



## 1528 - ESTUDIO DE BACTERIEMIAS SEGÚN EL ORIGEN DE ADQUISICIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE COHORTE PROSPECTIVA

G. Escudero López, P. González Merino, A. Andrés Eisenhofer, E. Expósito Palomo, F. Martínez Vera, E. Suanzes Martín, S. Rodríguez Guerrero y J. Calderón Parra

Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La bacteriemia conforma un síndrome clínico complejo con importante morbimortalidad. La etiología, el patrón de sensibilidad, así como manejo y evolución muestran grandes diferencias en función del lugar de adquisición: comunitarias, nosocomiales o asociadas a cuidados sanitarios (ACS).

**Métodos:** Cohorte prospectiva que recoge las bacteriemias en mayores de 18 años desde enero hasta mayo 2021 en un hospital de tercer nivel. Se clasificaron en tres grupos: comunitarias, nosocomiales y ACS. Se realizó análisis comparativo de comorbilidades, características clínicas, microbiológicas, manejo y evolución, se realizó análisis multivariante de mortalidad.

**Resultados:** De 224 bacteriemias recogidas 58 fueron comunitarias (25,9%), 128 nosocomiales (57,1%) y 38 ACS (17%). Hubo diferencias en el servicio donde ingresaban ( $p < 0,000$ ), en servicios médicos 130 (82,8% vs. 40,6% vs. 78,9%), 27 en quirúrgicos (10,3% vs. 3,3% vs. 10,5%) y 67 en UCI (6,9% vs. 46,1% vs. 10,5%). La media de edad fue 72,8 años en comunitarias, 68,9 en nosocomiales y 67,1 en ACS,  $p < 0,045$ . En el análisis de comorbilidades hubo diferencias en diálisis (0% vs. 2,3% vs. 10,5%;  $p < 0,049$ ), trasplantados (1,7% vs. 13,3% vs. 21,1%;  $p < 0,011$ ), demencia (18,9% vs. 3,1% vs. 10,5%;  $p < 0,08$ ), uso de corticoides (6,9% vs. 37,5% vs. 34,2%;  $p < 0,000$ ) o inmunosupresores (5,2% vs. 30,5% vs. 26,3%;  $p < 0,002$ ), no en el resto de comorbilidades ni en sexo. Se diagnosticaron antes las bacteriemias nosocomiales ( $p < 0,000$ ) con un tiempo de duración de síntomas de menos de 48 horas 39,7% de las comunitarias, 50,8% de las nosocomiales y 39,5% de las ACS. Presentaban mayor gravedad las nosocomiales ( $p < 0,023$ ) con SOFA 2 (RIQ 1-4) en comunitaria, 3 (RIQ 1-6) en nosocomiales, 1 (RIQ 0-3) en ACS. Se encontraron diferencias en identificación del foco (87,9% vs. 76,6% vs. 97,4%;  $p < 0,005$ ) y en antecedente de cirugía (17,2% vs. 39% vs. 36,8%;  $p < 0,003$ ). Hubo diferencias entre los microorganismos ( $p < 0,002$ ), los más frecuentes *E. coli* 42/224 (39,7% vs. 9,4% vs. 18,4%), *E. faecalis* 38/224 (8,6% vs. 21,9% vs. 13,2%), *S. aureus* 24/224 (10,3% vs. 9,4% vs. 15,8%), *S. coagulasa* negativo 24/224 (8,6% vs. 12,5% vs. 7,9%), *E. faecium* 18/224 (0% vs. 13,3% vs. 2,6%), *K. pneumoniae* 15/224 (5,2% vs. 7% vs. 7,9%), *Candida* 12/224 (0% vs. 8,6% vs. 2,6%), *Pseudomonas* 8/224 (1,7% vs. 3,1% vs. 7,9%). Más BGN productores de carbapenemasas (0% vs. 7% vs. 5,2%;  $p < 0,001$ ), y más BGN difíciles de tratar (0% vs. 5,4% vs. 5,2%;  $p < 0,039$ ) en nosocomiales, así como más bacteriemia de brecha (6,8% vs. 21,8% vs. 7,9%;  $p < 0,02$ ) y bacteriemia polimicrobiana (6,9% vs. 21,9% vs. 7,9%;  $p < 0,039$ ), no hubo diferencias en el manejo antibiótico, control del foco y

*exitus*. El análisis multivariante de mortalidad demostró ingreso en UCI como factor de mortalidad (OR 2,22, IC 1,36-3,63), el tipo de bacteriemia no asoció una mayor mortalidad.

*Conclusiones:* Los pacientes con bacteriemia comunitaria tenían un perfil más frágil, mayor edad, demencia e ingresos en especialidades médicas. Mientras que los pacientes con bacteriemia nosocomial o ACS eran más jóvenes, presentaban más comorbilidades e inmunosupresión, mayor SOFA e ingresaban más en UCI y en especialidades quirúrgicas, además microbiológicamente presentaban infecciones por gérmenes más complejos (SARM, *Enterococcus*, *Pseudomonas*, *Candida*), más resistencias y mayor porcentaje de bacteriemias polimicrobianas. Los pacientes con bacteriemia nosocomial eran diagnosticados antes, el foco primario se reconocía en un porcentaje mayor de casos y presentaban cirugías previas con mayor frecuencia. No hubo diferencias en el manejo, ajuste de antibióticos, control del foco y mortalidad. El ingreso en UCI demostró ser un factor predictor de mortalidad, no así el tipo de bacteriemia.