

2,47/100 pacientes, 4,96/1.000 DE, 5,17/1.000 dCVC. Nacional: 1,03/100 paciente, 1,80/1.000 DE, 2,50/1.000 dCVC. 2013: APACHE II 14,2 ± 7,97; CVC 50,07%. 1,15/100 pacientes. 2,56/1.000 DE, 3,8 bacteriemias/1.000 días catéter. Nacional: 1,06/100 paciente, 1,94/1.000 DE, 2,72/1.000 dCVC. 2014: APACHE II 12,31 ± 7,03; CVC 32,2%. 0/100 pacientes. Nacional: 1,16/100 paciente, 2,32/1.000 DE, 2,32/1.000 dCVC. 2015: APACHE II 13,59 ± 7,83; CVC 30,84%. 0/100 pacientes. Nacional: 1,07/100 paciente, 1,93/1.000 DE, 2,64/1.000 dCVC. Respuesta inflamatoria: sepsis 60%, sepsis grave 20%, shock séptico 20%.

Conclusiones: Tras iniciar BZ, se negativizaron las BRC, relacionándose con el cambio en hábitos en el momento de la colocación del CVC y mantenimiento, nos hemos mantenido por debajo de la media nacional. Los años que hemos presentado más BRC se relaciona con mayor gravedad de los pacientes. Vale la pena realizar este proyecto, las pautas se pueden poner en práctica fácilmente y aportan buenos resultados para el paciente y para el hospital.

281. RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA COLONIZACIÓN E INFECCIÓN DE PACIENTES EN PLANTA TRAS EL ALTA DE UNA UCI POLIVALENTE CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA

C. Sánchez Ramírez, R. Prada Osorio, C.F. Lübbe Vázquez, R. Argandoña Primicia, F. Artilles Campelo y S. Ruiz Santana

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Analizar la colonización y la infección de pacientes en planta, tras el alta de una UCI con descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Se valoraron los pacientes ingresados en una UCI polivalente de 30 camas, desde el 7 octubre al 30 diciembre de 2014. Se aplicó DDS a todos los pacientes que requerían ventilación mecánica durante más de 48 horas. Administramos durante 4 días cefotaxima intravenosa y una solución enteral y pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas (DDS estándar) hasta alta, si infección o sospecha de *Estafilococo aureus* metilicín resistente (SAMR) añadimos vancomicina a la solución y a la pasta (DDS mixta). Se tomaron exudados rectales y orofaríngeos al ingreso y semanales, hubieran o no recibido DDS. Se tomaron esos exudados al alta de UMI, y en planta el tercero y décimo día tras alta, para valorar la colonización. Además se recogieron las infecciones desarrolladas en planta relacionadas con gérmenes originados en UCI. Las variables categóricas fueron expresadas en frecuencias y porcentajes, y las numéricas en medias y desviación estándar o medianas con rango intercuartílico.

Resultados: Se analizaron 41 pacientes, 26 de ellos recibieron DDS (63,4%) y 24 de ellos (92,3%) fue DDS estándar. Los datos demográficos, tipo de ingreso y factores riesgo infección se muestran en la tabla 1 y en la tabla 2 los gérmenes aislados en planta. La mayoría fueron exudados negativos. Los exudados que fueron positivos al alta de UCI se mantuvieron positivos y los negativos fueron negativos a excepción de 2 pacientes (uno que tenía hongos al alta de UCI cambió a *Klebsiella pneumoniae*, y otro negativo al alta cambió a *Pseudomonas aeruginosa*). Sólo 1 paciente que estaba colonizado por *Klebsiella pneumoniae* en UCI tuvo infección urinaria por dicho germen en planta. Los gérmenes más frecuentes aislados al alta de UCI y en planta fueron levaduras (9,8%) y *Klebsiella pneumoniae* (9,8%).

