

X Reunión de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)

Oviedo, 26-28 de marzo de 2003

Sesión 1 Epidemiología de las infecciones en el anciano y uso de antibióticos

001

EVALUACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE ANCIANO CON INFECCIÓN

J.M. Rodríguez-Chinesta, D. Avellanal, A. Andía, J.C. Gainzarain, L. Vega, A. Aberasturi y F. Carreras

Objetivos: Estudiar la relación que tiene la infección en el enfermo geriátrico con la edad, sexo, variables sociales, cognitivas y de independencia del paciente en actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo basado en cuestionarios que valoran el estado médico previo al ingreso, la capacidad de relación social, el estado mental y el nivel de independencia para las ABVD, de los ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria con una edad mínima de 65 años durante los meses de octubre y noviembre del año 2002. Los cuestionarios utilizados para la recogida de los antecedentes médicos y la valoración social fueron diseñados por nuestro servicio de acuerdo con la bibliografía. Los referentes al estado mental y ABVD son los cuestionarios validados para nuestro medio, "Short portable mental status questionnaire adaptado de PFEIF-FER" y el "Índice de KATZ". Estos cuestionarios fueron cumplimentados tras encuesta con los propios pacientes o en su defecto con sus familiares o cuidadores directos. Los datos se estudiaron estadísticamente mediante el programa SPSS.

Resultados: Se han estudiado en total 79 pacientes con una edad media de 81 años (65-100). La duración media del ingreso ha sido de 8 días (1-29) siendo en los pacientes con infección de 9 días. No presentaban cuadro infeccioso 41 pacientes (51,9%), mientras que 38 casos (48,1%) presentaban algún tipo de infección, repartidas entre 15 genitourinarias, 10 respiratorias, 7 gastrointestinales, 1 de tejidos blandos y 5 cuadros febriles sin filiar el foco. En cuanto al sexo, 35 casos (44,3%) eran varones y 44 mujeres (55,7%), de los que 15 varones (39,5%) y 23 mujeres (60,5%) tenían infección. La inmunización de la gripe la cumple el 60,8% de los pacientes, y tenemos 10 pacientes con infección respiratoria de los que

9 estaban vacunados. Sin embargo, sólo 1 paciente presentaba inmunización frente al neumococo. En cuanto a valoración cognitiva y de actividades básicas de vida diaria, presentan un mayor número de infecciones los pacientes más deficientes en ambas categorías.

002

ANÁLISIS COMPARATIVO DE CONSUMO DE RECURSOS EN UNIDADES RELATIVAS DE VALOR (URV) EN MICROBIOLOGÍA

J. Colomina, M. Ortuño, J.E. Peiro y A. Guerrero

Área de Diagnóstico Biológico, Hospital de La Ribera, Alcira-Valencia.

Objetivos: El Hospital de La Ribera es el centro de referencia del Área de Salud X de la Comunidad Valenciana. Asiste a un total de 240.762 habitantes, de los cuales un 18% son \geq 65 años. Hemos querido conocer el gasto, en URVs, derivado de las determinaciones realizadas a pacientes geriátricos en nuestro medio.

Métodos: Se han estudiado las determinaciones microbiológicas realizadas durante octubre de 2002 en nuestro Servicio, tanto las procedentes de Atención Primaria como del propio Hospital. Para el cálculo de URVs se utilizó el catálogo consensuado de Microbiología de la Consellería de Sanidad de la Generalitat Valenciana.

Resultados: Se analizaron un total de 9.546 determinaciones (86% de las recibidas). Los resultados más destacables, agrupados por Secciones, se muestran en la tabla:

Estudio	< 65 años		\geq 65 años	
	n	URV*	n	URV*
Cultivo bacterias	3.401	6.861	1.204	2.105
Identificación y ATB	368	1.720	313	1.477
Cult. Micobacterias	68	659	15	147
Cultivo hongos	137	446	36	116
Parásitos en heces	441	1.253	21	59
Serología Infecciosa	3.105	8.547	437	1.276
Total	7.521	19.487	2.025	5.179

*1 URV = 1.08 euros

Conclusiones: Los estudios microbiológicos realizados a pacientes geriátricos suponen un elevado porcentaje de la carga asistencial y equivale, en nuestra experiencia, a un 21% en URVs del gasto total.

003

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE INGRESO Y MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (1996-2000)

F. Brun, A. Martín, J. Benítez, P. Pérez, A. de los Santos y F. Guerrero

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivo: Analizar las causas de ingreso y los fallecimientos producidos en un Servicio de Medicina Interna de un Hospital de Especialidades. Estudiar las características demográficas de los mismos.

Material y métodos: El estudio se realizó en un Hospital de Especialidades perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, que atiende a una población de 231.477 habitantes. Dispone de 813 camas, de las cuales 60 están adscritas al Servicio de Medicina Interna. El período de estudio estuvo comprendido entre enero de 1996 y diciembre de 2000, generándose 7.576 ingresos en nuestro Servicio. Analizamos globalmente las causas de ingreso y la mortalidad. Dentro de cada grupo de enfermedades estudiamos el porcentaje correspondiente a patologías cuya edad media era superior a 65 años, la mortalidad y el peso producida por las mismas.

Resultados: Las principales causas de ingreso fueron las infecciones (excluyendo el VIH) (16%), la patología respiratoria (15%) y la cardiaca (12%). Dentro de las infecciones, el 34% de los ingresos correspondieron a una edad media superior a 65 años (neumonía complicada (20%), sepsis (8%) e infección urinaria complicada (6%)), con una mortalidad en este grupo del 13%. En el grupo de patología cardiaca y respiratoria presentaban una edad media superior a 65 años el 96% y el 70% respectivamente. En el primer grupo el 64% de los ingresos fueron por insuficiencia cardiaca (mortalidad del 9%).

Conclusiones: La patología infecciosa, respiratoria y cardiaca generaron el 43% de los ingresos. En este grupo de enfermedades la mayoría de pacientes eran mayores de 65 años, con una mortalidad y estancia media superior al resto. La insuficiencia cardiaca, la neumonía complicada y la EPOC fueron las causas más frecuentes de ingreso en este grupo de edad.

004

PREVALENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL ANCIANO

J.F. García, M.V. Lorenzo, A. Blanco, H. Álvarez, V. Trasancos y P. Sesma

Hospital A. Marcide - Prof. Novoa Santos.

