



1517 - ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LA SEPSIS POR ENTEROCOCOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE 2016-2021 EN EL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

Blanca López Peláez, Gadea Rodríguez Martín, Miguel Villar Martínez, Andrea Bastos Precedo, Almudena Criado Camargo, Manuel Méndez Bailón, Alejandro Salinas Botrán y José Luis García Klepzig

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Conocer las características clínicas de los pacientes ingresados por sepsis enterocócica en la muestra del estudio. Comparar las características clínicas de los pacientes que fallecen durante el ingreso por sepsis por enterococo con respecto a los que sobreviven.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de una serie de casos comprendidos entre 2016 y 2021 en pacientes ingresados en distintos servicios del Hospital Clínico San Carlos con diagnóstico de sepsis por *Enterococcus*. Criterios de inclusión: Diagnóstico de sepsis por *Enterococcus* (código CIE-10) con independencia de la presencia o no de bacteriemia. Edad mayor o igual a 18 años.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes. Fallecieron el 29,5% de los pacientes (n = 28). A. Mortalidad intrahospitalaria. En el análisis univariante se encontraron diferencias significativas según el lugar de infección (p = 0,03) La infección urinaria y del tracto respiratorio implicaba una mayor mortalidad (36,4% y 27,3%, n = 8 y n = 6 respectivamente). Asimismo, la presencia de hemocultivo positivo (p < 0,05) y de criterios SIRS (p = 0,04), se asoció con un aumento del riesgo de *exitus* en el análisis univariante, con 17 (81%) y 19 (86,4%) muertos respectivamente frente a 4 (19%) y 3 (13,6%) fallecidos en los que carecían de estas características. El uso de antibioterapia previa a la infección (p = 0,02) demostró un menor número de muertes (n = 4, 18,2%) frente a no utilizarla (n = 18, 81,8%). El análisis de regresión logística multivariante evidenció que los pacientes con hemocultivo positivo tuvieron más riesgo de fallecer que aquellos con hemocultivo negativo (OR 9,5, IC95% 2,7-34,05) (p < 0,05) y que los pacientes sin ATB previo tuvieron más probabilidad de fallecer durante el ingreso que los pacientes que recibieron ATB previo (OR 6,5, IC95% 1,8-23,7) (p < 0,05). B. Mortalidad acumulada a 30 días. El análisis univariante mostró diferencias clínicas significativas para la enfermedad del tejido conectivo (p = 0,02), hemocultivo positivo (p < 0,05) y manipulación urológica en los tres meses previos (p = 0,04) presentando éstas mayor mortalidad. El mayor porcentaje de mortalidad tuvo lugar en las infecciones urológicas (33,3%, n = 9), seguidas por el abdomen (22,2%, n = 6) y el tracto respiratorio (22,2%, n = 6) con p < 0,05. Los pacientes en los que se usó vancomicina como tratamiento empírico (p = 0,04) presentaron menor mortalidad acumulada (18,5%, n = 5) que aquellos en los que no se usó (81,5%, n = 22), y lo mismo ocurrió con el uso de vancomicina dirigida (p = 0,03) El menor porcentaje de muertes se observó en aquellos

pacientes que recibieron ampicilina dirigida (16%, n = 4). El análisis de regresión logística siguió demostrando que tuvieron más riesgo de fallecer aquellos enfermos con hemocultivo positivo (OR 9,5%, IC95% 2,5-36, p < 0,05). También se observó que los pacientes con enfermedad del tejido conectivo tenían un aumento en el riesgo de muerte (OR: 13,7, IC95% 1,6-119,4).

Discusión: Entidad grave. Hemocultivo positivo se asocia de forma consistente a un aumento del riesgo de muerte manteniéndose la regresión en la asociación logística. Papel controvertido de antibiótico previo y de enfermedad del tejido conectivo.

Conclusiones: La sepsis por enterococos es una entidad grave con 30% de mortalidad. La presencia de bacteriemia asociada parece conllevar un peor pronóstico.