



## 1391 - BACTERIEMIAS NOSOCOMIALES EN MEDICINA INTERNA

Alejandra Restrepo Ochoa, Paula González Ferrándiz, **Esther Ramírez Nava**, Maria Pilar Iranzo Alcolea, Mercedes Peña Rodríguez, Sergio Diz Fariña y Cecilia Suárez Carantoña

Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** 1. Describir las características clínicas de los pacientes ingresados en Medicina Interna con bacteriemia nosocomial demostrada mediante hemocultivos positivos. 2. Describir los microorganismos identificados y sus posibles focos. 3. Describir la necesidad de ingreso en UCI y mortalidad de estos pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de pacientes mayores de 18 años ingresados en Medicina Interna sin aislamientos microbiológicos en el momento del ingreso que presentan durante el transcurso de su hospitalización (> 48 horas) bacteriemia demostrada mediante hemocultivos positivos en un hospital terciario en el año 2021. Las variables se describen mediante mediana [rango intercuartílico] y frecuencia absoluta y relativa, n (%). Las prevalencias se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron  $n = 29$  pacientes con bacteriemia, mediana de edad 78 [40-93] años, la mayoría fueron varones 19/29 (65,5%). El antecedente más frecuente fue la hipertensión arterial (51,7%), seguido de deterioro cognitivo (24,1%), cardiopatía isquémica (20,7%), enfermedad cerebrovascular (20,7%), diabetes mellitus (20,6%), insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (17,2%). Desde el ingreso hasta la bacteriemia trascurrieron 7 [2-51] días. Un 24,1% de las infecciones fueron de foco abdominal, 20,7% urinario, 17,2% respiratorio y 17,2% asociadas a catéter. Los microorganismos más frecuentes fueron *E. coli* (24,1%) *K. pneumoniae* (10,3%), *S. epidermidis* (10,3%) y *S. gallolyticus* (10,3%). Se aislaron 3 microorganismos resistentes: *E. coli* con betalactamasa de espectro extendido (BLEE), *K. pneumoniae* BLEE y *K. pneumoniae* BLEE/carbapenemasa. Se utilizó doble cobertura antimicrobiana empírica en 15/29 (51,7%) y el tratamiento fue adecuado en 21/29 (72,4%). Un 27,6% de los pacientes requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), mediana de edad: 65 años [50-78]. El foco infeccioso más frecuente de los pacientes que precisaron ingreso en UCI fue abdominal (50%) aislándose *E. coli* en 37,5% de ellos. La mortalidad global fue del 27,6%. Tres de los pacientes (10,3%) fallecieron en los primeros siete días de ingreso, por lo que se consideró la bacteriemia como la causa directa de muerte. La mayor mortalidad se observó en las bacteriemias de foco urinario (25%) y las asociadas a catéter (25%). Hubo seis pacientes cuyo tratamiento empírico no fue el adecuado. De ellos fallecieron cuatro, el 66,7%; mientras que entre los que tenían una cobertura antibiótica adecuada fallecieron 4/21 (19%) con una  $p = 0,044$ .

**Conclusiones:** La bacteriemia presenta una alta mortalidad, correlacionándose nuestros hallazgos

con lo descrito en la literatura. Se requiere un tratamiento empírico precoz y adecuado para mejorar el pronóstico. La doble antibioterapia empírica sigue siendo la opción más empleada, sin embargo, no hay evidencia suficiente para recomendarla de rutina.

## **Bibliografía**

1. Lien F, Lin HS, Wu YT, *et al.* Bacteremia detection from complete blood count and differential leukocyte count with machine learning: complementary and competitive with C-reactive protein and procalcitonin tests. *BMC Infectious Diseases*, 2022;22(1):287.
2. Terradas R, Grau S, Blanch J, *et al.* Eosinophil count and neutrophil-lymphocyte count ratio as prognostic markers in patients with bacteremia: a retrospective cohort study. *PloS One*. 2012;7(8):e42860.
3. Chiang HY, *et al.* Trend and Predictors of Short-term Mortality of Adult Bacteremia at Emergency Departments: A 14-Year Cohort Study of 14 625 Patients. *Open Forum Infectious Diseases*. 2021;8:ofab485.
4. Johnson SJ, *et al.* Is double coverage of gram-negative organisms necessary? *AJHP*. 2011;68:119-24.
5. Goto M, Al-Hasan MN. Overall burden of bloodstream infection and nosocomial bloodstream infection in North America and Europe. *Clinical Microbiology and Infection*. 2013;9:501-9. doi:10.1111/1469-0691.12195