



1513 - DIFERENCIAS EN BACTERIEMIAS ENTRE PACIENTES INGRESADOS EN SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Andrés Eisenhofer, E. Suanzes Martín, G. Escudero López, E. Expósito Palomo, F. Martínez Vera, P. González Merino, B. Santamarina Alcantud y J. Calderón Parra

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Resumen

Objetivos: Las bacteriemias suponen un problema en el ámbito hospitalario, aunque pueden afectar de manera diferente a servicios médicos (SM) y quirúrgicos (SQ). En este estudio se pretende analizar las diferencias de bacteriemias las mismas entre pacientes ingresados en SM y SQ.

Métodos: Cohorte prospectiva incluyendo todos los episodios de bacteriemias, registrados mediante hemocultivos positivos significativos de enero a mayo de 2021 en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Se excluyeron pacientes ingresados en intensivos.

Resultados: Del total de pacientes (157), 82,8% (130) ingresaron en SM y 17,2% (27) en SQ. La distribución por sexo fue similar (40,8% mujeres en SM vs. 44,4% en SQ). Los pacientes de SM eran mayores; mediana 73 años (rango intercuartílico (RIQ) 64-84) vs. 62 años (RIQ 53-75), $p = 0,003$. El índice de Charlson ajustado a edad fue mayor en SM; (6 (RIQ 4-8) vs. 4 (RIQ 2-6), $p = 0,020$) aunque sin diferencias en el Charlson simple ($p = 0,111$). Los pacientes fueron homogéneos en antecedentes: HTA, DM, EPOC, insuficiencia cardíaca y renal, cirrosis, tumores sólidos, hematológicos y enfermedades autoinmunes, con diferencias en cuanto a la inmunosupresión crónica (20% SM vs. 0% SQ $p = 0,008$). Hubo menos bacteriemias nosocomiales en SM vs. SQ (40,0% vs. 63,0%, $p = 0,0287$), sin diferencias en comunitarias (36,9% vs. 22,2%, $p = 0,146$) ni en asociadas a cuidados sanitarios (23,1% vs. 14,8%, $p = 0,342$). Hubo diferencias en foco gastrointestinal (24,8% SM y 29,6% SQ $p = 0,006$) y genitourinario (79,4% SM y 20,6% SQ $p = 0,016$). No hubo diferencias en el resto de focos (desconocido, vascular, ORL, respiratorio, partes blandas y neurológico). No existieron diferencias en duración de sintomatología ($p = 0,569$), ni fiebre (89,2% SM vs. 96,3% SQ, $p = 0,558$). Índice Pitt similar (1 (RIQ 0-2) SM vs. 0 (RIQ 0-1) SQ $p = 0,059$). Los pacientes ingresados en SM presentaron mayores qSOFA (0 (RIQ 0-1) vs. (0 RIQ (0-0), $p = 0,013$) y SOFA (2 (RIQ 1-4) vs. (RIQ 0-2), $p = 0,001$). Hubo diferencias en aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* (3,8% SM vs. 18,5% en SQ $p = 0,048$). Fueron menos frecuentes los enterococos ampi-R en SM (28% vs. 100%, $p = 0,037$), sin diferencias en otras resistencias. No hubo diferencias en días hasta el inicio del antibiótico eficaz (1 día (RIQ 0-2) SM vs. 1 día (RIQ 0-3) SQ $p = 0,783$) ni en control del foco recomendado y no realizado (58,5% SM vs. 14,8% SQ $p = 0,471$). Tampoco existieron diferencias en mortalidad a las 48 horas (2,3% vs. 3,7% $p = 1,00$), 14 días (77% vs. 7,4% $p = 1,00$) ni 30 días (13,8% vs. 7,4% $p = 0,530$). En el análisis multivariante, tras ajustar por variables asociadas a mortalidad en el análisis univariante (Charlson ajustado, foco y tipo de bacteriemia, y control de

foco), se confirmó que no hubo diferencias en mortalidad a 30 días (OR para SQ 0,70, IC95% 0,12-3,99, $p = 0,689$).

Conclusiones: Los pacientes ingresados en SM fueron mayores, con mayor comorbilidad y un SOFA mayor. Los pacientes ingresados en SQ presentaron más bacteriemias nosocomiales y aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* y enterococos ampi-R. Tuvieron un pronóstico similar. Conocer las diferencias entre bacteriemias ingresadas en SM y en SQ puede ayudar a optimizar el manejo de estos pacientes.