

CASO CLÍNICO

[TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN URGENCIAS]

Se trata de un paciente de 68 años, diabético y prostático, que ha venido a Urgencias por fiebre > 38.5° C de dos días de evolución. No tiene una clara focalidad. Tiene un Glasgow de 14/15 (Está desorientado), una TA 120/70, FC 96 x min, FR 28 x min, Temp. 37.5°C, Pulsioximetría 93%, y nada llamativo en el resto del Examen Físico. No ha estado ingresado en el último año, ni se le han prescrito Antibióticos en los últimos 6 meses. En el Urianálisis con tira reactiva presenta leucocitaria++, hematuria+, proteinuria+, nitritos+.

1) **Cuál sería el primer objetivo con este paciente?**

Ante cualquier paciente con sospecha de Infección, el primer, el principal objetivo en el abordaje inicial es detectar si está grave (las tasas de mortalidad en los pacientes graves y vulnerables es > 10%). Para ello es fundamental el conocimiento operativo de los criterios de Sepsis y Sepsis Grave, que permitirían saber que este paciente, por ejemplo, tiene una Sepsis Grave (de origen Urinario). Y, con ello, ubicar al paciente en un circuito urgente ('Código Sepsis Grave') con el objetivo de iniciar la Antibioterapia Empírica en la primera hora, e intentar tener localizado el foco séptico y sus posible complicaciones (que podrían requerir tratamiento quirúrgico) en 6 horas.

2) **¿Qué tratamiento Antibiótico le pondrías?**

En este caso hay gravedad y vulnerabilidad incrementada (inmunodepresión por la diabetes y la edad), por lo que 'acertar' en la cobertura microbiológica que propicie tu elección terapéutica es muy importante. Ya hemos comentado que habría que iniciar la antibioterapia inmediatamente, en la primera hora. Y habría que elegir una opción que cubriese al 90% al menos de la flora posible en un caso como éste (con algún factor de riesgo para albergar bacterias R, pero sin acúmulo de ellos, y con un riesgo escaso de *Pseudomonas Aeruginosa*). Hay que conocer muy bien la Flora Local y los Antibióticos disponibles para obtener esa cobertura del 90%. Probablemente un Tratamiento combinado sería razonable.

[Aquí podría abrirse un debate sobre las expectativas que cada uno puede tener ante la posible flora presente en la infección de este paciente, con sus perfiles de resistencias].

Ante una Sepsis Grave las mejores opciones en cuanto características PK/PD son Carbapenemes > Piper/Tazo > Cefalosporinas de 4ª Generación, que podrían combinarse con Aminoglucósidos (Amika > Genta/Tobra) o Fosfomicina (dosis altas). Dado que el riesgo de *Pseudomonas Aeruginosa* (e incluso de *Enterococcus Faecalis*) parece escaso, y la optimización de la antibioterapia en un tiempo y un medio en el que tenemos infecciones producidas por Enterobacterias productoras de Carbapenemasas, y, por tanto, tiene sentido reducir la exposición a los Carbapenemes, tendría sentido aquí prescindir de ellos. Piper/Tazo o Ceftazidima serían buenas opciones (asociados a Aminoglucósidos o Fosfomicina). E incluso Ertapenem. Podría utilizarse en Monoterapia en este caso. Pero la combinación con un Aminoglucósido durante un breve período de tiempo (incluso sólo una dosis podría tener sentido) le daría más solidez ante una Sepsis Grave (sin generar excesivos problemas adicionales desde el punto de vista ecológico, de toxicidad o del gasto, puesto que unas pocas dosis de un Aminoglucósido estaría carente de estos problemas). Es importante entender que la más interesante optimización de la antibioterapia tiene sus mejores oportunidades cuando el paciente ya ha salido de Urgencias y ha dejado de estar bajo la responsabilidad del médico de Urgencias.

3) **Si el paciente hubiese estado tomando un tratamiento antibiótico que le habría prescrito su médico cinco días antes del ingreso...**

Habría que ir a la mejor opción (Meropenem + Amika ó Fosfomicina), puesto que hay FR para *Pseudomonas spp* y *Enterococcus*.. Pero, además, habría que solicitar una Eco Abdominal urgente para descartar complicaciones como la abscesificación intra o perirrenal, o la obstrucción del tracto urinario –Hidronefrosis por Litiasis, etc-). Ante una ITU complicada hay que vigilar más la evolución inicial, las complicaciones y procurar el concurso de los especialistas/expertos (Urólogo, Infectólogo, etc).