



857 - ¿CÓMO ES EL MANEJO DE NUESTROS PACIENTES CON BACTERIEMIAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*?

Vanessa Carolina Vento, Erika Esperanza Lozano Rincón, Juan Francisco Bayona León, José Ángel Pestaña Santiago, Wafa Elgeadi Saleh, Daniel Alejandro García Morante, Elena Iglesias Gil y Regino Serrano Herranz

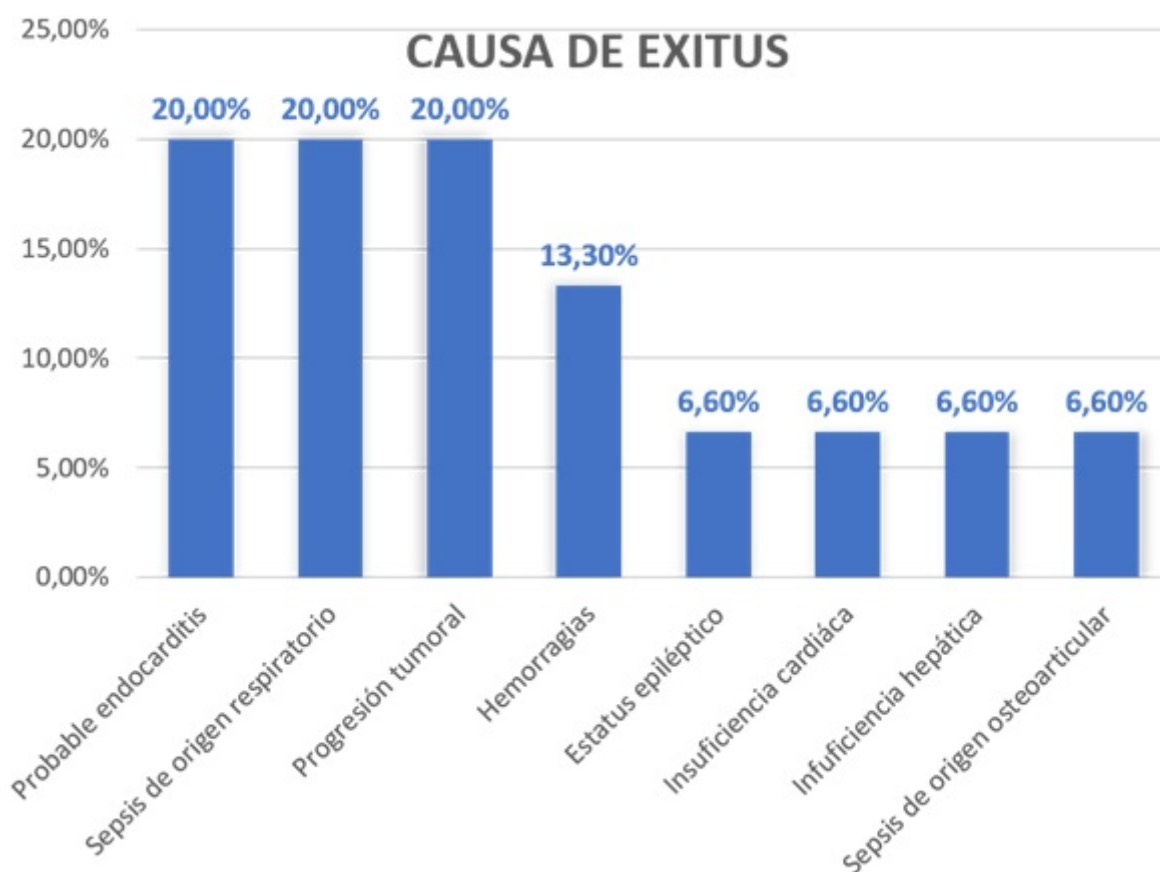
Hospital Universitario del Henares, Coslada (Madrid).

Resumen

Objetivos: Describir los aspectos microbiológicos y tratamiento de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* (BSA) durante un año en nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron todos los casos de bacteriemias por *S. aureus* desde enero a diciembre de 2021 en el Hospital Universitario del Henares. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS.

Resultados: Se registraron 33 casos de bacteriemias por *S. aureus*, siendo el 18,2% *S. aureus* oxacilina resistente. El 82,1% de los hemocultivos (HC) fueron positivos en las 2 extracciones, el pero solo en un 19,4% se extrajeron HC de control y la media de tiempo estimado entre la extracción del primer HC y el siguiente fue de media 7 días (DE 5,6 días). Se observó clínica sugestiva de endocarditis infecciosa (EI) en el 39,4%, realizándose ecocardiograma para descartar EI en el 63,6% de los casos. En el 76,1% se hizo ecografía transtorácica y en el 19% se completó con estudio transesofágico. Solo en un ecocardiograma [4,76%] se objetivó la presencia de vegetación sugestiva de EI. En cuanto al tratamiento empírico, las pautas más empleadas fueron: cefazolina sola o con teicoplanina, vancomicina o daptomicina [25,8%]; linezolid con meropenem, amoxicilina/clavulánico, daptomicina o soltrim [22,5%]; vancomicina sola o con meropenem o ceftazidima [19,35%]; amoxicilina con ac. clavulánico en monoterapia [19,35%]; daptomicina con meropenem [6,45%]; ceftriaxona sola [3,22%] y piperacilina-tazobactam en monoterapia [3,22%]. Se ajustó el tratamiento según antibiograma en el 54,5% de los casos. En el 38,88% se cambió o añadió Cefazolina, en el 16,6% a Cloxacilina sola o en combinación con otro antiestafilocócico, en el 11,11% se pautó linezolid en monoterapia, en otro 11,11% daptomicina con carbapenem, y por último un 5,5% se combinó ceftarolina con gentamicina y rifampicina, y otro 5,5% fluorquinolonas en monoterapia. La media de tratamiento intravenoso fue de 13,72 días (DE 15,32) y de tratamiento antibiótico global de 16,15 días (DE 17,5). Se monitorizaron niveles de vancomicina en el 37,5%. Un 24,2% precisó otra prueba complementaria por evolución tórpida; se encontraron en ellas: abscesos [28,57%], artritis séptica [28,57%], hemorragia cerebral [28,57%], y émbolos sépticos cerebrales [14,28%]. Fallecieron el 45,5% de los pacientes con BSA, siendo las causas más frecuentes: EI (20%), sepsis de origen respiratorio (20%), progresión tumoral (20%) y hemorragias (13,3%). Al alta, en el 21,2% se realizó seguimiento.



Conclusiones: El tratamiento empírico de las bacteriemias por *S. aureus* no fue adecuado en la mayoría de los casos. Además, solo en el 19,4% se realizó HC de control, siendo la media de recogida (7 días) mayor de lo recomendado. Aunque la EI puede ser responsable de hasta el 20% de las BAS, en nuestra serie solo se realizó ecocardiograma en un 63,6% de los casos (probablemente por la situación basal de algunos

pacientes); un porcentaje bajo considerando la morbilidad que implica la EI. Este estudio expone los puntos débiles donde mejorar para minimizar el riesgo de estas infecciones.

Bibliografía

1. Vogel M, Schmitz RPH, Hagel S, Pletz MW, *et al.* Infectious disease consultation for *Staphylococcus aureus* bacteremia-A systematic review and meta-analysis. J Infect. 2016;72(1):19-28.