



## I-206 - REGISTRO PROSPECTIVO DE LOS EPISODIOS DE BACTERIEMIA NOSOCOMIAL EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Temprado Moreno<sup>1</sup>, M. Sánchez García<sup>1</sup>, S. Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, P. Segovia Alonso<sup>1</sup>, A. García Seán<sup>2</sup>, M. Marcos Martín<sup>1</sup>, H. Ternavasio de la Vega<sup>1</sup>, S. Ragazzino<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la epidemiología y describir los principales aspectos clínicos y pronósticos de los casos de bacteriemia nosocomial detectados en nuestro servicio.

**Material y métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva todos los episodios de bacteriemia nosocomial detectados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Salamanca desde enero de 2015 hasta mayo de 2016. Se recogieron variables demográficas, microbiológicas y clínicas. Se presentan los resultados utilizando la media (desviación estándar) para las variables cuantitativas y la frecuencia (porcentaje) para las categóricas.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, se detectaron 175 episodios de bacteriemia: 50 (29%) fueron de origen nosocomial. Entre los pacientes con bacteriemia nosocomial la edad media fue de 77 años (10,6) y el 70% eran varones. Las enfermedades de base más prevalentes fueron: cardiopatía 21 (42%), diabetes mellitus 13 (26%), tumor sólido o hematológico 11 (22%), insuficiencia renal crónica 7 (14%), enfermedad respiratoria crónica 7 (14%). El 46% de los pacientes tenía un índice de Charlson  $\geq 3$  con un valor medio de 2,9 (2,3). Los principales factores de riesgo fueron: catéter vascular en 45 casos (90%), sondaje urinario previo en 27 casos (54%), procedimientos invasivos en 24 (48%), cirugía previa en 7 (14%), presencia de dispositivo vascular permanente en 6 (12%) y estancia en UCI en 4 (8%). Se aislaron 54 cepas (4 casos de bacteriemia polimicrobiana): bacterias Gram positivas 33 (61%) [estafilococo coagulasa negativa (ECN) 15, *S. aureus* 11, *Enterococcus* spp. 4, *Streptococcus* spp. 3]; bacterias Gram negativas 12 (22%) [*E. coli* 5, *P. aeruginosa* 2, otras 5]; hongos 9 (17%, todas *Candida* spp.). Respecto al patrón de sensibilidad antimicrobiana, se aislaron 3 cepas (6%) de *S. aureus* meticilín resistente y 2 (4%) enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido. La bacteriemia se consideró primaria en 14 casos (28%), mientras que los restantes episodios fueron secundarios a: infección asociada a catéter en 19 casos (38%), infección respiratoria 7 (14%), infección del tracto urinario 4 (8%), infección de piel y partes blandas 4 (8%) y endocarditis 2 (4%). La estancia hospitalaria media fue de 33 días (30). Ocho (16%) pacientes presentaron shock séptico asociado y 3 (6%) requirieron ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. Un 46% de los pacientes tenía un Pitt  $\geq 2$  en el día del desarrollo de la bacteriemia. El tratamiento antibiótico empírico resultó correcto en 28 casos (56%). Diecinueve pacientes fallecieron durante los primeros 30 días de seguimiento con una mortalidad global del 38%.

**Discusión:** La bacteriemia nosocomial, como bien es conocido, se asocia con una elevada mortalidad y a un aumento de la estancia hospitalaria. En nuestro medio, la tasa de mortalidad se acerca al 40% y la estancia

hospitalaria media es superior al mes, datos similares a los descritos en literatura. Uno de los aspectos mejorables de nuestra práctica clínica es la instauración tempestiva de un tratamiento antibiótico empírico correcto, ya que éste resulta adecuado en nuestro estudio en poco más de la mitad de los casos. Al igual que en otras series las bacterias Gram positivas son las más prevalentes: ECN y *S. aureus*, son los patógenos más frecuentes, y su principal foco el catéter vascular, que a menudo es el gran olvidado como fuente de infección. Es de destacar la elevada prevalencia de candidemias, representando la *Candida* la tercera causa más frecuente de septicemia nosocomial en nuestras plantas. Estos resultados deberían aumentar el grado de sospecha clínica e impulsar a plantear la terapia antifúngica empírica en los contextos clínicos apropiados.

*Conclusiones:* La bacteriemia de origen nosocomial cursa con una mortalidad elevada (38%) y una estancia hospitalaria prolongada. Los patógenos responsables con mayor frecuencia son: ECN, *S. aureus* y *Candida* spp. En el 66% de los casos la bacteriemia fue primaria o asociada a catéter.