Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S355

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1909 - FACTORES DE RIESGO E INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INADECUADO EN PACIENTES CON BACTERIEMIA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

***Alicia Munté Kinsella**, Fernando Martínez Vera, Claudia Iglesias Encinas, Elena Suanzes Martín, Marta Murga de la Fuente, Ane Andrés Eissenhofer, Gabriela Escudero López y Jorge Calderón Parra*

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: La bacteriemia supone un problema en el ámbito hospitalario, y el tratamiento antibiótico empírico adecuado podría ser útil en la disminución de la mortalidad. El objetivo fue analizar las diferencias entre los factores asociados al tratamiento antimicrobiano empírico inadecuado y su influencia en la supervivencia de los pacientes.

Métodos: Cohorte prospectiva que incluye todos los episodios de bacteriemias en mayores de 18 años desde enero 2021 hasta mayo 2023 en un hospital de tercer nivel. Se consideró tratamiento empírico inadecuado si el tratamiento inicial no es sensible *in vitro* frente al microorganismo finalmente aislado.

Resultados: Se recogieron un total de 1.288 bacteriemias, de las cuales recibieron tratamiento antibiótico inicial inadecuado el 24,6% (n = 337). En el análisis univariante, hubo diferencias significativas asociadas a tratamiento inadecuado en pacientes con demencia (34,9 vs. 24,8% p = 0,007), pacientes trasplantados (33,6 vs. 25,2%, p = 0,031) y en tratamiento con quimioterapia (33,9 vs. 24,9% p = 0,015). Los pacientes con tratamiento empírico inadecuado tuvieron mayor edad (72 años (rango intercuartílico (RIQ) 62-84) versus 70 años (RIQ 60-78), p = 0,043). No hubo otras diferencias significativas en otras comorbilidades ni en el índice de Charlson. En cuanto a la microbiología, fue menos frecuente el tratamiento empírico inadecuado en *Escherichia coli* (20,3 vs. 28,0% el resto, p = 0,008) y *Streptococcus* spp. (11,6 vs. 27,0% del resto, p = 0,004), mientras que fue más frecuente en estafilococos coagulasa negativos (35,3 vs. 25,1% en el resto p = 0,011). Las bacteriemias por microorganismos multirresistentes tuvieron más frecuentemente antibiótico inadecuado (46,4 vs. 17,6% las sensibles, p < 0,001). En cuanto a la presentación, no hubo diferencias significativas en cuanto al uso de antibiótico inadecuado respecto al lugar de adquisición (nosocomial, comunitario o asociado a cuidados sanitarios) ni en cuanto al foco primario de la bacteriemia (desconocido, vascular, genitourinario, gastrointestinal, respiratorio, partes blandas u otros). La presencia de sepsis grave fue igual de frecuente en ambos grupos (27,2 vs. 26,0%, p = 0,774), sin otras diferencias clínicas. En cuanto a pronóstico, hubo tendencia a mayor bacteriemia persistente en pacientes con antibiótico empírico inadecuado (32,7 vs. 25,5%, p = 0,057). La mortalidad a 30 días fue mayor en pacientes con antibiótico inicial inadecuado (20,5 vs. 15,5%, p = 0,041). Tras ajustar por posibles confusores asociados a mortalidad (incluyendo edad, Charlson,

ingreso en UCI al diagnóstico, adquisición nosocomial, foco desconocido, foco respiratorio, *shock* séptico y multirresistencia), se observó una tendencia que no alcanzaba la significación estadística respecto a mayor mortalidad a 30 días en pacientes con antibiótico inicial inadecuado (*odds ratio* 1,39, intervalo de confianza 95% 0,96-2,00, p = 0,079).

Conclusiones: La antibioterapia inicial inadecuada fue frecuente en nuestro medio, y puede asociar mayor mortalidad a 30 días. Es importante conocer qué factores pueden influir en la antibioterapia inicial inadecuada para optimizar el tratamiento de nuestros pacientes.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.