



I-083 - CARACTERÍSTICAS DE LAS BACTERIEMIAS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A. Garcés Rodríguez, M. Morellá Fernández, L. Bernal José, T. Martínez-Carbonell Baeza, S. Alemán Belando, M. Cutillas Pérez, C. Olagüe Baño y M. Moreno Hernández

Medicina Interna. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Describir la prevalencia, características clínicas y microbiológicas de las bacteriemias por *P. aeruginosa*. Describir resistencias antibióticas de las bacteriemias por *P. aeruginosa*, así como la necesidad de ajuste de tratamiento antibiótico empírico inicial.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los episodios de bacteriemia por *P. aeruginosa* en el año 2017 en el Hospital Morales Meseguer. Los datos han sido obtenidos del registro de hemocultivos positivos para *P. aeruginosa* de dicho año. Para su análisis estadístico se empleó el programa Excel.

Resultados: Se incluyeron 378 bacteriemias, de las cuales 18 estaban ocasionadas por *P. aeruginosa* (4,75%). De las bacteriemias adquiridas en la comunidad, *P. aeruginosa* supuso un 4,4% de los casos y de las nosocomiales un 7,1%. La presencia de resistencia antibiótica se describió en el 100% de los casos. El 88% (n = 16) fue resistente a cefalosporinas y sulfamidas, un 5% (n = 1) a aminoglucósidos y sulfamidas y otro 5% (n = 1) multirresistente (resistencia a 3 o más familias de antimicrobianos). Fue necesario modificar la antibioterapia inicial en el 44,44% de los casos y fue posible desescalar en el 27,78% de los casos. Como factores de gravedad, destaca que un 44,44% tuvo criterios clínicos de sepsis, un 38,89% requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con presencia de fallo multiorgánico en el 22,2%, el 22,2% presentó neutropenia, y un 16,67% reingresó en las 4 semanas siguientes. La mortalidad global durante el ingreso fue del 22,22% directamente relacionada con origen infeccioso.

Discusión: La bacteriemia por *P. aeruginosa* se origina frecuentemente en el medio hospitalario. En nuestro estudio, supone el 7,1% de las bacteriemias de origen nosocomial, porcentaje ligeramente superior a lo hallado en otros estudios (4-6%). En las bacteriemias adquiridas en la comunidad, supuso un 4,4%. En cuanto a las principales resistencias antibióticas encontradas en nuestro estudio, concuerdan con los hallazgos de otros estudios, con casi el 100% de resistencia a cefalosporinas y el 100% a cotrimoxazol. Se detectaron menos resistencias frente a ciprofloxacino, aztreonam o carbapenems que en otros estudios, probablemente debido la pequeña muestra estudiada basada en hemocultivos positivos. Con respecto a la alta proporción de casos en los que es necesario modificar la antibioterapia inicial (44,44%), parece relevante hacer una mejor valoración de las características y factores del riesgo del paciente para elegir el tratamiento empírico más

adecuado y así reducir dicho porcentaje. Destacar la elevada proporción de paciente con criterios de sepsis (44%) como factor más importante aunque con diferentes tasas de incidencia en la bibliografía encontrada. La tasa de mortalidad (44%) es superior a la mortalidad en otros estudios, con valores que oscilan entre un 30-39%.

Conclusiones: 1. La bacteriemia por *P. aeruginosa* supone el 7,1% de las bacteriemias de origen nosocomial y el 4,4% de las adquiridas en la comunidad. 2. Todos los casos presentaron resistencias antibióticas, fundamentalmente a cefalosporinas y sulfamidas con un 5% de *Pseudomonas* multirresistentes. 3. La antibioterapia empírica no es eficaz en una elevada proporción de casos con necesidad de escalada o cambios en el tratamiento antibiótico tras antibiograma. 4. Es frecuente que los pacientes presenten criterios de sepsis con necesidad de ingreso en UCI. 5.- La mortalidad en pacientes con bacteriemia por *P. aeruginosa* es elevada.