



<https://www.revclinesp.es>

## I-217 - FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA

R. Cardona Corrales<sup>1</sup>, L. Izquierdo Cárdenas<sup>1</sup>, N. Benito Hernández<sup>2</sup>, B. Mirelis Otero<sup>3</sup>, C. Romero Carrete<sup>1</sup>, V. Pomar Solchaga<sup>2</sup>, M. Gurgui Ferrer<sup>2</sup> y J. Casademont I Pou<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas; <sup>3</sup>Microbiología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Pseudomonas aeruginosa es un patógeno frecuentemente implicado en infecciones nosocomiales, causando una importante morbimortalidad. El objetivo de este estudio es el de analizar los factores de riesgo asociados con una mayor mortalidad en los pacientes que presentan una bacteriemia por P. aeruginosa.

**Material y métodos:** Diseño: estudio retrospectivo de cohortes. Criterios de inclusión: todos los pacientes mayores de 18 años con un primer episodio de bacteriemia por P. aeruginosa diagnosticados y tratados en un hospital terciario durante los años 2013-2015. Bacteriemia por P. aeruginosa: aislamiento de dicho microorganismo en al menos un hemocultivo. Criterios de exclusión: bacteriemias polimicrobianas y recurrencias en un mismo paciente. Se identificaron los casos a través del laboratorio de Microbiología. P. aeruginosa multirresistente: cepa no sensible a al menos un antibiótico de al menos tres familias de antipseudomónicos (Magiorakos et al. Clin Microbiol Infect. 2012;18:268). Adquisición asociada al ámbito sanitario: Bacteriemia producida tras 48 h de ingreso o desde el ingreso en pacientes procedentes de centros sociosanitarios, ingreso domiciliario (curas/antibioterapia endovenosa), en régimen de hemodiálisis o ingreso en los últimos 30 días; siendo el resto de adquisición comunitaria. La gravedad en la presentación se evaluó con la escala SOFA. Se realizó un análisis univariante de los factores de riesgo de mortalidad a los 30 días. Y una regresión logística de las variables con  $p < 0,30$ .

**Resultados:** Durante el periodo se incluyeron 62 pacientes (64,5% varones), la edad media fue de 65 (16,3). La comorbilidad media medida por índice de Charlson fue de 1,2 (0,8). El foco más frecuente fue el desconocido (18 casos; 29%), seguido por el urinario (16 casos; 25,8%), abdominal (7; 11,3%), piel y partes blandas (7; 11,3%), vía central (6; 9,8%), respiratorio (5; 8,1%), y otros (3; 4,8%). En cuanto a la adquisición de la infección, en su mayoría fue asociada al ámbito sanitario (49 casos, 79%). El tratamiento empírico fue adecuado según antibiograma, en 53 casos (85,5%). P. aeruginosa multirresistente produjo 19 episodios (30,6%). 10 pacientes (16,1%) fallecieron en los primeros 30 días desde el inicio de la bacteriemia. No se halló diferencia de edad entre los pacientes que fallecieron y los supervivientes (69 y 64 años, respectivamente,  $p = 0,462$ ), ni por Índice de Charlson (1, vs 1,2  $p = 0,878$ ). Los casos con foco considerado de mayor riesgo de mortalidad (respiratorio bajo y desconocido, -no hubo casos de endocarditis-) presentaron mayor mortalidad que el resto, pero sin significación estadística (21,7% y 12,82% respectivamente  $p = 0,282$ ). No se hallaron diferencias entre la mortalidad debidas a multiresistencia (16,3% vs 15,8%  $p = 0,639$ ). La mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes de adquisición comunitaria que en el de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (46,2% vs 8,2%  $p = 0,004$ ), en los pacientes que recibieron una antibioterapia empírica inadecuada (55,6% vs 9,4%;  $p = 0,04$ ), también se halló mayor puntuación en la

escala SOFA entre los fallecidos respecto a los supervivientes a los 30 días (7,1 vs 3,04 p = 0,03). En el análisis multivariante, los factores de riesgo asociados con mayor mortalidad fueron: Inadecuación del tratamiento empírico recibido (odds ratio [OR] 11,8; intervalo de confianza [IC] 95% 2,4-58,5; p = 0,003) y adquisición comunitaria (OR 7,9; IC95% 1,5-41,8; p = 0,014).

*Discusión:* La mortalidad de una bacteriemia por *P. aeruginosa* sigue siendo relevante y se relaciona con la inadecuación del tratamiento empírico, constituyendo una oportunidad de mejora. Hacen falta más estudios que permitan identificar pacientes candidatos a recibir un tratamiento antipseudomónico, sobre todo entre los comunitarios.

*Conclusiones:* Los factores que se asocian con una mayor mortalidad en los pacientes ingresados con bacteriemia por *P. aeruginosa* son la antibioterapia empírica inadecuada y la adquisición comunitaria.