Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1050

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-020 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS BACTERIEMIAS DETECTADAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

N. Bellaubí Pallarés[1], M. Cardona Ribera[1], A. Pascual Diago[1], N. Escurriola Ayora[1], L. Navarro Bargalló[1], M. Pérez Moreno[2], M. Centelles Serrano[2], A. Ortí Llaveria[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Microbiología. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de las bacteriemias durante el período de un año en un hospital de segundo nivel, y evaluación de las intervenciones realizadas con motivo del inicio de un proyecto de vigilancia de bacteriemias y optimización del uso de antibióticos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias detectadas en el Hospital Virgen de la Cinta de Tortosa desde junio de 2014 a mayo de 2015. Se consideraron variables clínicas, epidemiológicas y microbiológicas. El motivo del estudio fue el inicio de un programa destinado al control de las bacteriemias y al seguimiento y manejo de pacientes a quienes se habían extraído hemocultivos tras consultar a urgencias, y que habían recibido el alta médica con o sin un tratamiento antibiótico empírico. La descripción de variables se realizó mediante media, desviación estándar y frecuencias. Para la comparación de grupos se utilizó la prueba $?^2$.

Resultados: Se analizaron 271 episodios de bacteriemia. El 56,5% ocurrieron en hombres. La edad media fue de 72 años (± 14). La adquisición fue nosocomial en un 25,9%. El 26,6% de los episodios se detectaron en pacientes que consultaron a urgencias sin ingreso posterior, seguido de los que ingresaron en el servicio de medicina interna 24,5% y cirugía 8,5%. El 80,5% de los pacientes presentaba alguna comorbilidad. El 8,6% eran portadores de catéter venoso central (CVC) permanente, y el 7,1% de sonda vesical permanente. El 6,7% fueron sometidos a una cirugía los días previos y al 18% se les practicó una maniobra invasiva previa a la bacteriemia, siendo la más frecuente el sondaje vesical (46,8%), seguida de colocación de CVC (17%) y realización de CPRE (10%). Los focos más frecuente fueron urinario (39,6%), intestinal (26,7%), respiratorio (11,1%) y CVC (9%). Los gérmenes aislados con más frecuencia fueron Escherichia coli (42,8%), Staphylococcus aureus (10,3%) y Klebsiella pneumoniae (7%). El 8,1% de los episodios fue ocasionado por un microorganismo multirresistente recuperándose S. aureus resistente a meticilina (4,4%), P. aeruginosa multirresistente (1,8%), E. coli productor de B-lactamasa de espectro extendido (BLEE) (1,5%) y K. pneumoniae productora de BLEE (0,4%). En el momento de la bacteriemia el 95,5% presentaba fiebre, el 84% síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, el 37,1% sepsis grave y el 18,8% shock séptico. La mortalidad global fue del 20,8%. La presencia de sepsis grave, shock séptico y adquisición nosocomial condicionaba un aumento significativo de la mortalidad (p 0,0001), así como la bacteriemia por P. aeruginosa (p 0,0012). El foco urinario fue el más frecuente, pero con la mortalidad más baja (8,99%) (p 0,04). De los 72 episodios procedentes de urgencias dados de alta sin ingreso, el 22,2% requirieron intervención diagnóstica o terapéutica.

Discusión: Observamos una mortalidad global entorno al margen inferior del rango descrito en la literatura, que según la etiología y gravedad del paciente puede variar entre un 20-50%. Los pacientes con sepsis grave y shock séptico tienen una mayor mortalidad, así como las bacteriemias de adquisición nosocomial y las producidas por P. aeruginosa, resultados que no difieren de la literatura descrita. En el subgrupo de pacientes no ingresados, dados de alta a su domicilio, el 22,22% de los casos no estaba recibiendo el tratamiento antibiótico apropiado. La puesta en marcha de nuestro programa de vigilancia permitió su detección y la intervención diagnóstica y terapéutica apropiada sobre ellos. Las consecuencias sobre evolución, mortalidad y coste serán objetivo de próximos estudios.

Conclusiones: Es necesaria la instauración de programas de vigilancia y control de las bacteriemias, con la participación activa del médico internista junto con el microbiólogo, para conocer la epidemiología local y para un mejor manejo clínico y terapéutico de los casos, así como para optimizar el uso de antimicrobianos.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.