



1682 - ¿SARM O SAMS?, ¿NOSOCOMIAL O ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD? DATOS OBTENIDOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

ángela Crespo Rubio, Clara Egea Hita, Saray Suárez García, Alicia Romero Calvo, Javier Balaguer German, José Manuel Guerra Laso, María Rosario Pérez Simón y Paula Dios Díez

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Objetivos: La revisión de la evidencia disponible demuestra un incremento en la incidencia de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, sobre todo por cepas resistentes a meticilina (SARM). Las tasas de mortalidad a los 30 días son variables en función de las series pero elevadas, condicionando la necesidad de un tratamiento empírico precoz y adecuado. Pretendemos conocer el ámbito de adquisición de las bacteriemias por *S. aureus*, el foco y la resistencia o no a la meticilina que existe en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en un hospital terciario. Se analizaron los episodios de bacteriemia por *S. aureus* aislados entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2020. Se analizaron datos epidemiológicos y relacionados con la adquisición de la bacteriemia, así como la resistencia a meticilina. Se realizó el análisis estadístico con el programa Rstudio versión 4.1.3. El estudio fue aprobado por el CEIm de nuestro centro.

Resultados: Se identificaron 93 pacientes con una edad media superior en el grupo de pacientes con foco desconocido (78,54 años, DT 13,2 vs. 69,18 años, DT 14,7, $p = 0,008$). Se aisló SARM en 24 pacientes (25,81%) y *S. aureus* meticilín sensible en 69 pacientes (74,19%), siendo más frecuente en hombres en ambos grupos y en edades más avanzadas. El origen de la mayor parte de las bacteriemias fue nosocomial; en los que se aisló SARM constituyó un 54,17% y en el SAMS un 55,07%, aunque en ambos grupos se recogieron también casos de origen comunitario y asociado a cuidados sanitarios. Analizando el origen de la bacteriemia se atribuyó la mayor procedencia al catéter vascular en un 27,96% de los casos y no se consiguió averiguar el foco en un 23,66% de nuestros pacientes. Las localizaciones restantes del origen de la bacteriemia fueron piel y partes blandas (18,28%), respiratorio (16,13%), articular (5,38%), abdominal, sistema nervioso central y urinario (2,15% cada uno), dispositivos (1,08%). **Discusión:** La literatura señala el origen nosocomial en la mayoría de las bacteriemias, sobre todo en el caso de los SARM y también refleja un porcentaje elevado, similar al que reflejan nuestros datos, de foco desconocido, coincidiendo con un subgrupo de pacientes de edad elevada. Esto podría justificarse por una menor solicitud de pruebas en este grupo. El principal foco se atribuye al catéter vascular seguido de piel y partes blandas¹, estando todo ello en consonancia con los datos obtenidos en nuestra muestra. El porcentaje de nuestra muestra correspondiente a origen respiratorio es llamativamente elevado y, probablemente se explique a coinfección vírica por SARS-CoV-2 como factor predisponente a la sobreinfección

bacteriana.

Conclusiones: 1. El origen conocido más frecuente de la bacteriemia es el catéter vascular y en segundo lugar piel y partes blandas. 2. El origen desconocido del foco se constató en casi un cuarto de nuestros pacientes. 3. El origen respiratorio de la bacteriemia por *S. aureus* es frecuente en esta serie. 4. La infección por SARM se describe principalmente en el ámbito nosocomial.

Bibliografía

1. Anantha R, Jegatheswaran J, Pepe DL, *et al.* Risk factors for mortality among patients with *Staphylococcus aureus* bacteremia: a single-centre retrospective cohort study. *C Open.* 2014;2(4): E352-9. DOI:10.9778/cmajo.20140018
2. Fenoll R, Pérez M, Mormeneo Bayo S, *et al.* Características clínicas, pronóstico y factores asociados de la bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en la actualidad. *Rev Esp Quimioter.* 2022;35(6):544-50. DOI:10.37201/req/035.2022