Objetivos: Conocer la prevalencia de infección nosocomial (PIN) y los factores asociados a la misma en el paciente anciano.

Métodos: estudio descriptivo de las variables recogidas en el protocolo de los cortes de prevalencia realizados 1 ó 2 veces al año en un centro de 320 camas, durante los años 1991-2001. Se recogieron datos sobre sexo, edad, días de ingreso hospitalario, procedimientos invasivos (sonda urinaria, catéteres, ventilación mecánica), cirugía y su grado de contaminación, riesgo de base (MacCabe), frecuencia, localización de la infección nosocomial, y empleo de antibióticos. Se comparan los resultados obtenidos en pacientes con edad \geq 65 años y $<$ 65 años mediante pruebas estadísticas.

Resultados: De 4.232 pacientes seguidos, 1.862 (44%) tenían \geq 65 años. La PIN en ancianos fue de 12,2% frente a 7,6% en pacientes más jóvenes ($p < 0,001$) y no se modificó de forma significativa en los años del estudio. El paciente anciano presentó una prevalencia mayor de infección urinaria (3,1%/1,1%), infección respiratoria (3,1%/1,1%) y de infección de catéter i.v. (0,5%/0,1%) frente a pacientes más jóvenes. No

existió diferencia en la prevalencia de infección de herida quirúrgica y otras infecciones. La media de días de ingreso fue mayor en ancianos ($12,1 \pm 16,1/8,9 \pm 11,7$, $p < 0,001$). En pacientes con edad \geq 65 años fue más frecuente el sexo varón (49,9%/46,2%); sonda urinaria (12,9%/5,1%), catéter i.v. corto (41%/34,1%), nutrición parenteral (3,7%/1,4%), riesgo de base moderado (33,5%/11,5%) o grave (12,7%/5,6%) y el tratamiento antibiótico (36,3%/29,1%). Con menor frecuencia fueron sometidos a cirugía (28,2%/31,3%) y no existió diferencia en la utilización de catéteres centrales (3,2%/2,5%) y de ventilación mecánica (0,7%/0,5%).

Conclusiones: Los pacientes ancianos tienen una prevalencia de infección nosocomial y un consumo de antibióticos mayores que los pacientes más jóvenes.

005

DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES DE CORTA Y LARGA ESTANCIA CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL

C. Mirete, T. Aparicio, J. Blázquez, B. Escrivá, H. Gómez, L. López, M. Maciá, M. Priego, F. Camarasa, C. Bernabeu y L. de Teresa

Hospital San Vicente (Alicante).

Objetivo: Analizar si existen diferencias entre las características basales de los pacientes de corta y larga estancia que presentan un episodio de infección nosocomial.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los episodios de infección nosocomial diagnosticados desde el 15 de enero hasta el 30 de octubre de 2002. Las asociaciones entre las variables y los dos grupos de pacientes se valoró mediante las *odds ratios* (OR) y sus intervalos de confianza al 95%, calculados a través de un análisis univariante.

Resultados: Se recogieron 140 episodios de infección nosocomial en 125 pacientes, con una edad media de 70 años (35-95) y un predominio de varones (54,3%). La mayoría de los pacientes estaban ingresados para larga estancia (80,7%) con una expectativa de vida inferior a 5 años en el 85% de los casos. En 23 casos (16,4%) el episodio de infección nosocomial fue bacteriémico. El foco de infección más frecuente fue el urinario (63%) y el microorganismo más frecuentemente implicado *Pseudomonas aeruginosa* (35 casos). En el análisis univariante se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas: los pacientes de larga estancia tenían una edad inferior ($p = 0,04$), el riesgo de su enfermedad de base era superior (OR 4,64, IC95% 1,49-14,49, $p = 0,004$) y presentaban con mayor frecuencia coma (OR 13,94, IC95% 4-52, $p < 0,001$), desnutrición (OR 3,89, IC95% 1-17, $p = 0,04$) y sondaje tanto vesical como SNG ($p < 0,001$ para ambos). En este grupo, la bacteriemia fue más frecuente (OR 2,75, IC95% 1,10-8,27, $p = 0,04$).

Conclusiones: Los pacientes ingresados para largas estancias presentan más factores de riesgo para el desarrollo de una infección nosocomial (deterioro del nivel de conciencia, desnutrición y manipulaciones) por lo que sería deseable un control lo más estricto posible para prevenir su adquisición.

006

ENDOFTALMITIS POSQUIRÚRGICA: ANÁLISIS DE 65 CASOSM.N. Larrosa, L. Sararols¹, A. Carbó, E. Sulleiro y I. Gasser
Servicios de Microbiología y Oftalmología¹ Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: Describir las características de la endoftalmitis posquirúrgica bacteriana (EPB) en la población mayor de 65 años, y establecer su incidencia en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 70 pacientes diagnosticados y/o tratados en el Servicio de Of-

talmología del H. Vall d'Hebron de Barcelona (1999-2000), 42 intervenidos en otros hospitales.

Resultados: Los pacientes se estratificaron en dos grupos según el tiempo transcurrido desde la intervención (menor o mayor a 6 meses): En 65 **EPB agudas** (60 tras cirugía de cataratas), la tasa de incidencia estimada en Vall d'Hebron fue de 0,40%, la edad media era de 77 años, el período medio de latencia de 10 días y el ingreso hospitalario de 8 días. Se solicitó diagnóstico microbiológico en 48 casos, disponiéndose de muestra adecuada (humor acuoso y/o vítreo) en 41; el cultivo fue positivo en el 41,6% aislándose grampositivos en un 65% (7 *S. pneumoniae*, 1 *S. epidermidis*). La pauta antibiótica más usada fue la asociación vancomicina-ceftazidima (91%), administrados de forma intravítrea en 30 pacientes (46%). Sesenta y tres pacientes, recibieron tratamiento corticoideo coadyuvante y 18 fueron sometidos a vitrectomía. Se relacionó la positividad del cultivo con mala evolución ($p < 0,001$) y no con el tratamiento (16/20 pacientes con cultivo positivo evolucionaron con pérdida absoluta de la visión). En 5 **EPB tardías** (4 tras cirugía de cataratas): el período de latencia fue de 3 años y cultivo positivo en 4/5 (2 *S. pneumoniae*, 2 *S. aureus* y 1 *S. sanguinis*) evolucionando desfavorablemente dos de ellos.

