Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):1154

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-132 - PATOLOGÍA INFECCIOSA NOSOCOMIAL VALORADA POR UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Pintos Pascual, J. Calderón Parra, E. Muñez Rubio, A. Ramos Martínez

Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid).

Resumen

*Objetivos:*La patología infecciosa (PI) por la que se interconsulta (ITC) a una Unidad de Infecciosas (UI) puede ser muy variada. Entre otros factores, la actitud diagnóstica y terapéutica puede variar en función de si se trata de una infección nosocomial (IN) o no. El objetivo de este trabajo es describir las IN y compararla con las infecciones no nosocomiales (INN) por las que se ITC a una UI.

*Material y métodos:*Revisión prospectiva de las historias de los pacientes a los que se solicitó valoración mediante ITC a la UI de nuestro centro en un periodo de 2 meses (desde 19 de enero hasta 19 de marzo de 2016).

*Resultados:*Se compararon 54 pacientes con IN (50% de las ITC recibidas) con 36 pacientes con INN (34% de las ITC). Características de los pacientes: media de edad 64 ± 15 años en pacientes con IN y 55 ± 20 años en INN (p 0,05). No se pudo establecer diferencias respecto a género (hombres 63% en IN, 55% en INN); inmunosupresión; mediana de índice de Chalson: 5 en IN, en INN 4,4; mediana de tiempo de seguimiento 9 días en IN, en INN 7,5 días. Existe una mayor tendencia a la reinterconsulta en las IN (15%) frente a las INN (6%). De entre los pacientes que ingresaron por PI y precisaron valoración por la UI, el 37% eran IN. Del total de los pacientes con IN valorada el 33% la presentaban al ingreso. El 81% de las IN se adquirió durante el presente ingreso. El motivo de consulta más frecuente entre las IN fue el ajuste de antibiótico (28%) siendo el seguimiento de PI (36%) el motivo más frecuente entre las INN. En ambos grupos dos tercios presentaron fiebre. Las IN más frecuentes fueron: infección de partes blandas 13%, Infección respiratoria 13%, bacteriemia 11%, infección de herida quirúrgica 9%, Infección del tracto urinario 9% y peritonitis 9%. Las INN más frecuentes fueron la endocarditis en el 17% y la infección osteoarticular en el 11%, siendo el resto de la PI muy variada. La IN fue más frecuente en los servicios quirúrgicos (SQ) 72%, que en los servicios médicos (SM) 46%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En los SQ la IN fue adquirida durante el presente ingreso en el 73%, mientras que en los SM solo en un caso presentaba IN debido a ingreso previo. Microbiología: no hubo diferencias respecto a número de aislamientos microbiológicos (AM), siendo la media de un AM por paciente. En el 26% de las IN no hubo AM, en el 52% un AM y en el 22% fueron polimicrobianos; entre las INN (25%, 58% y 16% respectivamente). El 28% de las IN presentaban bacteriemia (60% *Staphylococcus* spp), en las INN la presentaban el 38% (46% por *Staphylococcus coagulasa* negativo). El 46% de los pacientes con IN presentaban AM con bacterias que se consideraron resistentes, mientras que en las INN fue el 36%. La media de número de antibióticos (ATB) utilizados fue de 3 en ambos grupos; en las IN en el 35% recibió más de 3 ATB, en las INN en el 30%. Se usó más frecuentemente ATB de amplio espectro en los pacientes con IN tanto de forma empírica como dirigida. Dos tercios de los pacientes precisaron ajuste ATB. La IN presentó un 13% de mortalidad, en todos

los casos menos uno atribuida a la infección. Siendo la mortalidad entre las INN del 5% pero sin conseguirse la significación estadística.

*Discusión:*La actitud diagnóstica y terapéutica puede variar en función del lugar de adquisición de la infección, es importante conocer las características de la IN valorada por parte de una UI para un correcto manejo diagnóstico y terapéutico.

*Conclusiones:*Entre los pacientes valorados por una UI una importante proporción presenta IN. Se trata de pacientes con más edad, ingresados en servicios quirúrgicos con mayor tendencia a presentar AM de bacterias consideradas resistentes. Estas características justifican que los pacientes con IN precisen valoración para ajuste de antibioterapia así como la utilización de ATB de amplio espectro, con tendencia a mayor tiempo de ingreso, porcentaje de reinterconsulta y mayor mortalidad.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.