



I-218 - PERFIL ACTUAL DE LAS BACTERIEMIAS POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Cardona¹, N. Benito², B. Mirelis³, V. Pomar², J. López-Contreras², J. Casademont¹, M. Gurgu²

¹Medicina Interna, ²Unidad de Infecciones; Servicio de Medicina Interna, ³Microbiología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resumen

Objetivos: *P. aeruginosa* es la especie de *Pseudomonas* más importante de las que afectan al ser humano, causando infecciones graves, con notable morbimortalidad; es uno de los patógenos implicados con mayor frecuencia en las infecciones nosocomiales. El objetivo de este estudio es analizar las características y el pronóstico de los pacientes que presentan una bacteriemia por *P. aeruginosa* en los últimos años en nuestro medio.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes. Se incluyeron todos los pacientes de 18 años o más con bacteriemia por *P. aeruginosa*, diagnosticados y tratados en un hospital terciario durante los años 2013-2015. Se consideró una bacteriemia por *P. aeruginosa* cuando se aisló dicho microorganismo en uno o más frascos de hemocultivos. Criterios de exclusión: 1) las infecciones polimicrobianas (considerando como tales aquellas en las que se aisló otro microorganismo clínicamente significativo), y 2) los casos de recurrencia de la bacteriemia en el mismo paciente (cada paciente sólo se incluyó una vez). Se definió infección por una cepa multirresistente cuanto la cepa fue "no sensible" a -al menos 1 antibiótico-, de al menos 3 familias de antimicrobianos, según la definición de Magiorakos et al (Clin Microbiol Infect 2012;18:268-81).

Resultados: Durante los 3 años de estudio hubo 50 pacientes con bacteriemia por *P. aeruginosa* en nuestro centro: 13 (26%) en 2013, 18 (36%) en 2014 y 19 (38%) en 2015. La edad mediana de los pacientes fue de 68 años (amplitud intercuartílica 24); 30 fueron varones (60%). El foco de origen más frecuente fue el urinario (14 episodios, 28%), seguido de un foco desconocido en 9 casos (18%), y abdominal en 8 (16%). En cuanto al lugar de adquisición de la infección, lo más frecuente fue la adquisición relacionada con la atención sanitaria no intrahospitalaria, que se produjo en 30 episodios (67%), seguida de la comunitaria (12; 27%), y la nosocomial (3; 7%). La *P. aeruginosa* fue multirresistente en 17 (34%) bacteriemias (3 [23%] en 2013; 7 [39%] en 2014; 7 [37%] en 2015). El tratamiento antibiótico empírico fue apropiado en el 80% de los casos (40). Fallecieron 11 pacientes (22%) en los 30 días siguientes al episodio de bacteriemia. La administración de un tratamiento antibiótico empírico inadecuado se asoció significativamente con una mayor mortalidad (6 [60%] versus 5 [13%]; $p = 0,004$). El antimicrobiano empírico fue inapropiado en el 88% (15) de las bacteriemias por *P. aeruginosa* multirresistente y en el 76% (25) del resto de bacteriemias ($p = 0,461$). No hubo una mayor mortalidad entre los pacientes con infecciones por cepas multirresistentes (2; 12%) que entre los demás pacientes (9; 27%); $p = 0,292$. La mortalidad fue más frecuente en los pacientes con infecciones comunitarias (6; 50%), que en las relacionadas con la

atención sanitaria (4; 13%) o las nosocomiales (0); $p = 0,023$. Esto pudo estar relacionado con el hallazgo de que el tratamiento empírico fue adecuado con mayor frecuencia en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y nosocomiales (28; 85%) que en las infecciones comunitarias (7; 58%); no obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,101$).

Discusión: El tratamiento adecuado de las bacteriemias por *P. aeruginosa* es cada vez más complejo, debido al elevado porcentaje de resistencias observado en la actualidad. A la vista de los resultados de este estudio, debe mejorar el tratamiento empírico de estas infecciones, sobre todo en las de adquisición comunitaria.

Conclusiones: En la actualidad las bacteriemias por *P. aeruginosa* diagnosticadas en un hospital terciario se adquieren mayoritariamente en relación con la atención sanitaria, no intrahospitalariamente. Más de la tercera parte se producen por bacterias multirresistentes. La mortalidad sigue siendo considerable (22%) y se relaciona de forma sustancial con un tratamiento empírico inadecuado.