BACTERIEMIAS DETECTADAS EN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL EN 2024. ASESORAMIENTO PROA Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y DE SUPERVIVENCIA

C. Hernando Martín[1], Mª V. Pardo Gutiérrez[1], Mª. Carmen de la Higuera Arranz[1], S. Pérez Pinto[1], L.S. Briongos Figuero[1], M. Fernández Esgueva[2], C. Ramírez Santillán[2], M. M. Toval Sánchez[2].

(1) Servicio de Medicina Interna. Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero).
(2) Servicio de Microbiología y Parasitología. Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero).

OBJETIVOS:

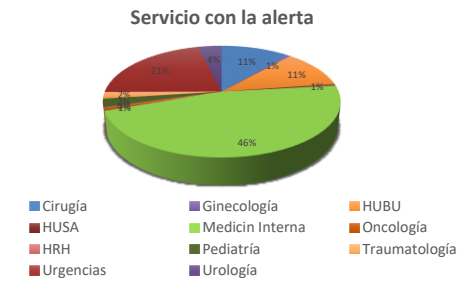
Conocer la situación epidemiológica de los pacientes diagnosticados de bacteriemia en nuestro centro en 2024 analizando las siguientes variables: edad, sexo, servicio que les prestó asistencia sanitaria, régimen de tratamiento, tasa de reingreso y mortalidad durante el ingreso, a los 14 y 30 días. Verificar si el asesoramiento por parte del equipo de Programas de optimación de uso de antimicrobianos (PROA) se está efectuando. Detectar el origen del foco infeccioso, así como los microorganismos más prevalentes causantes de esta patología.

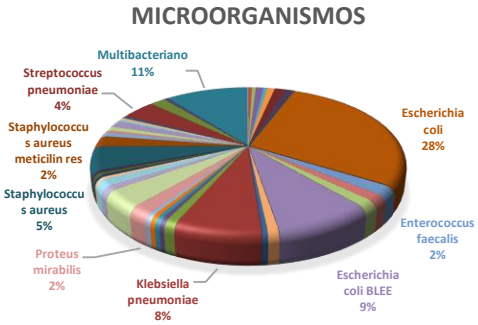
MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo y clínico descriptivo basado en las historias clínicas de los pacientes en los que se objetivó crecimiento de microorganismos en cultivos de sangre en el año 2024 en nuestro hospital. Los pacientes se clasificaron conforme a grupos de edad, sexo, foco infeccioso y microorganismo aislado.

RESULTADOS:

Se diagnosticaron 207 pacientes con bacteriemias, 56% varones, un total de 165 ingresos, una estancia media de 8.40 días, con edad media de 73.6 años. 42 de ellos se les detectó en reingreso dicho diagnóstico. Medicina Interna es el que reporta más casos (46%), seguido de Urgencias (21%), Cirugía General y traslado a HUBU (ambos 11%). En cuanto a aislamiento microbiológico, la mayoría eran gram negativos. Dentro de los microorganismos destacan: E. coli (28%), multibacteriana (11%), E. coli BLEE (8%). En cuanto al diagnóstico clínico el foco prevalente fue el urinario (35%), desconocido (17%) y abdominal/gastroenteritis (13%). Sólo se obtuvo aislamiento microbiológico en el foco en un 12%, la orina fue el más dominante. Una vez conocidos foco y microorganismo, en un 31% se decidió la estrategia de escalada, mientras que se mantuvo tratamiento en un 60% y se desescaló en un 9%. La tasa de reingreso en los siguientes 6 meses fue de un 20%. La mortalidad durante el ingreso fue de un 8%, a los 14 días del 13% y al mes de un 20%. El promedio de edad en pacientes fallecidos durante el ingreso fue de 86,54 años.





DISCUSIÓN:

El conocimiento en el PROA consigue que la sospecha clínica sea mayor y se hayan detectado un mayor número de casos en comparación con años previos. Es fundamental solicitar el cultivo de la orina en pacientes que ingresan con clínica que sugiera bacteriemia. La pluripatología de los pacientes con bacteriemia marca la supervivencia a corto y medio plazo.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con bacteriemias constituyen cada vez más una importante carga asistencial en nuestro hospital. Los microorganismos gram negativos (E. Coli) son los que se aíslan con mayor frecuencia. En un importante número de casos no se consigue el aislamiento en el foco infeccioso. No concebimos la desescalada como una prioridad en nuestro hospital. La mortalidad en este tipo de pacientes es elevada.

BIBLIOGRAFÍA:

Nonspecific Symptoms Lack Diagnostic Accuracy for Infection in Older Patients in the Emergency Department. Caterino JM, Kline, Leininger R, Southerland LT, Carpenter CR, Baugh CW, Pallin DJ, Hunold KM, Stevenson KB J Am Geriatr Soc. 2019;67(3):484. Epub 2018 Nov 22.