Bacteriemia y alta desde el servicio de urgencias

La bacteriemia es un fenómeno caracterizado por la presencia permanente o transitoria de uno o más gérmenes en el torrente sanguíneo. Se diagnostica mediante la realización de hemocultivos. Sus manifestaciones clínicas varían entre los episodios asintomáticos y los que cursan con extrema gravedad, en función de las alteraciones derivadas de la interacción germen-huésped y de la integridad inmunitaria del organismo frente a la infección. Su pronóstico está sujeto a diversas variables, como la etiología, la enfermedad de base del paciente, el origen de la infección y la adecuación del tratamiento empírico. Por tanto, la detección de una bacteriemia puede tener consecuencias de gran valor clínico, epidemiológico y pronóstico.

En los servicios de urgencias hospitalarios las consultas por procesos febriles, en su inmensa mayoría de origen infeccioso, son muy numerosas. La realización de cultivos de muestras biológicas y, entre ellas, de los hemocultivos, permite conocer la etiología de un proceso bacteriano con sospecha de un foco de origen o con ausencia del mismo (como en brucelosis o fiebre tifoidea), así como precisar o confirmar un diagnóstico, descubrir factores predisponentes o iniciar el estudio de factores de riesgo. En más de una ocasión el hemocultivo positivo será el único dato etiológico de que se disponga.

En la práctica diaria, el tratamiento antibiótico inicial, salvo contadas excepciones, es empírico, y es frecuente que el paciente se mantenga en observación un período de tiempo no superior a 24 h, y sea remitido a su residencia de origen para continuar antibioterapia *per os*, especialmente cuando la presión asistencial es intensa, no hay camas para hospitalización y el estado del paciente permite, aparentemente, tomar esa decisión. La inquietud surge cuando el laboratorio de microbiología informa (¿a quién?) días después de la existencia de hemocultivos positivos. Esta situación es frecuente y obliga a la localización del enfermo afectado, al que no siempre se halla, y a la del médico de atención primaria, con cierta premura cuando el antibiograma pone de manifiesto que el germen es resistente al antibiótico indicado o puede traducir la existencia de un proceso clínico grave (como en la bacteriemia por *S. aureus*). A

pesar de todo, y de ser una práctica universal en los servicios de urgencias hospitalarios, hasta hace pocos años no ha existido información suficiente sobre la epidemiología, la evolución y la adecuación del tratamiento antibiótico empírico, y tampoco pautas concretas de actuación frente a determinados procesos y tipo de enfermos. De hecho, se ha llegado a discutir sobre la utilidad de realizar hemocultivos en los servicios de urgencias, puesto que en algunas experiencias habían tenido una escasa rentabilidad. Aunque así fuera, algunos creemos en la justificación de su práctica, puesto que nos proporciona la etiología del proceso infeccioso, lo que permite dar un pronóstico, replantear actitudes (se puede recomendar al paciente el ingreso hospitalario), corregir la antibioterapia según el antibiograma (con lo que mejoramos la política de antibióticos), así como conocer el estado de las resistencias, detectar epidemias y proseguir estudios en pacientes con enfermedades de base desconocidas antes de padecer una bacteriemia.

La experiencia dicta que en muchos pacientes que consultan por procesos febriles no es necesario realizar hemocultivos y que su mayor rentabilidad, según diversos autores, se obtendrá en mayores de 50 años, en individuos con diabetes mellitus, en los que exista un recuento de al menos 15 por 10⁹ leucocitos/l, en casos de fiebre elevada y cuando el proceso curse con trombocitopenia no conocida y/o hipotensión. En estos casos, así como en los que no es posible aclarar la puerta de entrada y en los pacientes con enfermedades de base graves, la realización de hemocultivos está claramente indicada y los estudios realizados proporcionan una información inestimable. En una publicación reciente, se observó que el acierto diagnóstico fue inferior en los pacientes en los que no se detectó foco de origen (con el obligado cambio de destino y de tratamiento antibiótico) que en los dados de alta con una puerta de entrada conocida. En la experiencia del Hospital de Viladecans (Barcelona), se recogieron 85 casos válidos de forma consecutiva durante 10 años, que representaron el 14% de las bacteriemias adquiridas en la comunidad. El origen más frecuente fue la infección del tracto urinario (69%) y, a continuación, el foco desconocido (12%). En el 62% de los casos se aisló *E. coli*, mientras que *S.*

aureus se aisló en el 6,6% de los casos. Se reveló el tratamiento antibiótico como incorrecto en el 21% de los casos; es decir, el germen era resistente por los datos del antibiograma. La mortalidad, en nuestra y en otras series, es baja, pero en ningún caso se ha cuantificado la morbilidad o la necesidad de reingreso de los pacientes; por tanto, desconocemos la eficiencia de la decisión de dar el alta en condiciones no protocolizadas. En cualquier caso, será prudente una cuidadosa selección de los pacientes con sospecha de bacteriemia, una revisión de los criterios de ingreso y la detección de pacientes candidatos a hospitalización (especialmente aquéllos con enfermedades de base y factores predisponentes de bacteriemia). Indudablemente, existe un grupo de pacientes con riesgo de bacteriemia que, por el origen de la misma (principalmente el tracto urinario), su estado clínico y la ausencia de factores de riesgo, cumple un perfil que lo hace susceptible de tratamiento ambulatorio. Para un buen seguimiento de estos pacientes, será necesaria una estrecha colaboración entre el laboratorio de microbiología, el médico responsable de la primera atención en el servicio de urgencias y el médico de atención primaria. Además, se debe contar con un conocimiento de las tasas de resistencia de los gérmenes más frecuentes en el medio en el que se trabaja, con el fin de optimizar el tratamiento antibiótico empírico.

Cuando los criterios de ingreso, derivación a domicilio y seguimiento estén bien establecidos y puedan cumplirse, podremos solucionar el problema que plantea este editorial. En una época en la que cada vez más se instauran equipos de hospitalización a domicilio y atención domiciliaria, estas medidas pueden contribuir a mejorar la calidad asistencial en los pacientes dados de alta desde los servicios de urgencias.

M. Javaloyas Morlius

Servei de Medicina Interna. Hospital de Viladecans.
Viladecans. Barcelona.

Bibliografía general

- Javaloyas M, Jarné J, García D, Gudiol P. Bacteriemia en pacientes dados de alta desde el servicio de urgencias. *Med Clí (Barc)* 2001; 116: 692-693.
- Mellors JW, Horowitz RI, Harvey MR, Horwitz SM. A simple index to identify occult bacterial infections in adults with acute unexplained fever. *Arch Intern Med* 1987; 147: 666-671.
- Peduzzi P, Shatney C, Sheagren J, Sprung Ch and the Veterans Affairs Systemic Sepsis Cooperative Study Group. Predictors of bacteremia and gram-negative bacteremia in patients with sepsis. *Arch Intern Med* 1992; 152: 529-535.
- Tudela P, Queralt C, Giménez M, Carreres A, Tor J, Sopena N et al. Detección de bacteriemia en los pacientes dados de alta en urgencias: estudio de 61 episodios. *Med Clí (Barc)* 1998; 111: 201-204.