



## 370 - FACTORES PRONÓSTICOS IMPLICADOS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN Y EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVO: PROYECTO NO-BACT

J.A. Girón Ortega<sup>1,2</sup>, R. Fernández Guerrero<sup>1,2</sup>, E. Morte Romea<sup>3</sup>, M. Montes de Oca Arjona<sup>4</sup>, M.Á. Rico Corral<sup>1</sup>, M. de Cueto López<sup>1,2</sup>, J. Rodríguez Baño<sup>1,2</sup> y P. Retamar Gentil<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Sevilla. <sup>3</sup>Hospital Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>4</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

### Resumen

**Objetivos:** Los pacientes a partir de 60 años (adultos mayores) con sospecha de infección en los que se obtiene un hemocultivo suponen un grupo muy heterogéneo. Conocer los factores relacionados con la mortalidad permitirá elaborar programas de intervención para mejorar el pronóstico de los mismos.

**Métodos:** El proyecto No-Bact es una cohorte prospectiva de pacientes con sospecha de infección y extracción de hemocultivo (HC) entre octubre 2018 a julio 2019 en tres hospitales de tercer nivel. Se incluyeron variables demográficas, características clínicas y terapéuticas. La variable principal fue la mortalidad a los 30 días de extracción del hemocultivo. Se seleccionaron únicamente aquellos pacientes de 60 años de edad en adelante. Se evaluó la adecuación del tratamiento antibiótico en día 2 y 5-7 tras la extracción de hemocultivo en referencia a las guías de antibioterapia local. Se realizó análisis bivalente y multivalente de las variables asociadas con la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 684 pacientes. El análisis bivalente con las variables asociadas de forma significativa con la mortalidad, y aquellas de especial interés (hemocultivo positivo) se muestra en la tabla. Tras el análisis multivalente, las variables asociadas de forma independiente con la mortalidad a 30 días fueron la insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica de base (OR 1,79; IC95% 1,04-3,09), la demencia (OR 2,19; IC95% 1,11-4,30), neoplasia activa (OR 2,43; IC95% 1,39-4,25), el uso de antibioterapia en las 48 horas previas a la extracción de hemocultivo (OR 2,61; IC95% 1,57-4,34), qSOFA > 2 en día 0 (OR 2,53; IC95% 1,35-4,74), el presentar hemocultivo positivo (OR 1,98; IC95% 1,10-3,56) y el defecto de cobertura en día 2, de acuerdo a guías locales (OR 1,98; IC95% 1,07-3,65). El foco urinario, catéter o biliar se asoció con menos mortalidad a 30 días (OR 0,41; IC95% 0,22-0,75). No se detectó interacción entre el uso de antibioterapia previa y el resultado del hemocultivo ni otras interacciones significativas.

Variable	Mortalidad 30 días N(%)		OR (IC95%)	p
	No	Sí		
Sexo varón	348 (58)	60 (70)	1,66 (1,02-2,70)	0,04

Adquisición nosocomial/relacionada con cuidado sanitario	363 (61)	64 (74)	1,88 (1,13-3,14)	0,02
Residencia ancianos	44 (7)	12 (14)	2,04 (1,03-4,04)	0,06
Charlson abreviado $\geq 1$	492 (82)	81 (94)	3,49 (1,38-8,82)	0,004
Insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica	159 (27)	32 (37)	1,64 (1,02-2,63)	0,05
Demencia	80 (13)	20 (23)	1,96 (1,13-3,41)	0,02
Enfermedad vascular cerebral	75 (13)	18 (21)	1,85 (1,04-3,27)	0,04
Neoplasia activa	159 (27)	32 (37)	1,64 (1,02-2,63)	0,05
Factor relacionado con colonización por gérmenes multirresistentes	385 (64)	66 (77)	1,82 (1,08-3,10)	0,02
Antibioterapia en las 48 horas previas a la extracción de hemocultivo	192 (32)	45 (52)	2,32 (1,47-3,66)	< 0,001
QSOFA $\geq 2$ día 0	60 (10)	25 (29)	3,68 (2,15-6,28)	< 0,001
Foco urinario/catéter/biliar	214 (36)	17 (20)	0,44 (0,25-0,77)	0,003
Hemocultivo positivo	135 (23)	25 (29)	1,41 (0,85-2,33)	0,22
Defecto de cobertura en día 2 según guía	81 (14)	20 (26)	2,09 (1,19-3,66)	0,01

*Conclusiones:* En este subgrupo de edad, la presencia de una alta comorbilidad basal se relacionó con mayor mortalidad, así como la gravedad inicial del cuadro en infecciones distintas a urinaria, biliar o catéter. Los pacientes con bacteriemia y aquellos con defecto de cobertura antibiótica (independiente del resultado del hemocultivo) presentan mayor mortalidad. El desarrollo de nuevos programas de optimización antibiótica o una mayor implementación de los ya existentes (programas de bacteriemias) pueden tener implicaciones pronósticas. La utilización de antibioterapia previa puede hacer que pacientes bacteriémicos den resultado negativo en el hemocultivo (hemocultivo decapitado), o bien corresponder a pacientes con infecciones producidas por microorganismos resistentes al antibiótico empleado.