclusiones: Los Tiempo de Ingreso-IC y Seguimiento en las IC derivadas de Neurocirugía son especialmente altos, donde las infecciones de herida quirúrgica y las ventriculitis por bacilos Gram- poseen una elevada prevalencia dentro de las complicaciones las originan, a diferencia de otras series. La antibioterapia previa a IC fue modificada en un alto porcentaje de casos, siendo necesaria la adecuación de un programa de atención conjunta con la UEI para mejorar los resultados y vigilancia de los factores de riesgo asociados a este tipo de infecciones.