



I-33. - ¿ACIERTA EL CLÍNICO EN EL ORIGEN SOSPECHADO DE LA BACTERIEMIA?

M. Castellanos González, J. Ruiz Giardin, A. Pérez Jaén, M. Saiz Sánchez-Buitrago, N. Abdallah Kassab

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar el grado de acierto entre la sospecha inicial de origen de bacteriemia y el diagnóstico final de la misma, y determinar si influye en la elección del antibiótico empírico adecuado y en el pronóstico de la bacteriemia.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo poblacional de todos los hemocultivos positivos, en población no pediátrica, del Hospital Universitario de Fuenlabrada durante dos años (enero 2012-enero 2014) Semanalmente se recogieron del departamento de microbiología todos los hemocultivos positivos, de los que se analizaron 145 variables epidemiológicas, microbiológicas, clínicas, analíticas y terapéuticas, por paciente. Con estos datos los hemocultivos fueron clasificados como verdaderos positivos o contaminantes. De los hemocultivos diagnósticos de bacteriemia se analizó si el foco de origen presuntivo inicial recogido en la historia clínica de los pacientes coincidía con el foco de origen final de certeza de la bacteriemia, si el tratamiento empírico fue adecuado o inadecuado y si influyó en la mortalidad directamente relacionada con bacteriemia.

Resultados: Se analizaron un total de 1.173 sospechas de bacteriemia, se obtuvieron 495 tandas de HC verdaderos positivos y 610 tandas de HC contaminantes. De los microorganismos aislados el más frecuente a nivel global fueron las Enterobacterias (49,9%), seguidas del S. coagulasa negativo (16,3%), y el foco más frecuente resultó ser el urinario (27,5%), seguido del digestivo (19,8%) y vascular (19,8%). Según los focos, observamos como en el urinario, digestivo y respiratorio predominan las enterobacterias, a nivel vascular el S. coagulasa negativo y en piel y partes blandas hallamos en igual proporción S. aureus y enterobacterias. La mayoría de las bacteriemias son de origen extrahospitalario (47,0%), seguidas de aquellas de origen intrahospitalario (35,3%) Centrándonos en las bacteriemias extrahospitalarias, el foco de origen más frecuente es el urinario (87%) A nivel intrahospitalario lo fueron el vascular (69%).

Discusión: Globalmente el grado de acierto del clínico es mayor en las bacteriemias de origen respiratorio (91,1%), en segundo lugar urinario (86,7%), seguido de digestivo (82,6%), piel y partes blandas (73,3%) y vascular (58,8%). La diferencia absoluta entre el grado de acierto del origen es significativa si comparamos el acierto en los focos de origen digestivo y vascular $p < 0,001$ 23,8% IC95% (10%; 36%), así como la diferencia entre origen urinario y vascular $p < 0,001$ 27,9% IC95% (16%; 39%) y la diferencia entre el origen respiratorio y vascular $p < 0,001$ 32,2% IC95% (18%; 45%) Si comparamos los tratamientos empíricos recibidos según el foco de origen real, vemos que el tratamiento antibiótico empírico adecuado es significativamente superior en todos los focos en

relación al origen vascular que de forma significativa recibe más tratamientos antibióticos empíricos inadecuados $p < 0,002$ 31% IC95% (13%;49%). La mortalidad directamente relacionada con el origen sospechado de la bacteriemia no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes focos de origen con una $p > 0,05$.

Conclusiones: Sí existe diferencia significativa en el grado de acierto del clínico, cuando el foco es de origen respiratorio, urinario y digestivo, frente al vascular. Existen diferencias entre el antibiótico empírico elegido, cuando la bacteriemia es vascular, en cuyo caso es incorrecto de forma significativamente superior al resto de orígenes. En el caso de las bacteriemias de origen vascular, la elección de un antibiótico no efectivo, no parece afectar finalmente a la mortalidad, lo que podría indicar que son de mejor pronóstico al de otros orígenes.