Conclusiones: La incidencia y proporción de cultivos negativos están dentro de los valores referidos en la literatura, aunque las especies aisladas con mayor frecuencia no corresponden a las descritas. El mal pronóstico se relacionó con la existencia de cultivo positivo y la virulencia del microorganismo aislado más que con la idoneidad del tratamiento.

007

PRIMERA FASE DEL ESTUDIO RISS LLEIDA

M. Serrano, F. Barcenilla, F. Toribio, N. Albanell, N. Martinez, J. Merino y Grupo RISS-Lleida

Región Sanitaria Lleida, Gestio de Serveis Sanitaris, H. Arnau de Vilanova, H. Val d'Aran-Vielha, St. Hospital - La Seu d'Urgell, H. Comarcal del Pallars - C. Psicogeriatric-Alpicat, H. J. d'Urgell-Balaguer.

Objetivo: Estudio descriptivo de usuarios, unidades, infecciones y gérmenes en los centros sociosanitarios de la región sanitaria de Lleida.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico y descriptivo. Se estudiaron datos demográficos, factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos, Índice de Barthel, GDS de Reisberg, Úlceras por presión, Índice de Charlson, diagnósticos, antibiogramas, antibióticos y tipo de infección.

Resultados: Período: enero-junio 2002. Pacientes: 558. Tipología de usuario: Paliativos (P) 74, Larga estancia (LE) 270, Convalecencia (C) 211, SIDA (S) 3. Edad media: 74, número de infecciones 382, pacientes infectados 221 (40,5% de los pacientes se infectaron en este período), infecciones por paciente infectado: 1,72, porcentaje de reinfecciones 39%. Porcentaje de pacientes por tipología (P: 40,5, LE: 44%, C 37%, S 33%) Estancia media (P: 33 día, LE 132 días, C 57 días, S 129). Localización (Urinaria 37,2%, respiratoria 22,3%, piel 11,4%, neumonía 8,4%): nosomial 77%, comunitaria 9%, de otros centros 14%, Gérmenes P (*E. Coli* 37%, *Acinetobacter* 12,5%, *MARSA* 6,25%). LE (*Proteus* 32%, *E. Coli* 19%, *Candida* 11), C (*E. Coli* 24%, *Candida* 17%, *MARSA* 12%, *clostridium* 7%). Antibióticos: Amoxiclavulanico (26%), ciprofloxacino (24,5%), cefuroxima axetil (9,5%), ceftriaxona (5%), Vía de administración: Oral: 67%, IM 2,18%, EV 16,26%, otros 13%). Factores de riesgo: Promedio 3,76.

Conclusiones: 1) Queda reflejada la situación "basal" de la infección nosocomial. 2) La incidencia de infección nosocomial es semejante a la descrita en la literatura. 3) Existe una gran variabilidad entre tipología de pacientes y centros. 4) Destaca el elevado número de tratamientos empíricos. 5) El número de cultivos realizados es bajo. 6) Similar uso de an-

tibióticos. 7) Uno de los factores de riesgo más importantes es el tiempo de estancia. 8) El factor de riesgo más importante es haber tenido una infección previa.

008

INFECCIONES EN EL "CENTRE SOCIO-SANITARI EL CARME"

E. Riu, M. Batalla, J. Cunill y A. Escuer

Centre Socio-Sanitari El Carme. Hospital Municipal de Badalona.

Objetivo: Conocer los procesos infecciosos que tienen lugar en el CSS.

Método: Revisión de las infecciones ocurridas durante el 2º y 3º trim-02. Se registra: N personas con infección. N infecciones. Sexo. Edad. Diagnósticos. Foco infeccioso. Duración del proceso infeccioso. Expl. Compl. Gérmenes. Tratamiento. Evolución.

Resultados: Durante este período se han atendido a 245 pacientes (13136 estancias). Se han registrado 76 procesos infecciosos, correspondientes a 52 personas (80,7% > 65 años). Mediana edad 79,5 (28-99) y 83 para > 65. 61,5% mujeres con 43 infecciones. Unidad de ingreso: Larga estancia 61,7%; convalecencia 26,3%; cuidados paliativos 11,8%. Diagnóstico princ. AVC 15, Fracturas 15, E. neurol. 11, Demencia 9, Tumores 7, Úlceras 5, Cardiop. 4, EVP 2, otros 7. Diagnósticos sec.: Cardiop-HTA 30, Úlceras 23, Demencia 16, Diabetes 13, E. resp. 12, otros 40. Foco: 47,4% urin. 23,6% respir. Y 14,5% úlceras. Se inició tratamiento empírico en 76,3% de los procesos. Antibióticos usados: Amoxi-clav. 53,4%, Cefuroxima 15,5%, cipro 13,8%. En el 75% se practicaron expl. compl.: Sed-uocult. 63,1%, Frotis 14,3%, 14,3% analítica de sangre, 5,3% RX. En 12 procesos (15,7% hubo que modificar tratamiento por resistencias. En 12 cultivos el aislamiento ha sido doble y en 6 casos triple. Los gérmenes más frecuentes han sido: *E. Coli* 21, *Proteus* M. 16, *Pseudomona Ae.* 8 y *MARSA* 6. Los antibióticos más usados según antibiograma han sido: Cefurox, Cotrimoxazol y Norfloxacino en 6 y Cipro en 4. Media de duración; 15,3 días. Resolución 86,8%.

Conclusiones: 1) La incidencia de infecciones en el CSS El Carme es del 31,02. 2) La densidad de incidencia de infección es del 0,01. 3) Casi la mitad de infecciones son de vías urinarias. 4) La totalidad de los cultivos ha sido positiva. 5) Hay una baja utilización de la RX en las expl. compl., probablemente por ser un servicio externalizado. 6) Todo y que la procedencia de nuestros pacientes es de hospitales de 2ª y 3ª nivel, las infecciones por gérmenes multirresistentes son escasas.

009

REGISTRO DE INFECCIÓN SOCIOSANITARIA - LLEIDA: RISS-LLEIDA

F. Barcenilla¹, M. Gabernet², M. Serrano³, B. Sanchez⁴ y Grupo RISS-Lleida

¹H. Universitari Arnau de Vilanova-Lleida, ²CatSalut-Regió Sanitària Lleida, ³H. de Santa Maria-Lleida, ⁴Espitau Val d'Aran-Vielha.

