Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):288

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-189. - MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS

R. Rodil Fraile, A. Redondo Arriazu, P. Mendoza Roy, N. Andrés Imaz, G. Tiberio López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Pamplona/Iruña. Navarra.

Resumen

Objetivos: Las infecciones respiratorias constituyen una de las patologías más frecuentes en el medio intra y extrahospitalario. El inicio del tratamiento antibiótico suele ser empírico, habitualmente, cubriendo gérmenes típicos y atípicos. El incremento de infecciones causadas por microorganismos multirresistentes está asociado, entre otros, con el uso previo de antibióticos. El objetivo principal fue el estudio de la mortalidad intrahospitalaria (MIH).

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional, unicéntrico. Se incluyeron infecciones respiratorias, derivadas del servicio de Urgencias con tratamiento antibiótico empírico a Medicina Interna (MI) del Complejo Hospitalario de Navarra B, desde junio hasta diciembre del 2013. La muestra fue estratificada en tres grupos en base al pronóstico de las comorbilidades de los pacientes previo al ingreso, de acuerdo a los criterios de Mc-Cabe-Jackson: pronóstico 1: pacientes con esperanza de vida inferior a 3 meses; pronóstico 2: pacientes con supervivencia superior a 3 meses e inferior a 5 años; pronóstico 3: pacientes con supervivencia esperada superior a 5 años. La población se dividió en dos grupos en función de la modificación de la antibioterapia desde Urgencias, tras la revisión por parte de MI. Para el análisis de los datos, se emplearon la chi cuadrado, para comparar las variables categóricas, y la regresión logística simple univariante, para predecir los factores independientes de MIH.

Resultados: Se evaluaron 273 pacientes (52% mujeres con una media de edad de 81 años). La supervivencia esperada fue mayor de 5 años en el 86% de los casos. Los diagnósticos fueron clasificados en: infección respiratoria de vías bajas, 135 (49%); neumonía, 117 (43%); reagudización de EPOC, 15 (5%); y, sobreinfección de bronquiectasias, 6 (2%). La estancia media del ingreso fue de 9,2 días. La MIH fue del 13%. La mitad de los pacientes habían recibido antibioterapia en los 6 meses previos. En Urgencias, 131 (43%) recibieron levofloxacino, de forma empírica, 82 (17%) amoxicilina-clavulánico y 46 (15%) ceftriaxona. Treinta y siete (14%) de los pacientes recibieron de inicio biterapia, siendo la combinación más frecuente ceftriaxona y levofloxacino. El tiempo medio de tratamiento fue de 8 días. Tras la valoración por MI, se modificó el tratamiento en el 24% de los casos, siendo piperacilina-tazobactam y amoxicilina-clavulánico (18% y 15%, respectivamente), los habituales. La MIH fue significativamente mayor en el grupo de pacientes tratados con antibioterapia los 6 meses previos al ingreso (OR 2,6, p = 0,016, IC95% 1,19-5,70) y, en concreto, con fluoroquinolonas (OR 2,12, p = 0,04, IC95% 1,03-4,33) También, se observó mayor MIH en aquellos pacientes tratados con biterapia desde el inicio (OR 2,48, p = 0,036, IC95% 1,06-5,8). Los pacientes en los que se modificó el tratamiento presentaron una mayor MIH (37% vs 26%), sin

encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los pacientes tratados en los últimos 6 meses con antibióticos tienen mayor MIH. La elección de la antibioterapia de inicio debería ajustarse en función de este hecho, por ser susceptible de un empeoramiento clínico.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.