



## 1411 - BACTERIEMIAS POR MICROORGANISMOS RESISTENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: ANÁLISIS DE COHORTE PROSPECTIVA

*E. Expósito Palomo, J. Calderón Parra, A. Andrés Eisenhofer, G. Escudero López, F. Martínez Vera, E. Suanzes Martín, P. González Merino y A. Ramos Martínez*

*Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.*

### Resumen

**Objetivos:** La bacteriemia por microorganismos resistentes (B-MR) supone un problema terapéutico y puede conllevar un aumento de morbimortalidad. El objetivo fue analizar la clínica y pronóstico de la B-MR.

**Métodos:** Cohorte prospectiva que incluye todos los episodios de bacteriemias en mayores de 18 años desde enero hasta mayo 2021 en hospital de tercer nivel. Se consideraron los siguientes microorganismos como resistentes: *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente (SARM), estafilococo coagulasa negativo (ECN) MR, enterococos ampicilina-resistentes (EAR), enterobacterias resistentes a cefalosporinas de 3ª generación (ERC3ª), bacilos Gram-negativos resistentes a carbapenémicos (BGN-CR). Estos últimos se dividieron en BGN no fermentadores (BGN-NF) CR y enterobacterias productoras de carbapenemasa (EPC).

**Resultados:** De 211 bacteriemias, 69 (32,7%) fueron B-MR. Se detectaron 25,0% SARM (6/24); 79,2% ECN-MR (19/24); 32,1% EAR (18/56); 32,4% ERC3ª (24/74); y 12,6% BGN-RC (11/87), siendo 20,0% BGN-NF RC (3/15) y 10,8% EPC (8/74). Los antecedentes, servicio de ingreso, tipo bacteriemia, foco, clínica, manejo y pronóstico de B-MR se resumen en tabla. La B-MR supuso mayor mortalidad a 14 días que B-MS tras ajustar por antibiótico inadecuado y variables asociadas a mortalidad en análisis univariante: OR 2,81 (IC95% 1,04-7,59, p = 0,041). De forma específica, solo la bacteriemia por BGN-CR se asoció a mortalidad a 14 días (27,3% vs. 6,6%, p = 0,026).

Variable	B-MR (n=69)	B-MS (n=142)	p
<b>Antecedentes personales</b>			
Edad	69 (59-78)	68 (60-76)	0,778
Sexo (mujer)	42,0% (29)	34,5% (49)	0,362
Charlson ajustado	4 (3-7)	4 (3-7)	0,652
Hipertensión	62,3% (43)	58,5% (83)	0,655
Diabetes mellitus	29,0% (20)	27,5% (39)	0,871
Insuficiencia cardiaca	21,7% (15)	21,8% (31)	1,000
Insuficiencia renal	20,3% (14)	18,3% (26)	0,852
Neoplasia activa	24,6% (17)	25,4% (36)	1,000
Deterioro cognitivo	8,7% (5)	9,2% (13)	0,469
<b>Servicio de ingreso</b>			
Médico	53,6% (37)	62,0% (88)	0,126
Quirúrgico	14,5% (10)	9,9% (14)	0,170
Intensivos	31,9% (22)	28,2% (40)	0,289
<b>Forma de adquisición</b>			
Comunitaria	10,1% (7)	35,9% (51)	0,001
Nosocomial	73,9% (51)	45,8% (65)	0,001
Asociada a cuidados sanitarios	15,9% (11)	18,3% (26)	0,671
<b>Foco de bacteriemia</b>			
Desconocido	17,4% (12)	16,2% (23)	0,845
Vascular	34,8% (24)	28,2% (40)	0,342
Abdominal	15,9% (11)	23,9% (34)	0,213
Genitourinario	17,4% (12)	21,4% (30)	0,585
PPBB-ostearticular	5,8% (4)	6,3% (9)	1,000
Respiratorio	7,2% (5)	0,7% (1)	0,015
Otros	1,4% (1)	2,8% (4)	0,670
<b>Clínica</b>			
Duración síntomas			
Menos 48 horas	48,6% (33)	45,4% (64)	0,361
2-7 días	25,1% (17)	29,8% (42)	
Más 1 semana	13,1% (9)	16,3% (23)	
Fiebre	76,8% (53)	83,7% (118)	0,223
Índice de Pitt	1 (0-3)	0 (0-2)	0,107
SOFA	2 (1-5)	2 (1-5)	0,778
Bacteriemia persistente	18,8% (13)	14,2% (20)	0,567
<b>Manejo y pronóstico</b>			
ATB inicial inadecuado	52,2% (36)	33,1% (47)	0,002
Control foco recomendado	50,0% (34)	56,6% (77)	0,286
Control recomendado no realizado	8,7% (6)	8,5% (12)	1,000
Mortalidad 14 días	17,4% (12)	7,0% (10)	0,030

Tabla 1

**Conclusiones:** La bacteriemia por microorganismos resistentes puede llevar a una mayor mortalidad que los microorganismos sensibles. Existe mayor riesgo de antibioterapia empírica inadecuada. Es importante conocer la epidemiología local de cara a una antibioterapia empírica optimizada.