Antecedentes: Reflexión entorno a las medidas para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes (MMR) en los centros sociosanitarios (CSS). Necesidad de un abordaje integral de la infección nosocomial (IN) dentro de los CSS. Falta de un registro específico de IN dentro de los CSS. Búsqueda de consenso y soporte experto en el manejo de la IN. Voluntad de una relación estable H. Agudos-CSS para un abordaje interdisciplinario y mejora de los flujos de pacientes con infecciones en los dos sentidos.

Metodología: Junio 2000: Grupo de trabajo multidisciplinar (IN hospital de agudos/CSS). Reuniones bimensuales hasta definición de objetivos y diseño de soporte informático

“RISS-Lleida”. *Junio-Octubre 2001*: Prueba piloto en dos CSS. Modificaciones posteriores del programa. *Noviembre y diciembre 2001*: Instalación del registro en todos los CSS de la “Regió Sanitària Lleida” (409 camas) e inicio de la implementación de datos. Reuniones periódicas del grupo. *Octubre 2002*: Presentación primeros resultados.

Objetivos: *CORTO PLAZO*: Conocer incidencia y etiología de las IN y de MMR en los CSS. Conocer las sensibilidades y los factores de riesgo asociados. Detectar los brotes epidémicos existentes. Valorar el consumo y la asociación de los antibióticos más utilizados. Consensuar el flujo de pacientes con patología infecciosa entre los diferentes niveles asistenciales. *MEDIO PLAZO*: Diseñar una política antibiótica consensuada para todos los centros. Revisar los protocolos existentes de técnicas y procedimientos de enfermería. Iniciar protocolos para el control de multirresistentes y de brotes epidémicos. Selección de herramientas para valorar el coste económico de la infección nosocomial. *LARGO PLAZO*: Estudio de la incidencia de IN en el área de Lleida y comparación entre centros. Diseño de un plan de intervención en los diferentes factores de riesgo asociados. Disminuir la incidencia de IN. Unificar los protocolos existentes y los nuevos; valoración del cumplimiento. Protocolización del uso de antibióticos en los CSS. Valoración de la morbimortalidad de la IN.

010

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE ÁMBITO HOSPITALARIO

M. Vaqueiro, E. Antón, J. Niño, G. Serrate, M. Canals y F. Segura

Albada Sociosanitario. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Introducción: Existe en Cataluña una red de atención sociosanitaria que atiende un elevado número de personas mayores con comorbilidad, dependencia funcional y/o sociopatía que junto a la institucionalización constituyen factores de riesgo para la infección.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en el control de la infección por estafilococo aureus resistente a meticilina (MRSA), la tuberculosis (TBC) y la infección urinaria asociada a sondaje vesical (IUSV).

Metodología: Estudio realizado en las Unidades de Larga Estancia de la Albada Centro Sociosanitario (194 camas), integrado en la Corporación Sanitaria Parc Taulí (820 camas). Programas de prevención: 1) *MRSA*: Seguimiento de cultivos de microbiología, controles en áreas de riesgo y detección de portadores en nuevos ingresos. 2) *TBC*: Prueba de la tuberculina al ingreso, en caso de contacto con algún enfermo y periódicamente cada 2 años. 3) *IUSV*: Introducción del uso de pañales, evitando el SV y estableciendo los criterios de indicación y duración del mismo, y control de la prevalencia de IUSV.

Resultados: 1) *MRSA*: 1991-2002: Detección de 74 pacientes portadores (el 17,5% procedían de otro Centro). Tasa de infección: 13,5%. Se detectaron dos brotes en 1991 y 1999 que se controlaron con las medidas de prevención. 2) *TBC*: 1993-2001: Prevalencia de infección del 44%. Disminución del índice de conversión del 11% (1993) al 3,1% (2001). Incidencia acumulada de enfermedad tuberculosa 6 veces superior a la de la población del área. Tasa de enfermedad del 6,45% (1993-95), ningún caso en años posteriores. El 25% de los pacientes infectados se detectaron tras efecto Booster. 3) *IUSV*: 1994-2002: Menos del 5% de los pacientes utilizaron SV. La prevalencia de infección asociada a SV se mantiene inferior al 1,2% de los ingresados. Las lesiones asociadas al uso de pañales fue inferior al 7%.

Conclusión: Estas medidas de control han permitido mantener niveles bajos de endemia por MRSA, controlar la diseminación de la infección tuberculosa y disminuir la prevalencia de infección urinaria.

011

INFECCION NOSOCOMIAL EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

L. Reig, M. Fernández, S. García, P. Sánchez, B. Fontecha y T. Casanova

Consorci Sanitari Integral. Centre Sociosanitari.

Objetivos: Estudiar la densidad de incidencia de infección nosocomial (IN) en las diferentes unidades de un centro sociosanitario y los factores de riesgo asociados.

Método: Nuestro de centro sociosanitario dispone de 108 camas repartidas en unidad de media estancia geriátrica (UME), larga estancia (LE) y psicogeriatría (PSIC). Durante el año 2001 se realizó un registro de IN en las mismas. Los criterios diagnósticos empleados son los A. McGeer para IN en centros de larga estancia. Se calcula la densidad de incidencia de IN del centro, de cada unidad y un análisis multivariado de factores de riesgo para IN.

Resultados: Se produjeron 488 altas, las cuales generaron 37.504 estancias. Se observaron 119 infecciones que afectaron a 104 pacientes. La densidad de incidencia ha sido de 3,9 por 1.000 pacientes-día (6,10 en UME, 2,32 en LE y 3,10 en PSIC). La densidad de incidencia en UME fue significativamente mayor ($p < 0,05$) que en otras unidades. La localización de las principales infecciones fue: vías respiratorias bajas (37%), urinarias (29%), vías respiratorias altas (13%). Los principales gérmenes aislados fueron: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae*. Los factores relacionados con la aparición de IN fueron: Puntuación en la escala de actividades de la vida diaria de Barthel al ingreso $< 40/100$, número de fármacos al ingreso y EPOC ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las infecciones más frecuentes fueron las de vías respiratorias bajas y urinarias. Hay una mayor densidad de incidencia en la UME que en el resto de unidades. Los factores de riesgo relacionados con la aparición de IN en el centro han sido: Barthel al ingreso < 40 , número de fármacos al ingreso y presencia de EPOC.