N	41
Edad, años	61,6 ± 12,1
Hombre/Mujer, n	32/9
DDS, n	26
Estándar, n, %	24 (92,3)
Mixta, n, %	2 (7,7)
APACHE II	18,3 ± 6,3
Glasgow Coma Score	11,5 ± 4,3
Pacientes traumáticos, n (%)	1 (2,4)
Pacientes coronarios, n (%)	11 (26,8)
Pacientes, n (%)	
Médicos	23 (56,1)
Cirugía urgente	5 (12,2)
Cirugía programada	12 (29,3)
Estancia en UCI, días	15,6 (9,5-17,2)
Estancia en hospital, días	35,5 (17-54)
Estancia desde alta UCI, días	16,4 (7-23)
Mortalidad UCI	0
Mortalidad hospital, n (%)	1 (2,4)
Cirugía previa, n (%)	16 (39)
Cirugía urgente, n (%)	6 (14,6)
Diabetes mellitus, n (%)	14 (34,1)
Cirrosis, n (%)	2 (4,9)
EPOC, n (%)	3 (7,3)
Insuficiencia renal, n (%)	8 (3,8)
Neoplasia, n (%)	1 (2,4)
Terapia de reemplazo renal, n (%)	7 (17,1)
Nutrición parenteral total, n (%)	4 (9,8)

Conclusiones: La mayoría, excepto 2 de los pacientes analizados, no tuvieron cambios en la etiología de la colonización después de alta de UCI. Sólo un paciente desarrolló una infección originada en UCI.

282. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN UNA UCI CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN PACIENTES CON NEUMONÍA NOSOCOMIAL

C. Sánchez Ramírez^a, S. Hípola Escalada^a, L. Caipe Balcázar^a, M. Cabrera Santana^a, A. Hernández Viera^a, C.F. Lübbe Vázquez^a, P. Saavedra Santana^b y S. Ruiz Santana^a

^aHospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Identificar los factores asociados con la mortalidad en pacientes con neumonía nosocomial (NN) en una UCI con descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron NN desde 1 octubre de 2011 a 30 de septiembre de 2013 en UCI. Se utilizó como criterios diagnósticos los del ENVIN-HELICS. Se aplicó DDS a todos los pacientes ingresados que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales, faríngeos, al ingreso y semanalmente. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y porcentajes y las numéricas en

Tabla Póster 281

Germen	E.R. UCI		E.F. UCI		E.R. 3º día alta		E.F. 3º día alta		E.R. 10º día alta		E.F. 10º día alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Paciente de alta	0	0	0	0	3	7,3	7	17	14	34,1	14	34,1
Flora normal	26	63,5	32	78,1	26	63,4	29	70,7	19	46	27	65,8
Alcalis faecalis	0	0	0	0	0	0	1	2,4	0	0	0	0
Acinetobacter baumannii	0	0	1	2,4	0	0	0	0	0	0	0	0
Klebsiella pneumoniae BLEE	4	9,8	0	0	5	12	0	0	3	7,3	0	0
Streptococcus oxaciclina resistente	2	4,9	0	0	1	2,4	0	0	0	0	0	0
Escherichia coli BLEE	2	4,9	1	2,4	2	4,9	0	0	4	9,8	0	0
Pseudomonas aeruginosa	2	4,9	0	0	3	7,3	0	0	0	0	0	0
Pseudomonas aeruginosa resistente	0	0	1	2,4	0	0	1	2,4	0	0	0	0
Achromobacter xylooxidans	1	2,4	0	0	1	2,4	0	0	0	0	0	0
SAMR	0	0	1	2,4	0	0	2	4,9	0	0	0	0
Levaduras	4	9,8	3	7,3	0	0	1	2,4	1	2,4	0	0
Total	41	100	41	100	41	0	41	100	41	100	41	100

E: exudado; R: rectal; F: faríngeo; BLEE: beta-lactamasa de espectro extendido; SAMR: Staphylococcus aureus metilicín resistente.

medias y desviaciones estándar o en medianas y rangos intercuartílicos según se diesen o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon, según procediera, con el test de χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Para los días de estancia en la UCI se consideró que la muerte era un factor de censuramiento del dato. Por tal motivo, las medianas de estancia se estimaron utilizando el método de Kaplan-Meier y éstas se compararon utilizando el test log-rank. Aquellas variables que mostraron asociación con la mortalidad en el análisis univariado fueron introducidas en un análisis logístico multidimensional. El modelo logístico multidimensional se resumió en p-valores correspondientes al test de razón de verosimilitudes y en odds-ratio (OR) ajustadas, las cuales se estimaron mediante intervalos de confianza al 95%. Un contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue inferior a 0,05.

