



## 236 - CARACTERÍSTICAS DE LAS BACTERIEMIAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA (2012-2021)

P. Duch Llorach<sup>1</sup>, V. Pomar Solchaga<sup>1</sup>, M. Colomé Ayats<sup>1</sup>, N. Benito Hernández<sup>1</sup>, A. Cozar Llisto<sup>1</sup>, M.A. Rivera Martínez<sup>2</sup>, S. Fernández Ananin<sup>3</sup> y J. López-Contreras González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas; <sup>2</sup>Servicio de Microbiología; <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Describir características epidemiológicas y el pronóstico de bacteriemias en pacientes adultos ingresados en el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo del 1 de febrero de 2012 al 15 de mayo de 2021 en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Incluye pacientes  $\geq 18$  años con hemocultivos positivos ingresados en la sala de Cirugía General y Digestiva, independientemente de su causa. Se realizó seguimiento durante 30 días tras el primer hemocultivo. Para el diagnóstico de bacteriemia se siguieron las recomendaciones de las guías clínicas de la SEIMC. Se definió como nosocomial aquella que no estaba presente al ingreso y que fue adquirida después de 48 horas en el hospital, y como asociada al sistema sanitario, aquella no nosocomial en pacientes con un ingreso previo en un hospital o un centro sanitario  $\leq 4$  semanas antes del inicio de los síntomas. Para establecer el foco de infección se emplearon criterios clínicos y microbiológicos por práctica clínica habitual. Se realizó un análisis estadístico (SPSS 26.0) univariante de los factores demográficos y clínicos asociados.

**Resultados:** Durante el período de estudio se registraron 549 bacteriemias, en 488 pacientes (58,2% varones) con edad media de  $73 \pm 13,6$  años. El 51,3%(281) fueron de adquisición nosocomial y el 11,7%(64) relacionada con la atención sanitaria. El foco más frecuente de la bacteriemia fue el abdominal (380 [69,3%], especialmente foco biliar 260 [47,4%]). La bacteriemia de catéter (150 [27,4%]) fue la segunda causa en frecuencia, seguida por la infección urinaria (21 [3,8%]). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Escherichia coli* (194 [35,4%]), *Klebsiella pneumoniae* (67 [12,2%]), *Enterococcus faecium* (59 [10,8%]) y *Staphylococcus epidermidis* (47 [8,6%]). Se aislaron microorganismos anaerobios en 36(6,6%) bacteriemias y *Candida* spp en 21(3,8%), siendo la más frecuente *C. glabrata* (7 [1,3%]). En el 14,1% (77) la bacteriemia fue polimicrobiana, siendo *E. coli* el microorganismo que más frecuentemente participó en estos procesos (39 [50,6%]). El 10,9% (60) presentaban multirresistencias, el mecanismo más frecuente fue la presencia de  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido (BLEE) (44 [8%]) (El 12,9%(25) de los *E. coli* y el 28,4%(19) de los *K. pneumoniae*). Recibieron tratamiento antibiótico un 90,5%(496). La combinación más utilizada fue una cefalosporina de 3ª generación con metronidazol (187 [34,1%]), seguida de vancomicina (93 [17%]) y carbapenémicos (65 [11,8%]). En el 75%(411) el antibiótico empírico fue adecuado de acuerdo a la sensibilidad. La mortalidad global a los 30 días del

diagnóstico fue del 5,7%(31). Los factores que se asociaron a mayor mortalidad fueron la edad ( $75,6 \pm 12,8$  vs.  $70,8 \pm 13,6$  [ $p = 0,049$ ]) y adquisición nosocomial (7,8% vs. 3,4% [ $p = 0,027$ ]). El sexo femenino (7,4% vs. 4,4% [ $p = 0,129$ ]), el tratamiento empírico incorrecto (8,3% vs. 4,8% [ $p = 0,136$ ]), la presencia de microorganismos con algún mecanismo de multirresistencia (10% vs. 5,1% [ $p = 0,123$ ]) y el aislamiento de *E. faecium* (10,2%vs5,0% [ $p = 0,10$ ]) y *P. aeruginosa* (14,3% vs. 5,3% [ $p = 0,08$ ]) no supuso un riesgo significativo de aumento de la mortalidad global.

*Conclusiones:* En nuestra serie la mayoría de bacteriemias de los pacientes ingresados en una sala de Cirugía General y Digestiva, independientemente del motivo de ingreso, procedían de foco biliar y el microorganismo más frecuentemente aislado fue *E. coli*. La mortalidad global a los 30 días fue del 5,7%, siendo la edad y la adquisición nosocomial los factores de mayor riesgo.