



# Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

## A-182. - ESTUDIO DE MORTALIDAD ATRIBUIBLE A BACTERIEMIAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. FACTORES PRONÓSTICOS

A. Blázquez Puerta<sup>1</sup>, A. del Arco Jiménez<sup>1</sup>, M. Uribe Pérez<sup>1</sup>, J. de la Torre Lima<sup>1</sup>, J. Prada Pardo<sup>1</sup>, F. Fernández Sánchez<sup>2</sup>, F. Rivas Ruiz<sup>3</sup>, J. García Alegría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Unidad de Microbiología, <sup>3</sup>Unidad de Investigación. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

### Resumen

**Objetivos:** La bacteriemia y la sepsis pueden condicionar una creciente morbilidad y mortalidad. El objetivo del estudio es analizar los resultados de un programa de intervención precoz sobre pacientes con bacteriemia y su impacto en la mortalidad atribuible en los 7 primeros días, valorar la utilidad de los índices usados en la estratificación de las bacteriemias (McCabe, Charlson y Pitt) y si existe algún factor pronóstico independiente.

**Métodos:** Entre el 1 de enero de 2009 y el 1 de enero de 2011 se registraron con carácter prospectivo los resultados de un programa de intervención precoz sobre pacientes con bacteriemia/sepsis (Enfermedades Infecciosas de Medicina Interna y Microbiología) con el fin de optimizar el tratamiento en función de los resultados microbiológicos, la estratificación de riesgo (índices de McCabe, Charlson y Pitt), el lugar de adquisición de la infección, el foco, la edad y el sexo. Tomando como variable de comparación de subgrupos la presencia de mortalidad esperada por bacteriemia, se realizó un análisis bivariado y un análisis de regresión logística multivariante.

**Resultados:** Fueron evaluados 773 episodios de bacteriemia, 21 fueron excluidos por haber sido trasladados a otros centros, quedando finalmente 752 en el estudio. Treinta y cuatro pacientes (4,4%) ya habían fallecido cuando se localizaron, evolucionaron hacia la muerte en la primera semana 62 (8,2%), fallecieron por encima de la semana 49 (63%) y sobrevivieron 641 (82,9%). Al realizar el análisis bivariado se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre la mortalidad atribuible a bacteriemia y edad del paciente (mayor en sujetos más ancianos), los índices de McCabe, Charlson y Pitt (en los tres también en sentido positivo), la ausencia de foco y la no modificación del tratamiento. No fueron hallados resultados significativos en cuanto a la distribución por sexo, el microorganismo aislado y el lugar de adquisición de la infección, si bien la nosocomial presentó un mayor porcentaje (30,18%) frente a la infección comunitaria (41,13,2%) y la relacionada con la asistencia sanitaria (40,14,6%). El análisis de regresión logística multivariante reveló una mayor probabilidad de muerte atribuible a bacteriemia según la edad (RR 1,028,  $p < 0,001$ ), en aquellos con adquisición nosocomial (RR 1,88,  $p = 0,029$ ), cuando hubo ausencia de foco (RR 2,76,  $p < 0,004$ ), en los que presentaban al ingreso un mayor valor en los índices de McCabe (2: RR 5,30,  $p < 0,001$ ; 3: RR 7,616,  $p < 0,001$ ), Charlson (3 o mayor: RR 2,68,  $p < 0,001$ ) y Pitt (3 o mayor: RR 7,014,  $p < 0,001$ ), así como en los que se mantuvo el mismo tratamiento (RR = 2,44,  $p < 0,001$ ). No hubo hallazgos reseñables en cuanto las variables sexo y germen aislado.

*Conclusiones:* 1. La mortalidad global precoz atribuible a bacteriemia/sepsis es baja (8,2%) en comparación con la literatura, aunque un 4% de los pacientes ya habían fallecido por sepsis grave cuando se localizaron. 2. La distribución de la mortalidad en relación al lugar de adquisición de la infección fue algo inferior a la registrada en otros centros hospitalarios de nuestra comunidad (infección comunitaria 13,2-15%, relacionada con a la asistencia sanitaria 14,6%-18% y nosocomial 18%-20%). 3. Los factores predictores del incremento de mortalidad atribuible a bacteriemia fueron: Edad, resultados en los índices de McCabe ( $> 1$ ), Charlson y Pitt ( $> 2$ ), la ausencia de foco, la adquisición nosocomial y la no modificación del tratamiento empírico inicial. 4. La intervención precoz sobre pacientes con bacteriemia/sepsis, estratificando el riesgo de evolución desfavorable mediante los factores expuestos anteriormente, permite la optimización del tratamiento antimicrobiano y reducir la mortalidad directa esperada.