



<https://www.revlinesp.es>

## 1188 - DIFERENCIAS EN COMPORTAMIENTO CLÍNICO, MICROBIOLÓGICO Y PRONÓSTICO DE BACTERIEMIAS EN PACIENTES CIRRÓTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ana Rodríguez García, Alicia Ann Munté Kinsella, Patricia Elsa González Merino, Elena Suancez Martín, Claudia Iglesias Encinas, Marta Murga de la Fuente, Antonio Ramos Martínez y Jorge Calderón Parra

Medicina Interna, Hospital universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Las infecciones en el paciente cirrótico pueden tener un comportamiento clínico, microbiológico y pronóstico distinto al paciente no cirrótico, siendo importante describir estas diferencias para optimizar el manejo. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias en presentación clínica, microbiología, manejo y pronóstico de las bacteriemias entre los pacientes con y sin cirrosis conocida.

**Métodos:** Cohorte prospectiva unicéntrica, incluyendo todas las bacteriemias en nuestro centro desde enero de 2021 hasta junio de 2024.

**Resultados:** Se recogieron 1916 bacteriemias, de las cuales 106 (5,5%) ocurrieron en pacientes cirróticos. Los pacientes cirróticos fueron con mayor frecuencia hombres (74,5 vs. 63,1%,  $p = 0,022$ ). La mediana de edad fue menor (66 años, rango intercuartílico o RIQ 56-75, vs. 71 años RIQ 60-80,  $p = 0,002$ ), pero presentaron mayor comorbilidad, con una mediana en el índice de Charlson de 5 (RIQ 3-6) vs. 2 (RIQ 1-5),  $p < 0,001$ . No existieron diferencias entre ambos grupos en la presencia de las distintas comorbilidades analizadas en nuestro estudio. El 37,7% de las bacteriemias fueron de adquisición comunitaria, con un 47,2% de nosocomialidad y un 15,1% fue asociada a cuidados sanitarios, sin diferencias con respecto a pacientes no cirróticos ( $p = 0,686$ ). El foco más frecuente en estos pacientes fue el gastrointestinal (39,6 vs. 21,1%,  $p < 0,001$ ), seguido de foco vascular 25,5%, desconocido 10,4%, y piel y partes blandas 8,2%, sin diferencias con pacientes no cirróticos. Existieron diferencias significativas en la presencia de bacteriemias de foco genitourinario, más frecuente en pacientes no cirróticos (13,2 vs. 27,2%,  $p = 0,001$ ). Las bacteriemias en pacientes cirróticos debutaron con mayor gravedad medida mediante escala SOFA (4 puntos (RIQ 2-6) vs. 2 (RIQ 1-4),  $p < 0,001$ ), sin diferencias en la presentación en forma de *shock* séptico (16 vs. 12,9%,  $p = 0,372$ ). La frecuencia de los distintos microorganismos fue similar en ambos grupos. Los más frecuentes fueron *Escherichia coli* (21,7%), *Enterococcus* spp (15,1%), *Klebsiella* spp. (10,4%), estafilococos coagulasa-negativos (9,4%) y *Staphylococcus aureus* (8,5%). Fue frecuente la presencia de bacterias multirresistentes, aunque sin diferencias respecto a no cirróticos (29,3 vs. 28,9%,  $p = 1,000$ ). Por último, la mortalidad a 30 días fue del 18,9%, sin diferencias con respecto al grupo de no cirróticos (15,2%,  $p = 0,331$ ). Se objetivó una tendencia a mayor mortalidad atribuible (13,2 vs. 9,0%,  $p = 0,080$ ). Ajustando por las diferencias mencionadas, la cirrosis no conllevó una mayor mortalidad a 30 días (*odds ratio* 1,36, intervalo de confianza 95% 0,81-2,27,  $p = 0,243$ ).

*Conclusiones:* En nuestra cohorte, los pacientes con cirrosis que presentaron bacteriemias eran más jóvenes, pero con peor puntuación en escalas de comorbilidad que los pacientes sin cirrosis. El foco primario fue más frecuentemente gastrointestinal. Las infecciones fueron más graves, aunque no llegaron a debutar con *shock* séptico en mayor proporción de forma significativa. La mortalidad a 30 días fue similar en ambos grupos, aunque la mortalidad atribuible podría ser mayor. Tener en cuenta estas diferencias podría ayudarnos a optimizar el manejo de las bacteriemias en pacientes cirróticos.