012

¿SON NECESARIOS LOS AISLAMIENTOS EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS?

C. González, T. Pi-Sunyer y J.M. Planas

Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria, Centro Geriátrico (IMAS).

Objetivos: En el año 1999 en el Centro Geriátrico del IMAS (300 camas) se identificó un brote por MARSa en un total de 36 pacientes. Una vez erradicado el brote, se plantearon los siguientes objetivos: 1. Prevenir la aparición de nuevos brotes. 2. Disminuir el impacto causado por dicho brote entre el personal asistencial.

Métodos: Para alcanzar estos dos objetivos se llevaron a cabo las siguientes actuaciones: 1) Con la Dirección de la Institución y la Comisión de Infecciones del IMAS se acordaron unas directrices específicas de “protección” para las personas ingresadas, teniendo en cuenta los recursos disponibles. 2) Se realizaron sesiones de formación a **todo** el personal del centro, para explicar que era el MARSa, informar sobre lo sucedido y comentar las medidas acordadas para evitar nuevos contagios. 3) También se formó al personal de limpieza, haciendo posteriormente un seguimiento del protocolo establecido para la limpieza de las habitaciones de estos enfermos. 4) Desde entonces y hasta la actualidad, se realiza una revisión diaria de los todos los cultivos generados desde este Centro, así como de las medidas de protección que se implementan.

Resultados: A lo largo de estos 4 años no ha habido más brotes. A pesar de que la presencia de MARSa es endémica en casi todos los centros sociosanitarios, en el nuestro, la in-

ciencia de nuevos casos a lo largo de estos años ha ido disminuyendo. Tanto el personal asistencial como el de limpieza han tomado conciencia y participan activamente en las medidas recomendadas, observándose un cambio de comportamiento frente al temor de contagiarse por un germen desconocido.

Conclusiones: La experiencia de estos 4 años nos confirma que el apoyo y la formación por parte del Programa de Infecciones ha influido en la comprensión, seguridad y colaboración del personal asistencial, contribuyendo de forma significativa al logro de nuestro objetivo final:

“Mejorar la seguridad del paciente”.

013

INCIDENCIA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO DE 300 CAMAS

C. González, T. Pi-Sunyer y M. Salvadó

Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria, Centro Geriátrico (IMAS).

Objetivos: 1) Conocer en tiempo real la incidencia de microorganismos multirresistentes. 2) Detectar desviaciones en los resultados de los cultivos para controlar la aparición de nuevos brotes.

Método: 1) En el año 1999, el Comité de infecciones del IMAS definió como microorganismos multirresistentes (MM) los siguientes: *Legionella pneumophila*, *Clostridium perfringens*, *Aspergillus sp.*, *Salmonella sp.*, *Clostridium difficile*, MARSa (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina), Enterobacterias portadoras de betalactamasas de espectro ampliado, *Pseudomonas* multirresistentes, *Acinetobacter baumannii*, *Xanthomonas maltophilia* y otras bacterias que en el antibiograma se mostrara resistencia a la mayoría de antibióticos testados. 2) Desde aquel momento, cada día el laboratorio de microbiología comunica a la enfermera del Programa de infecciones los números de petición de los MM aislados en el centro. 3) Las muestras seguidas son cultivos de heridas, úlceras, piel, abscesos, urinocultivos y heces. 4) Los nº de petición comunicados, se introducen en la base de datos del estudio de MM. Dado que es una base de datos integrada al sistema de información del hospital, los datos referentes al paciente que interesa conocer quedan registrados automática-mente. El período presentado va de enero de 1998 a noviembre de 2002.

Resultados: La densidad de incidencia ha sido: 1998 = 0,11 pacientes por mil días de estancia, 1999 = 0,30, 2000 = 0,20, 2001 = 0,13, 2002 = 0,08. La tasa de incidencia: 1998 = 40% de los estafilococos aislados fueron MARSa, 1999 = 60,3%, 2000 = 38,6%, 2001 = 30,9%, 2002 = 36,8%.

Conclusiones: 1) Tras el brote acontecido durante el año 1999 la incidencia de MARSa en este centro ha ido disminuyendo hasta alcanzar cifras similares a las de antes del brote. 2) Puede asegurarse que desde 1999 no ha habido más brotes por ningún MM. 3) La vigilancia de los MM se ha mostrado eficaz para conocer la situación y detectar desviaciones.

014

CENTROS GERIÁTRICOS, FACTOR DE RIESGO PARA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA. COMPARACIÓN DE *E. COLI* CAUSANTES DE ITU

M. Gomariz, M.J. Echeverría, A. Valiente-Méndez, A. González y E. Pérez-Trallero

Servicio de Microbiología, Hospital Donostia, San Sebastián.

El incremento en la esperanza de vida ha supuesto un aumento en el número de sujetos que viven en Centros Geriátricos (CGs). Hipótesis: El acúmulo de sujetos con factores de

riesgo (retención urinaria,...) y la mayor posibilidad de infecciones cruzadas hace que el problema de la resistencia a los antimicrobianos sea mayor entre los residentes de estas instituciones.

Objetivo: En los CGs son frecuentes los microorganismos (*Pseudomonas spp.* ..) con elevada resistencia primaria y secundaria. Para poder evaluar si los microorganismos habituales son más resistentes en los CGs que fuera de ellos comparamos la susceptibilidad de *E. coli* en ITU. Material y Métodos: Durante los 2 últimos años hemos revisado los episodios de ITU en nuestra provincia analizando los porcentajes de resistencia en *E. coli* a los antimicrobianos comunes en el tratamiento de estas infecciones (ampicilina, amoxicilina-clavulánico, cefuroxima/cefazolina, SXT, gentamicina y ciprofloxacina). La muestra se extrajo de 74.738 urocultivos, de los que 11.057 fueron positivos a *E. Coli*.

