



I-015 - ESTUDIO DE BACTERIEMIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL DE BARCELONA (CONSORCI SANITARI DEL GARRAF): ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE INFORME AUTOMATIZADO DE HEMOCULTIVOS

D. Blancas Altabella¹, F. Guerrero Ramírez², E. Moreno Rubio³, I. Calvet Tort⁴, X. García Pont¹, J. Blanch Falp¹, H. Camell Ilari¹

¹Medicina Interna, ²Medicina de Familia, ³Enfermería. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona). ⁴Microbiología. Consorci Laboratori Intercomarcal. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Conocer la prevalencia de hemocultivos positivos y contaminados de nuestro centro durante el período de un año. Analizar la epidemiología y la microbiología de las bacteriemias durante el período de estudio.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de un año de duración. Análisis univariado realizado en nuestro centro, el cual dispone de 150 camas de agudos y atiende a una población aproximada de 150.000 habitantes. La población de estudio fueron pacientes > 14 años. Los hemocultivos se procesaron en el Bact/ALERT 3D, a los positivos se les realizó tinción de Gram y cultivo, y para la identificación y antibiograma se usó MicroScan. El mes de abril del 2015 se inició un programa informático a través del cual conocemos el total de hemocultivos que recibe el servicio de Microbiología el cual informa de la positividad de los mismos. Entre los resultados positivos analizamos los verdaderos positivos y los contaminantes. Entre las bacteriemias reales analizamos datos demográficos, microorganismo implicado, localización de la infección y procedencia del paciente.

Resultados: Durante el año de estudio se obtuvieron 5.091 hemocultivos de los cuales 775 resultaron positivos. De éstos, 292 (5,7%) se consideraron contaminantes y 483 (9,5%) verdaderos positivos. Éstos correspondían a 277 episodios de bacteriemias (77% de urgencias). El 49% fueron mujeres y la mediana de edad fue de 84 años (15-98). El microorganismo que se aisló con mayor frecuencia fue *Escherichia coli* en el 44,4% de los casos, seguido de *Klebsiella pneumoniae* (8,3%), *Staphylococcus aureus* (7,2%), *Streptococcus pneumoniae* (6,1%), *Pseudomonas aeruginosa* (3,6%) y *Streptococcus bovis* (3,2%). El 6,1% de las muestras fueron polimicrobianas. En cuanto al análisis de resistencias, el 3,3% de *Escherichia coli* fueron productoras de BLEE, el 8,7% de las *Klebsiella pneumoniae* fueron productoras de BLEE y el 30% de los *Staphylococcus aureus* fueron meticilín resistentes. La localización de la infección fue urinaria en el 38,3% de los casos, desconocida en el 21,7%, intrabdominal en el 15,2%, pulmonar en el 9%, piel y partes blandas en el 6,5%, catéter en el 4% y otras en el 5,4%. El 87% se consideraron de origen comunitario.

Discusión: Por una parte, conocer de primera mano en tiempo real el número de hemocultivos realizados y poder valorar cuales son contaminados permite introducir mejoras para reducir los

mismos. Por otro lado, dado que la bacteriemia está asociada a una elevada morbimortalidad, el conocimiento de la microbiología y sus resistencias, permite realizar un seguimiento y tratamiento correcto. En un primer análisis hemos incluido las variables de localización de infección y procedencia del paciente, y para más adelante, esperamos incluir factores de riesgo, clínica y datos de antibioticoterapia, tanto empírica como dirigida, así como pronóstico.

Conclusiones: En nuestro centro, durante el período de estudio, se realizaron un gran número de hemocultivos (5.091) con un porcentaje de contaminantes (5,7%) no excesivamente alto, aunque mejorable. Los episodios de bacteriemia detectados corresponden a pacientes que acuden a urgencias (77%), de edad avanzada (mediana de 84 años) y sin diferencias de sexo. En casi la mitad de los casos (44,4%) se aisló *Escherichia coli* y la localización de la infección fue la urinaria en más de una tercera parte de los pacientes (38,3%). El origen de éstos fue comunitario en la mayoría (87%). La instauración de programas de vigilancia y control de bacteriemias, con la participación activa del internista, es necesaria para conocer la epidemiología local, y para un mejor manejo clínico y terapéutico de los casos.