Resultados: Presentaron NN 48 pacientes en el periodo de estudio y murieron 18 pacientes. En el estudio univariado se asociaron a mortalidad la edad p: 0,018, tipo de paciente al ingreso p: 0,007, cirugía urgente p: 0,003 (mueren menos) y diabetes mellitus p: 0,030 (tabla). El único factor independiente (regresión logística múltiple) de mortalidad fue la edad (por año) p: 0,025 y su OR 1,043 (1,005-1,082).

	Mortalidad		p
	Sí (n = 18)	No (n = 30)	
Edad, años	62,5 ± 15,9	49,0 ± 19,2	0,018
Hombres/Mujeres, %	72,2/27,8	76,7/23,3	0,731
APACHE-II al ingreso	23,5 ± 7,9	20,1 ± 6,2	0,110
McCabe			0,086
1	13 (72,2)	28 (93,3)	
2	5 (27,8)	2 (6,7)	
Tipo de paciente			0,007
Médico	16 (88,9)	18 (60,0)	
Quirúrgico programado	1 (5,6)	0	
Quirúrgico urgente	1 (5,6)	12 (6,7)	
Respuesta inflamatoria			0,458
Sepsis	3 (16,7)	3 (10,0)	
Sepsis grave	0	3 (10,0)	
Shock séptico	15 (83,3)	24 (80,0)	
Pacientes con cirugía previa, n (%)	3 (16,7)	6 (20,0)	1
Pacientes con cirugía urgente, n (%)	1 (5,6)	14 (46,7)	0,003
Paciente traumatológico, n (%)	2 (11,1)	8 (26,7)	0,282
Diabetes mellitus, n (%)	9 (50,0)	6 (20,0)	0,030
Cirrosis hepática, n (%)	1 (5,6)	2 (6,7)	1
EPOC, n (%)	2 (11,1)	3 (10,0)	1
Infección urinaria, n (%)	6 (33,3)	1 (3,3)	0,008
Insuficiencia renal, n (%)	4 (22,2)	6 (20,0)	1
Neoplasia, n (%)	1 (5,6)	1 (3,3)	1
Paciente coronario, n (%)	4 (22,2)	4 (13,3)	0,451
Nutrición parenteral, n (%)	8 (44,4)	6 (20,0)	0,071
Inmunosupresión, n (%)	0	2 (6,7)	0,521
Neutropenia, n (%)	0	1 (3,3)	1
Leucocitosis, n (%)	13 (72,2)	17 (56,7)	0,281
Anemia, n (%)	2 (11,1)	3 (10,0)	1
Desnutrición, n (%)	1 (5,6)	1 (3,3)	1

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; n: número.

Conclusiones: En nuestra UCI con DDS se asoció como único factor independiente de mortalidad para la NN la edad (por año).

283. LA PAROMOMICINA POR VÍA ENTERAL COMO TERAPIA PARA DESCOLONIZAR Y REDUCIR INFECCIONES POR GÉRMENES RESISTENTES A COLISTINA Y/O CARBAPENEMASAS

C. Sánchez Ramírez², L. Caipe Balcázar³, M.A. Hernández Viera⁴, M. Cabrera Santana⁵, S. Hipola Escalada⁶, N. Sangil Monroy⁶, F. Artiles Campelo⁶, C.F. Lübke Vázquez⁶, M.A. de la Cal López⁶ y S. Ruiz Santana⁶

^aHospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ^bHospital de Getafe, Madrid.

Objetivo: Utilización de paromomicina por vía enteral como terapia para descontaminar pacientes con colonización rectal resistente a colistina, y/o carbapenemasas (CPN) positivos, en la prevención de infecciones causadas por estos gérmenes.

Métodos: Desde octubre de 2011 a marzo de 2015 utilizamos la descontaminación digestiva selectiva (DDS) en nuestra UCI. Aplicamos la DDS a pacientes con ventilación mecánica más de 48 horas. Los 4 primeros días se le administró cefotaxima 1 gramo intravenoso cada 8 horas. Además una solución digestiva y una pasta oral cada 8 horas con colistina, tobramicina y nistatina hasta el alta. Recogimos exudados rectales y orofaríngeos al ingreso y semanalmente. Utilizamos paromomicina por vía enteral 1 g cada 6 horas para negativizar el exudado rectal. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y las numéricas en medianas y rangos intercuartílicos (IQR).