Resultados: Los *E. coli* causantes de ITU en CGs fueron más resistentes que los del resto de la población. Durante 2001 la resistencia a ampicilina, amoxicilina-clavulánico y cefuroxima fue de: 71,5%, 22,4% y 9,8%, respectivamente en sujetos de CGs (n = 277) versus 58,3%, 12,7% y 7,6% en ancianos no institucionalizados (n = 2.393) y 51,6%, 6% y 3,2% en mujeres adultas menores de 65 años (n = 2.139). Para SXT, gentamicina y ciprofloxacina el nivel de resistencia fue de 45,3%, 14,1% y 37,6%, respectivamente en los pacientes de CGs, de 33,8%, 10,6% y 24,5% en mayores de 65 años y de 20,7%, 3,8% y 4,1% en mujeres no ancianas. Los datos para 2002 fueron similares. Esta mayor resistencia no pudo ser atribuida a un mayor porcentaje de sondaje vesical.

Conclusión: Se confirma que en los CGs la resistencia antimicrobiana es un problema importante que supera al encontrado fuera de los mismos.

015

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LOS AISLAMIENTOS MICROBIOLÓGICOS Y EN LOS PATRONES DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIBIÓTICA

Ll. Force, G. Sauca, P. Barrufet, M.J. Rodenas, A. Julià, M. Cabré y J.A. Capdevila

Servicios de M. Interna y Microbiología. Hospital de Mataró.

Objetivo y métodos: determinar la influencia de la edad en el tipo de microorganismos identificados en las diferentes muestras clínicas y especialmente en los patrones de sensibilidad antibiótica. Para ello se analizan todos los aislamientos de bacterias correspondientes a infecciones comunitarias y nosocomiales de los últimos 5 años, en un Hospital Comarcal. Se subdividen los aislados en dos grupos, aquellos que corresponden a enfermos de menos o de más de 65 años.

Resultados: se han realizado 27.915 aislamientos en 21.800 enfermos, de los que un 33% precisaron ingreso. La edad media fue de 55.7 y un 46,7% eran ≥ 65 años. La distribución de las muestras ($< 65/\geq 65$) fue: urocultivos (54%/48%), hemocultivos (4%/7%), muestras respiratorias (6%/14%) y coprocultivos (10%/5%). *E. coli*, *S. aureus*, *C. jejuni* y *S. enteritidis* se aislaron con mayor frecuencia en los < 65 ($p < 0,01-0,001$), mientras que *P. aeruginosa*, *P. mirabilis*, *K. pneumoniae*, *E. faecalis*, Neumococo y MRSA lo fueron en los ≥ 65 ($p < 0,001$). El análisis de la sensibilidad antibiótica muestra un aumento, estadísticamente significativo, de las resistencias con la edad en: *E. coli* y *P. mirabilis* para la mayoría de antibióticos testados, *P. aeruginosa* para ciprofloxacino y amikacina, *S. aureus* para ciprofloxacino, *E. faecalis* para cotrimoxazol y ciprofloxacino y en neumococo para penicilina, cefuroxima y ciprofloxacino. Es especialmente relevante el aumento progresivo de resistencia del *E. coli* a ciprofloxacino (7% vs 27%) y gentamicina (3% vs 10%); y del *P. mirabilis* para ciprofloxacino (3% vs 19%), gentamicina (6% vs 13%) y Augmentine® (2% vs 6%). Los patrones de sensibilidad para el resto de microorganismos evaluados es similar.

Conclusiones: 1) La sensibilidad antibiótica disminuye con la edad, aunque no de forma homogénea, para la mayoría de las bacterias. 2) Ciprofloxacino y gentamicina no deberían utilizarse como tratamiento empírico en infecciones por enterobacterias de enfermos > 65 años. 3) La sensibilidad de los MRSA a cotrimoxazol y rifampicina es prácticamente del 100% en ambos grupos.

016

CORTE DE INCIDENCIA DE MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE BLEE

P. Merino, B. Herreros y J.J. Picazo

Servicio de Microbiología Clínica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Conocer la incidencia de microorganismos productores de BLEE en nuestro centro y las características clínicas y microbiológicas de los mismos.

Métodos: Se recogieron las cepas diagnosticadas en nuestro laboratorio en el período de un mes (abril 2001). Se realizaron estudios de biología molecular (PCR e isoelectroenfoque) para conocer las cepas, el tipo de BLEE producida y sus características. También se revisaron las historias clínicas de los pacientes para buscar la presencia de factores de riesgos.

Resultados: Se diagnosticaron 13 microorganismos productores de BLEE. Todos los aislamientos se produjeron en pacientes mayores de 65 años y todos presentaban factores de riesgo para la infección (instrumentalización, estancia en UCI, cirugía digestiva, antibioterapia de amplio espectro, etc.). Las muestras desde donde se produjo el aislamiento fueron: exudado de escara (3), absceso abdominal (2), aspirado bronquial hemocultivos y orina (5). Todos los aislamientos fueron *E. coli* y ninguno procedía de la misma cepa (comprobado mediante PCR). El tipo de BLEE producida era TEM-24.

Conclusiones: La incidencia de microorganismos productores de BLEE en nuestro centro es elevada. Todos los pacientes presentaban algún factor de riesgo para adquirir una infección por una bacteria productora de BLEE. No se objetiva ningún brote epidémico ya que los aislamientos no se producen en lugares próximos dentro del hospital y ningún *E. coli* procede de la misma cepa. Es importante recordar que el diagnóstico de las bacterias productoras de BLEE no está infravalorado, dado que su control para evitar la propagación y el tratamiento antibiótico adecuado es imprescindible.

017

USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA CENTRO SOCIOSANITARIO (CSS) DE ÁMBITO HOSPITALARIO EN CATALUÑA

M. Vaqueiro, A. Morón, M. Sampere, E. Antón y F. Segura
Centro Sociosanitario. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

Introducción: La institucionalización junto con la edad avanzada y la comorbilidad comportan un riesgo de adquisición de infecciones con el consiguiente uso de antibióticos.

Objetivo: Analizar la evolución del uso de antibióticos (Atb) y los costes por consumo en un Centro Sociosanitario (CSS) durante un período de 10 años.

Metodología: Estudio realizado en el Centro Sociosanitario (244 camas), integrado en la Corporación Sanitaria Parc Taulí (820 camas). Se analiza: a) Evolución en el consumo de Atb; b) Atb más utilizados; c) Consumo en las diferentes Unidades; d) Variación en el tiempo de los Atb más utilizados y costes por consumo.

