



1798 - REVISIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON BACTERIEMIA OCULTA

Laura Losada Esteban¹, Lucía Bañares Díaz de Guereñu¹, Carlos Cañavate Sánchez¹, Gadea Rodríguez Martín¹, Fernando Lanzas Romero¹, Paula Miguélez Fuertes², Marta López de las Heras³ y Elizabet Petkova Saiz³

¹Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ³División Infecciosas-Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar la factibilidad y seguridad del inicio precoz de antibioterapia oral en pacientes con bacteriemia oculta.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes con bacteriemia oculta dados de alta desde el Servicio de Urgencias durante el año 2024, en un hospital de tercer nivel que no dispone de microbiólogo ni infectólogo de guardia. Se definió bacteriemia oculta como aquella en la que la positividad del hemocultivo se confirma tras el alta del paciente. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, microorganismo y resistencia, foco infeccioso, sepsis en el momento de la atención, adecuación del tratamiento antibiótico, recomendación del equipo PROA y mortalidad a los 30 días. Basándose en publicaciones recientes, se definieron criterios para identificar bacteriemias de bajo riesgo, lo que permite considerar con seguridad razonable la continuación del tratamiento antibiótico oral en el domicilio. El paciente debía cumplir las siguientes condiciones: respuesta precoz al tratamiento, mejoría clínica evidente, adecuación del tratamiento empírico al microorganismo aislado, ausencia de complicaciones sospechadas o focos no controlados, exclusión de bacteriemias por *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus lugdunensis* o *Candida* spp., y disponibilidad de acceso fácil y rápido al Servicio de Urgencias.

Resultados: Se analizaron un total de 74 episodios de bacteriemia con significado clínico durante el año 2024. El 57% de los pacientes eran varones y la mediana de edad de 69 años. El foco infeccioso más frecuente fue el urológico (56%), seguido del digestivo (24%), sin foco (16%), cutáneo (5%), respiratorio (4%), endovascular (4%) y osteoarticular (1%). En Urgencias, un 7% de los pacientes presentaban criterios de sepsis. El microorganismo más frecuente aislado fue *Escherichia coli* en 37 casos (50%), 5 de ellos BLEE. Le siguieron *Streptococcus pneumoniae* y *Streptococcus mitis*, con 4 casos cada uno (5%), y *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella aerogenes* y estafilococos coagulasa negativa con 3 casos cada uno (4%). Otros microorganismos: *Campylobacter jejuni*, *Candida* sp., *Enterococcus* sp., *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter cloacae*, *Serratia marcescens*, *Salmonella enterica* y *Fusobacterium*. De los casos analizados, 28 (38%) cumplían criterios de bacteriemia de bajo riesgo. Entre estos, solo un paciente requirió reingreso hospitalario y en ningún caso se documentó mortalidad a los 30 días. En los 43 pacientes restantes (58%), considerados como bacteriemias no catalogadas de bajo riesgo, el equipo PROA recomendó alguna intervención sobre antibioterapia (58% inicio, 19% adecuación) e indicación reingreso hospitalario en 34 casos (79%).

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio oral precoz de las bacteriemias de bajo riesgo se presenta como una opción factible y segura, siempre que el paciente cumpla criterios clínicos bien definidos, no siendo aplicable en determinadas situaciones, como en bacteriemias por *S. aureus*, fungemias o en pacientes con criterios de gravedad. En nuestro entorno, la participación del equipo PROA, encargado de revisar de forma sistemática todos los hemocultivos, ha demostrado tener un impacto positivo en el pronóstico de las bacteriemias. La disponibilidad de algoritmos estructurados contribuye a mejorar los resultados clínicos y a reducir la probabilidad de errores.