Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1012

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-173 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES URINARIAS/PROSTATITIS (ITU/P) TRAS BIOPSIA EN EL AÑO 2015 EN EL HOSPITAL INFANTA LEONOR

J. Fraile González[1], M. Mir Montero[2], V. Vílchez Aparicio[1], C. Sanz Plaza[3], R. Ibáñez del Castillo[3], L. Cano Alcalde[2], R. Pinuaga Orrasco[1] y B. Rodríguez Rodríguez[2]

[1]Adjunto Servicio Hospitalización a domicilio; [2]Adjunto Servicio de Urgencias; [3]Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Resumen

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es describir la tasa de infecciones, el manejo inicial en urgencias y la ecología de las ITU/P tras biopsia prostática en el Hospital Infanta Leonor durante el año 2015.

Material y métodos: Mediante un estudio retrospectivo de las historias clínicas de los 290 pacientes biopsiados en 2015, obtuvimos el número de ITU/P durante ese año. Se definió ITU/P como todo paciente con fiebre acompañado de síntomas urinarios y/o alteración en sedimento de orina en los siguientes 30 días.

Resultados: Durante el año 2015 se reportaron 23 casos de ITU/P tras biopsia, lo que representa una tasa de infección del 7,9%. El antibiótico más utilizado para la profilaxis fue amoxicilina-clavulánico (74%) con pautas y duraciones muy variables. La edad media fue de 64 años y la mayoría de los pacientes acudieron a urgencias en menos de 72h (65%) tras la prueba. Entre ellos el 52% tenían criterios de sepsis a su llegada. Prácticamente a todos los pacientes se les realizó urocultivo (95%), sin embargo solo un 60% tenían hemocultivos (el 66% presentaron bacteriemia). Solo en el 23% de los urocultivos fueron positivos. El microorganismo más frecuentemente aislado fue E. coli (60%), siendo la mitad resistentes a quinolonas. El segundo en frecuencia fue P. aeruginosa pansensible (20%). Finalmente encontramos un 10% de BLEEs (K. pneumoniae) y 10% AMPc (E. aerogenes). El destino más habitual fue el ingreso hospitalario convencional (55%), un 13% ingresaron en Hospitalización a domicilio (UHAD). El antibiótico empírico más utilizado fue una cefalosporinas de 3ª generación. El 80% recibió antibiótico inicial apropiado. Ningún paciente requirió ingreso en UCI. La duración media del tratamiento antibiótico total fue de 21 días, variando desde 7 a 31 días y la tasa de reingreso a los 30 días por empeoramiento clínico fue del 8%.

Discusión: En primer lugar, en nuestro estudio encontramos una tasa alta de complicaciones infecciosas tras biopsia con respecto a las series descritas que suelen variar entre 2% al 6%. Esto puede coincidir con el incremento descrito en los últimos años. En nuestra serie no hubo ningún ingreso en UCI ni mortalidad a los 30 días, lo que puede estar relacionado con un alto porcentaje de antibiótico empírico apropiado inicial. Cabe destacar que los pacientes que reingresaron por empeoramiento clínico fueron los que tuvieron la duración total del tratamiento más corta (7 y 10 días), más que una relación con la gravedad inicial o el antibiótico elegido. Encontramos un alto

porcentaje de resistencia a quinolonas, en total un 30%, siendo la mitad de E. coli resistentes, lo que coincide con lo descrito. Esta tasa de resistencia es mayor en las infecciones post biopsia que en las comunitarias (50% vs 27%) de nuestro área hospitalaria. Encontramos un 10% de BLEE y 10% AMPc, siendo estos pacientes a los que se les administró el antibiótico inapropiado inicial, que fue ceftriaxona. Esto coincide con los estudios que describen la multirresistencia como el principal factor de riesgo de antibiótico empírico inapropiado y mayor tasa de mortalidad. En nuestro caso, esto no implicó mayor mortalidad, pero sí que hace plantear la necesidad de una terapia empírica inicial de mayor espectro.

Conclusiones: Actualmente la biopsia prostática constituye la prueba de elección para el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, siendo eficaz y segura. La infección es una de las principales complicaciones post procedimiento, no habiendo guías clínicas consensuadas para su manejo, únicamente para su profilaxis. El aumento de la incidencia de estas infecciones, unido a la aparición de multirresistencia pueden derivar en un aumento de la morbi- mortalidad de esta técnica. Son necesarias recomendaciones más precisas en cuanto a duración y tratamiento empírico inicial, dadas las implicaciones clínicas de realizar un tratamiento antibiótico inicial inapropiado.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.