Resultados: a) Aumento progresivo en el consumo de Atb que se duplica en los 3 últimos años; b) Los Atb más utiliza-

dos son: amoxicilina-clavulánico(A/C), ciprofloxacino, norfloxacino, rifampicina, fluconazol, cotrimoxazol, nistatina, levofloxacino, cloxacilina y clindamicina; c) La Unidad de mayor consumo es Cuidados Paliativos (20,14DDD/ 100 estancias) respecto al resto de Unidades (16,8 DDD/100 estancias); d) A/C y ciprofloxacino son los Atb más utilizados en todo el período; e) En los últimos años se detecta un aumento del consumo de levofloxacino y antifúngicos, f) Observamos un aumento en el consumo global de Atb del 3,7% al 8,4% en los últimos 3 años respecto al hospital de agudos, así como un aumento del 1,5% al 3% en el gasto por consumo, g) El porcentaje relativo del gasto de Atb respecto al total de medicación del CSS se mantiene en un 9,5%.

Conclusiones: 1) Existe un incremento en el consumo de Atb en todo el período y un cambio en el perfil de los más utilizados. 2) El perfil de Atb utilizados, que antes era similar al de la población del área extrahospitalaria, se ha modificado sustancialmente en los últimos 3 años, acercándose más al perfil hospitalario.

018

ADECUACIÓN DEL EMPLEO DE LEVOFLOXACINO EN UN HOSPITAL GENERAL

J.E. Corzo, G. Buzo, F. Gamboa y V. Ortiz
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Los estudios de utilización de fármacos antimicrobianos (EUA) se encuadran dentro de los programas de garantía de calidad de los centros hospitalarios, siendo también una pieza fundamental en las actividades de mejora continua de la calidad asistencial en dichos centros.

Objetivo: Evaluar la adecuación del uso de levofloxacino (LEV) en nuestro centro para mejorar, en caso de proceder, la calidad de la prescripción.

Material y métodos: Estudio observacional de tipo transversal (prevalencia de punto en un día elegido al azar) sobre la adecuación del uso de LEV. Se incluyeron los 52 pacientes (7,43% de los hospitalizados) que el día elegido estaban en tratamiento con LEV. Los criterios de evaluación (indicación, dosis, vía de administración, duración del tratamiento, secuenciación, adecuación a cultivo y asociación con otros antibióticos) se definieron según las recomendaciones de la Comisión de Infecciones del propio centro o siguiendo guías terapéuticas de uso común (una nacional y otra internacional). Si algunos de estos parámetros era inadecuado, el uso de LEV se consideró inadecuado.

Resultados: De los 52 casos preseleccionados fueron evaluables 47. En total resultaron inadecuadas el 84% de las prescripciones, con el siguiente análisis pormenorizado: indicación inadecuada 35%, dosis inadecuada 10%, vía de administración inadecuada 65%, secuenciación inadecuada 71%, duración inadecuada 84%, inadecuación al cultivo 50%, asociación inadecuada 10%.

Conclusiones: La utilización global de LEV se consideró como muy deficiente, aconsejándose medidas correctoras para mejorar la calidad de su prescripción. Los EUA son útiles y de fácil aplicación en la evaluación de la prescripción de los fármacos antimicrobianos.

019

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA RESISTENCIA A CIPROFLOXACINA Y LA EDAD?

A. Delgado-Iribarren, J. Valverde, R. Barba, M. Velasco, F.J. Sánchez, M. Casas y F. Cava
Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Objetivos: determinar las variables que se asocian de forma independiente con la resistencia a ciprofloxacina (RC) en *E.*

coli aislados de orina, teniendo en cuenta la edad, el sexo, el recuento bacteriano y la procedencia del paciente.

Métodos: Período del estudio: enero 2001-junio 2002. Nº de aislados en orina: 3217 correspondientes a 2578 pacientes (edad media 53,2 años, 78% mujeres; procedencia: 64,4% Atención Primaria, 9% de Consultas Externas, 6,6% de Hospitalización y 19,9% de Urgencias). Estudio estadístico por paciente mediante el programa SPSS 8.0.

Resultados: la RC global fue del 21,4%. En el análisis bivariante resultaron significativas la relación de la RC con la edad ($p < 0,001$) y el sexo (19% en mujeres, 29% en varones; $p < 0,001$), pero no el recuento bacteriano ni la procedencia del paciente. Tampoco se obtuvieron diferencias significativas comparando los pacientes hospitalizados frente al resto, aunque sí una tendencia a mayor resistencia (24,6% vs 21,2%; $p = 0,289$). El análisis de regresión logística confirmó como variables predictoras sexo (O.R.: 1,7-IC 95%: 1,3-2,3) y edad (O.R.: 1,03-IC 95%: 1,03-1,04). Categorizando la edad en tres grupos y tomando como referencia al de menores de 15 años (3,2% de RC) se obtienen los siguientes resultados: 15-40 años (8,1% de RC) O.R. de 2,4 (IC95%: 1,12-5,32) y mayores de 40 años (28,4% de RC) O.R. de 10,4 (IC95%: 5,1-21,3). En un modelo más sencillo tomando como punto de corte los 60 años se obtiene un 10% de RC para menores de 60 años frente a un 33,6% en mayores de 60 años (OR: 4,1-IC95%:3,3-5,2).

Conclusiones: Aunque la relación causal de la asociación entre RC con el sexo y la edad probablemente sea debida a terapias antimicrobianas previas, son llamativas las diferencias encontradas en función del sexo y del grupo etario, lo que es interesante conocer para establecer modelos predictivos de terapias empíricas. En nuestro estudio los mayores de 60 años tuvieron 4 veces más riesgo de presentar un aislado con RC.

020

OPINIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE EL USO DE ANTIBIÓTICOS INTRAVENOSOS EN ANCIANOS CON DISTINTO GRADO DE DEMENCIA E INCAPACIDAD

M. Velasco, C. Guijarro, A. Espinosa, J.E. Losa, R. Barba, N. Mesa, G. García de Casasola, H. Martín, J. Bilbao y A. Zapatero
Fundación Hospital Alcorcón.

Introducción: Las decisiones sobre tratamientos invasivos en pacientes ancianos en situación terminal son complejas y tienen implicaciones éticas en las que se ven involucradas las familias. Se diseñó este trabajo para conocer la opinión de los familiares sobre el uso de antibióticos intravenosos (IV) en pacientes ancianos terminales.

