



<https://www.revclinesp.es>

## 997 - INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO ADECUADO EN EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON BACTERIEMIA DE ORIGEN URINARIO EN AUSENCIA DE SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA

Ana Visedo, Ana Rojo, Fernando Martínez-Vera, Gabriela Escudero, Ane Andrés-Eisenhofer, Esther Expósito, Antonio Ramos-Martínez y Jorge Calderón-Parra

Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Las bacteriemias de origen urinario son infecciones frecuentes que se asocian a una mortalidad significativa, además de presentar un aumento progresivo de las resistencias antibióticas. No obstante, suelen considerarse un foco menos grave de bacteriemia, y el impacto pronóstico de iniciar un tratamiento antibiótico empírico inicial adecuado no está del todo claro. El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia pronóstica de una antibioterapia empírica inadecuada en pacientes con bacteriemia urinaria sin shock séptico.

**Métodos:** Cohorte prospectiva unicéntrica en un hospital terciario, incluyendo pacientes con bacteriemia urinaria entre enero de 2021 y junio 2024. Se definió como tratamiento inicial adecuado a recibir un antibiótico con actividad *in vitro* en las primeras 24 horas.

**Resultados:** De un total de 1.916 bacteriemias, 507 (26,5%) tuvieron foco urinario. De ellos, 440 (86,8%) pacientes sin shock séptico fueron incluidos. Recibieron tratamiento inicial adecuado 326 (73,9%) mientras que 115 (26,1%) no lo recibieron en las primeras 24 horas. Los pacientes con tratamiento inadecuado eran mayores (mediana 81 años [RIQ 71-87] vs. 74 [64-82],  $p < 0,001$ ), más frecuentemente hombres (68,7 vs. 31,3%,  $p = 0,015$ ), con mayor comorbilidad (Charlson 3 [2-5] vs. 2 [1-4],  $p = 0,001$ ) y más deterioro cognitivo (33,3 vs. 19,8%,  $p = 0,023$ ). No hubo diferencias significativas en antecedentes personales. En cuanto a la presentación, el grupo con tratamiento inadecuado tuvo más bacteriemias asociadas a cuidados sanitarios (33 vs. 17,5%,  $p = 0,001$ ), sin otras diferencias clínicas ni en gravedad. Fue más frecuente la infección fúngica (5,2 vs. 1,2%,  $p = 0,047$ ) y la multirresistencia (66,1 vs. 16,5%,  $p < 0,001$ ), especialmente las enterobacterias productoras de BLEE (77,6 vs. 16,6%,  $p < 0,001$ ). La mortalidad a los 30 días fue algo mayor en el grupo con tratamiento inadecuado (10,5 vs. 4,9%,  $p = 0,045$ ). En el análisis de factores pronósticos, los fallecidos tuvieron mayor edad (85 [72-91] vs. 75 [65-84],  $p = 0,004$ ), más demencia (56,7 vs. 20,8%,  $p < 0,001$ ), más frecuencia de *Enterococcus* spp (26,7 vs. 9,4%,  $p = 0,008$ ) y ausencia de fiebre (26,7 vs. 11,3%,  $p = 0,021$ ). Hubo tendencia a mayor gravedad por escala SOFA en pacientes fallecidos (2 [RIQ 1-5] vs. 2 [1-3],  $p = 0,058$ ). No se hallaron otras diferencias significativas entre grupos en antecedentes, presentación clínica o microbiología. Tras ajustar por las diferencias mencionadas en el análisis multivariante, el tratamiento inicial inadecuado no se asoció a mayor mortalidad (OR 1,70; IC95% 0,74-3,91;  $p = 0,216$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con bacteriemia de origen urinario sin *shock* séptico, la ausencia de un tratamiento empírico adecuado fue frecuente y se asoció con mayor edad, mayor comorbilidad, adquisición asociada a cuidados sanitarios, presencia de infección fúngica y microorganismos multirresistentes. No obstante, en nuestra cohorte, el uso de un tratamiento empírico adecuado no se relacionó con una reducción significativa de la mortalidad. Estos resultados sugieren que, en ausencia de sepsis grave o *shock* séptico, podría considerarse el inicio de una antibioterapia de espectro reducido, ajustándola posteriormente según la evolución clínica y los resultados microbiológicos. Se necesitan, sin embargo, estudios prospectivos y aleatorizados que permitan evaluar la seguridad de esta estrategia y su impacto en la evolución clínica y en las tasas de resistencia antimicrobiana.