



<https://www.revclinesp.es>

I-275 - FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA POSITIVIDAD DEL HEMOCULTIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A. Blanco, P. Sangro, I. Bilbao, J. Alba, J. Basualdo, P. Sunsundegui, C. Jordán y M. de la Torre

Medicina Interna. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

Resumen

Objetivos: En múltiples series retrospectivas se ha valorado la rentabilidad de sacar hemocultivos ante sospecha de infección sistémica por fiebre o deterioro del estado general como estándar en el diagnóstico de las bacteriemias. Sin embargo la rentabilidad en los servicios de urgencias es baja. El objetivo de nuestro estudio es valorar otros factores clínicos asociados a la positividad de los hemocultivos periféricos (HC) y catéter venoso central (CVC) en Urgencias.

Material y métodos: Se revisaron de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con HC y CVC extraídos en el servicio de Urgencias de la Clínica Universidad de Navarra durante el año 2017. De todos los HC y CVC, se eliminó del análisis aquellos que fueron positivos por contaminación (crecimiento en 1 única toma con crecimiento de *Staphylococcus coagulasa negativos* (SCN) y sin datos clínicos de infección posterior). Se realizó un estudio descriptivo de la población incluyendo datos demográficos (edad y sexo), clínicos (índice de comorbilidades, constantes vitales, tipo de infección) y aislamientos microbiológicos. Las variables cuantitativas que seguían una distribución normal fueron expresadas en medias + DE y se calcularon los riesgos relativos (RR) en base a las variables identificadas con impacto pronóstico en el análisis univariante. Se utilizó el programa SPSS versión 20.0 para el análisis estadístico.

Resultados: De 539 pacientes, 477 eran HC y 62 pacientes fueron HC y CVC. El 59,4% (n = 320) eran varones con una edad media de 63,5 años (\pm DE 18,33). La media del índice de Charlson fue de 4,79 (+DE 3,26). El 7,6% (n = 41) tenían criterios de sepsis y el 1,5% (n = 8) ingresaron en UCI por shock séptico. Los focos de infección más frecuentes fueron: Un 28% (n = 151) neumonías, el 10,9% (n = 59) reagudización de EPOC, el 16,7% (n = 90) infección urinaria, el 13,7% (n = 74) infección intra-abdominal y en un 13,2% no pudo identificarse el foco de infección. En un 3,5% (n = 19) los HC se sacaron sin una causa infecciosa evidenciada posteriormente. El 34,9% (n = 188) de los HC fueron extraídos con fiebre (temperatura $>$ 37,8°C). En el 10% de los HC (n = 52) se obtuvo un aislamiento microbiológico clínicamente significativo con implicaciones terapéuticas. El microorganismo aislado con más frecuencia fue *Escherichia coli* en un 4,4% de casos (n = 24), de los cuales un 58,3% (n = 14) fueron por ITU. Una puntuación $>$ 3 en el índice de Charlson y los pacientes con $>$ 65 años tenía un riesgo mayor de tener un hemocultivo positivo (RR 2,36 IC95% 1,08-5,12) y (RR 2,17 IC95% 1,18-4,03).

Discusión: La toma de HC en Urgencias por sospecha de infección es práctica habitual en múltiples hospitales de tercer nivel. No obstante, según las series, la rentabilidad de los mismos es baja y la $T^a > 37,8^{\circ}$ C es un criterio utilizado de manera extendida para indicar su recogida. Es interesante la valoración de otros factores clínicos con capacidad pronóstica, que pueden apoyar en la toma de decisiones y no solo el criterio

de temperatura corporal.

Conclusiones: En una población de urgencias de un hospital de tercer nivel, la rentabilidad de los HC tomados durante un año fue del 10%. Los pacientes con edad ≥ 65 años y un índice de comorbilidad de Charlson > 3 tenían mayor riesgo de tener un HC positivo. Es necesario el diseño de estudios prospectivos para abordar dicha cuestión.