Métodos: estudio piloto realizado en pacientes > 75 años ingresados en el servicio de Medicina de la FHA durante junio-02. Se realizó una encuesta anónima a los familiares sobre su deseo de utilizar antibióticos IV (un ciclo o varios ciclos repetidos). Se registró el grado de incapacidad y demencia de cada paciente mediante el test de Barthel y el test del informador, así como variables epidemiológicas: edad, sexo, domicilio habitual del paciente (residencia/particular), parentesco del familiar, momento de contestar la encuesta. Los resultados se expresan como media (DS) o porcentaje y se compararon mediante χ^2 , t de Student, y se realizó una regresión logística tomando como variables independientes grado de demencia o incapacidad y las variables epidemiológicas.

Resultados: se recogen datos de 76 pacientes, con edad media de 84,4 (5,3) años. La puntuación media obtenida en la escala de Barthel fue de 51,1 (37,4), y en el test del informador 67,3 (15) puntos. El 80% de los familiares fue partidario de usar antibióticos IV en un primer ciclo, y un 49% en repetir el ciclo de antibióticos. No hubo diferencias entre los pacientes demenciados o no y entre los incapacitados o no. En el análisis de regresión múltiple, no se encontró asociación

entre el deseo de uso de antibióticos IV y las variables epidemiológicas mencionadas.

Conclusiones: Una alta proporción de familiares desea el uso de antibióticos IV en pacientes ancianos, incluso en casos de demencia muy avanzada o dependencia muy grave. Esta proporción decae de modo importante para ciclos repetidos.

021

TOLERANCIA Y EFECTOS COLATERALES DE LINEZOLID EN PACIENTES GERIÁTRICOS

J. de Otero, L. Ferrer, S. Parejo, F. Ferrer-Ruscalleda, A. Portell, T. Catà, R. Capmany, M. Sandiumenge, L. Villegas
Hospital Creu Roja, Barcelona.

Introducción: Linezolid (L) es un nuevo fármaco antimicrobiano, primer representante de las oxazolidinonas. Es activo frente a cocos grampositivos, incluyendo *S. aureus* resistente a oxacilina (SARO) y enterococos resistentes a glucopéptidos. Nuestro interés radica en valorar su tolerancia en pacientes mayores de 65 años así como la aparición de efectos colaterales dado que es un fármaco de reciente introducción en el medio hospitalario.

Objetivos: Conocer tolerancia y efectos secundarios de pacientes tratados con L.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes visitados en nuestro centro entre enero'01 y diciembre'02 que participaron en un estudio clínico y que realizaron tratamiento con L. Análisis de los efectos secundarios que aparecieron durante el tratamiento y seguimiento de los mismos hasta su resolución.

Resultados: Se analizaron 20 pacientes (8 V/12 M). La edad media era 79,3 años (68-92). Diecinueve casos presentaban afectación de tejidos blandos y 1 flebitis de extremidad superior. En 16 casos se obtuvo un cultivo positivo: 11 SARO, 3 *S. aureus*, 1 *E. faecalis*, 1 *P. mirabilis*. En 4 casos la infección era polimicrobiana coexistiendo *P. aeruginosa*, *P. mirabilis* y *E. faecalis*. Dos cultivos fueron negativos y en 2 casos no se realizó cultivo. Aparecieron efectos secundarios en 11 (55%) pacientes: anemia y plaquetopenia (5), alteraciones digestivas (4), aumento de transaminasas (1), candidiasis (2). Siete pacientes (35%) no presentaron ningún evento y 2 (10%) se perdieron en el seguimiento. La anemia precisó transfusión en 2 de los casos y se recuperó posteriormente. La sobreinfección por candidiasis fue en un caso de tejidos blandos y en otro urinaria. La elevación de transaminasas requirió la suspensión de L y se recuperaron en 2 meses. En el resto no se precisó la suspensión del tratamiento. Los efectos secundarios se consideraron leves a moderados.

Conclusiones: La tolerancia al fármaco es buena. Un único caso precisó retirar el fármaco en estudio ante la aparición de efectos moderados. En todos los casos la evolución posterior fue hacia la resolución de dichos efectos colaterales. En población geriátrica linezolid es una alternativa razonablemente segura en infecciones por Gram positivos.

022

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN UCI

F. Álvarez-Lerma, M. Palomar, P. Olaechea, J. Insausti, E. Cerdá, B. Bermejo y Grupo de Estudio ENVIN-UCI

Objetivos: Evaluar la mortalidad y morbilidad, relacionada con la aparición de infecciones nosocomiales, de pacientes ancianos ingresados en las UCIs de nuestro país.

Pacientes y métodos: Se han incluido 5.045 pacientes ingresados en 67 UCIs de 63 hospitales españoles durante dos meses del año 2001. Las edades se han agrupado en < 40, 40-

59, 60-69, 70-74, 75-80 y más 80 años. Se ha evaluado la mortalidad intra-UCI. Las infecciones controladas han sido: neumonías relacionadas con ventilación mecánica (N-VM), infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral (IU-SU) y bacteriemias primarias (BP), relacionadas con catéter (BCV) y secundarias (BS). Se presentan los resultados en medias y porcentajes dependiendo de la categoría de la variable. Se establecen comparaciones entre los mayores y menores de 70 años aceptando como significativas diferencias $p < 0,05$.

Resultados: La edad media de la población ha sido 60,2 (17,48) años. Los pacientes mayores de 70 años son el 36,5% del total. La mortalidad global intra-UCI, el APACHE, la estancia en UCI y el número de pacientes con IN se incluye a continuación en función de las variaciones de la edad:

	Nº pacientes	APACHE II	Mortalidad intra-UCI	Estancia	Pacientes con ≥ 1 IN(%)
< 40 años	716	11,32	9,22	8,47	14,5
40-59	1.289	11,77	11,25	7,55	9,7
60-69	1.199	13,09	11,84	7,08	9,1
70-74	750	14,58	17,20	7,61	9,5
75-79	699	15,18	14,88	7,16	8,2
> 80	392	15,33	21,43	6,35	4,9

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes ingresados en UCI se incrementa con la edad, atribuida en parte al mayor nivel de gravedad al ingreso. No existen diferencias en la estancia en UCI y se detectan menos infecciones nosocomiales que en la población más joven.