



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1888 - PREDOMINIO DE *ESCHERICHIA COLI* Y FOCO URINARIO EN LAS BACTERIEMIAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Teresa Romeo Allepuz<sup>1</sup>, **Cristina García-Domínguez<sup>1</sup>**, María Isabel Millán Lou<sup>2</sup>, María Luisa Monforte Cirac<sup>2</sup>, Laura Peiro Muntadas<sup>1</sup>, Andrea Hernández Rubio<sup>1</sup>, Iván Dobato Martínez<sup>1</sup> y María Sabina Gimeno Minguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza, España. <sup>2</sup>Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de los pacientes con bacteriemia desde enero hasta diciembre del 2024.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de las bacteriemias durante el año 2024. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y de evolución y se analizaron con el programa SPSS.

**Resultados:** Se analizaron un total de 353 pacientes con diagnóstico de bacteriemia. La distribución por sexo mostró una leve mayoría de hombres (55,24%) frente a mujeres (44,76%). La edad media de los pacientes fue 71,4 (19-98) años. En cuanto al origen de la infección, se observó que el 39,94% de los casos estaban relacionados con la asistencia sanitaria, seguidos por 38,24% de bacteriemias de origen comunitario y un 21,81% nosocomiales. El foco más frecuente fue el urinario, representando el 43,91% de los casos, de los cuales un pequeño porcentaje (4,52%) estaba asociado al uso de sondas vesicales. Le siguieron los focos respiratorios (18,13%), intraabdominales (15,3%) y un 14,45% de foco desconocido. Entre los microorganismos más frecuentemente aislados se encontró *Escherichia coli*, presente en el 37,96% de los casos. Le siguieron *Staphylococcus* spp (12,46%, incluyendo 24 aislamientos de *S. aureus*), *Klebsiella* spp (10,2%, de los cuales 31 eran por *K. pneumoniae*), *Streptococcus* spp (9,92%) y *Enterococcus* spp (9,92%, incluyendo 19 aislamientos de *E. faecalis*). En relación con la gravedad clínica, un 5,1% de los pacientes desarrollaron shock séptico y la mortalidad intrahospitalaria fue del 13,03%. Además, el 13,03% de las bacteriemias fueron causadas por microorganismos multirresistentes. El servicio más afectado fue Medicina Interna, con un 46,18% de los casos, seguido de Urología (12,18%) y Urgencias (7,65%).



**Discusión:** En primer lugar, destaca que el foco más frecuente fue el urinario, presente en el 43,91% de los casos, lo que coincide con las series nacionales que identifican las infecciones del tracto urinario como la principal causa de bacteriemia, sobre todo en el ámbito comunitario. Le siguieron en frecuencia los focos respiratorios (18,13%) e intraabdominal (15,3%), también descritos como comunes en otros estudios españoles. Respecto al origen de las bacteriemias, la mayor proporción fueron aquellas asociadas a cuidados sanitarios (39,94%), seguidas de las comunitarias (38,24%) y nosocomiales (21,81%). Este hallazgo difiere ligeramente de las cifras publicadas por la SEIMC, donde las bacteriemias comunitarias suelen representar un mayor porcentaje (en torno al 45-50%). En cuanto a los microorganismos causantes, el más frecuentemente aislado fue *Escherichia coli* (37,96%), seguido de *Staphylococcus* spp (12,46%), *Klebsiella* spp (10,2%) y *Streptococcus* spp (9,92%). Estos resultados son consistentes con los datos nacionales, en los que *E. coli* lidera de manera clara los aislamientos. Sin embargo, es llamativo el porcentaje relativamente elevado de *Klebsiella* spp en esta cohorte. La tasa de mortalidad intrahospitalaria observada fue del 13,03%, algo inferior a lo descrito en estudios multicéntricos nacionales, donde la mortalidad puede superar el 15-20%.

**Conclusiones:** El perfil clínico y microbiológico de las bacteriemias analizadas se ajusta a las tendencias descritas a nivel nacional. Se subraya la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica activa a nivel local, adecuar las estrategias de tratamiento empírico y las medidas de prevención y control de infecciones.