Resultados: Aplicamos paromomicina a 39 pacientes que tenían un exudado rectal resistente a colistina. Todos tenían colonización por *Klebsiella pneumoniae* BLEE positiva. Los datos demográficos, tipo de ingreso y factores de riesgo se muestran en la tabla. De los 39 pacientes 29 negativizaron el exudado rectal tras paromomicina y 4 eran CPN positivos. Murieron 13 pacientes al alta de UMI. Sin negativizarse murieron en UCI 6 pacientes, 1 de ellos con CPN positivo. Sólo 9 de los pacientes negativizados recibieron concomitantemente algún antibiótico sensible, según antibiograma, durante la aplicación de paromomicina. Tres pacientes que murieron sin negativizarse recibieron imipenem y el exudado era sensible a ese antibiótico. Ningún paciente desarrolló tras la descolonización infecciones por este germen.

Pacientes con paromomicina, n	39
Edad, años	61 ± 13,8
Hombres/Mujeres, %	28 (71,8)/11 (28,2)
APACHE-II al ingreso	22,72 ± 7,67
APACHE-II al tratamiento con paromomicina	17,28 ± 5,6
SOFA al ingreso	9 ± 2,76
SOFA al tratamiento con paromomicina	6,1 ± 2,96
Glasgow Coma Score	11,38 ± 4,33
Paciente médico al ingreso, n (%)	27 (69,2)
Estancia en UMI, días	78 (18-215)
Exitus, n (%)	13 (33,3)
Pacientes con cirugía urgente, n (%)	10 (25,6)
Ventilación mecánica > 7 días, n (%)	39 (100)
Nutrición parenteral, n (%)	10 (25,6)
Técnica de depuración extrarrenal, n (%)	16 (41,02)
Duración del tratamiento con paromomicina, días	16 (8-22)

Conclusiones: El uso de paromomicina enteral es una medida eficaz para descolonizar pacientes con colonización rectal resistente a colistina y tal vez a CPN y para prevenir infecciones por estos gérmenes.

284. FACTORES DE RIESGO PARA INFRA Y SUPRADOSIFICACIÓN DE PIPERACILINA-TAZOBACTAM EN PACIENTES CRÍTICOS

M. Miralbes Torner, F. Ahmad Díaz, S. Carvalho Brugger, S. Iglesias Moles, J.A. Schoenenberger, A. Aragonés Eroles, M. Valverdu Vidal, B. Balsera Garrido, J. Trujillano Cabello y M. Palomar Martínez

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivo: Identificar factores de riesgo para la infra y supradosificación de piperacilina-tazobactam (TZP) en pacientes críticos en tratamiento con 16-24 g/día en infusión continua (IC)

Métodos: Estudio prospectivo durante el periodo octubre 2014-junio 2015. Inclusión de pacientes a quien se inició tratamiento con TZP. Tras una dosis de carga de 4 g se inicia IC de 16-24 g/día según algoritmo previo. Recogida de muestras a la hora y a las 24-48 horas de administrar la dosis de carga. Análisis por cromatografía HPLC obteniendo Cp máxima (Cmax) y concentración en estado estacionario (Css). La Css objetivo se fijó en 4-6 veces la CMI de *P. aeruginosa* en 2013: 16/4. De todos los pacientes incluidos se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y scores de gravedad. Se realizó análisis de regresión logística y curvas ROC.

Resultados: 85 pacientes (60% varones) con una media de 61,86 años (± 14,31) y APACHE-II 16,31 (± 9,33). El 64,7% presentaba shock séptico y el 10,6% bacteriemia. 18 pacientes (21,2%) estaban en rango objetivo (4,7% 16 g/día, y 16,5% 24 g/día), 24 (28,2%) en rango infraterapéutico (8,2% 16 g/día, 20% 24 g/día) y 43 (50,6%) en rango supratapéutico (16,5% en caso de 16 g/día, 34,1% en caso de 24 g/día). Identificamos una serie de variables predictivas para supradosificación: creatinina (OR 5,7; IC95%: [2,1-15,4]), APACHE (OR 1,1; IC95%: [1,02-1,2]) y PCR (OR 1,005; IC [1,001-1,01]). El análisis de la regresión logística mostró un área bajo la curva ROC (AUC) de 0,89 (IC95%: [0,92-0,96]) (fig. 1). Identificamos