



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

N. Bellaubí Pallarés<sup>1</sup>, M. Cardona Ribera<sup>1</sup>, A. Pascual Diago<sup>1</sup>, N. Escuriola Ayora<sup>1</sup>, L. Navarro Bargalló<sup>1</sup>, M. Pérez Moreno<sup>2</sup>, M. Centelles Serrano<sup>2</sup>, A. Ortí Llaveria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>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  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se analizaron 271 episodios de bacteriemia. El 56,5% ocurrieron en hombres. La edad media fue de 72 años ( $\pm 14$ ). 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.