

1483 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ENTRE SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

María Jesús González del Río, Ana Fernández Peinado, Marta Rodríguez Sanz, Rocío Chacón Lorenzo, Mercedes Palacio Gallastegui y Pablo del Valle Loarte

Medicina Interna, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Comparar las características clínicas, microbiológicas, de manejo y evolución de pacientes con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (SA) según los servicios médicos frente a quirúrgicos, analizando las posibles diferencias en el perfil de pacientes y en la calidad asistencial.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con bacteriemia por SA entre el 01/01/2018 y el 31/12/2024. Se analizaron variables clínicas, microbiológicas y evolutivas. Como criterios de calidad se incluyen: hemocultivos de control a las 48-96 h, control de foco temprano (< 72 horas), ecocardiograma en pacientes con bacteriemia complicada o con condiciones predisponentes de endocarditis infecciosa, cloxacilina o cefazolina en las primeras 24 h de conocer sensibilidad, tratamiento empírico adecuado, secuenciación a vía oral, ajuste de dosis de vancomicina según niveles y duración (14 días para la bacteriemia no complicada y 28 días al menos para la complicada). Se excluye a pacientes trasladados a otros centros y los hemocultivos informados como “probable contaminación”. Todos los análisis se han realizado con el paquete estadístico SPSS v. 27.0 09.

Resultados: Se analizaron 257 pacientes, de los cuales 230 pacientes (89,5%) pertenecían a servicios médicos y 27 (10,5%) a servicios quirúrgicos. En la tabla 1 se resumen las características basales. Los servicios quirúrgicos realizaron más hemocultivos de control (85,2 vs. 70,0%) ($p = 0,153$), más ecocardiogramas transtorácicos (85,2 vs. 68,3%; $p = 0,1109$), más secuenciación a vía oral (44,4 vs. 32%) ($p = 0,28$), mayor control del foco (48,1 vs. 38,6%) ($p = 0,452$), un mayor porcentaje de profilaxis empírica adecuada (96,3 vs. 83,5%) ($p = 0,141$), una duración del antibiótico más adecuada (84,6 vs. 63%) ($p = 0,0495$) y mayor ajuste a cloxacilina/cefazolina tras conocer sensibilidad (48,1 vs. 39,9%; $p = 0,5377$). Los servicios médicos realizaron un mayor ajuste de dosis de vancomicina según niveles (15,7 vs. 14,8%; $p = 1$) (tabla 2). La mortalidad a los 30 días fue significativamente mayor en el grupo médico (27,4 vs. 7,4%) ($p = 0,0428$), así como a los 90 días (21,3 vs. 7,4%) aunque sin ser significativo ($p = 0,1449$). La recidiva a los 90 días fue similar (3,9 vs. 3,7%) ($p = 1,0$) (fig.).

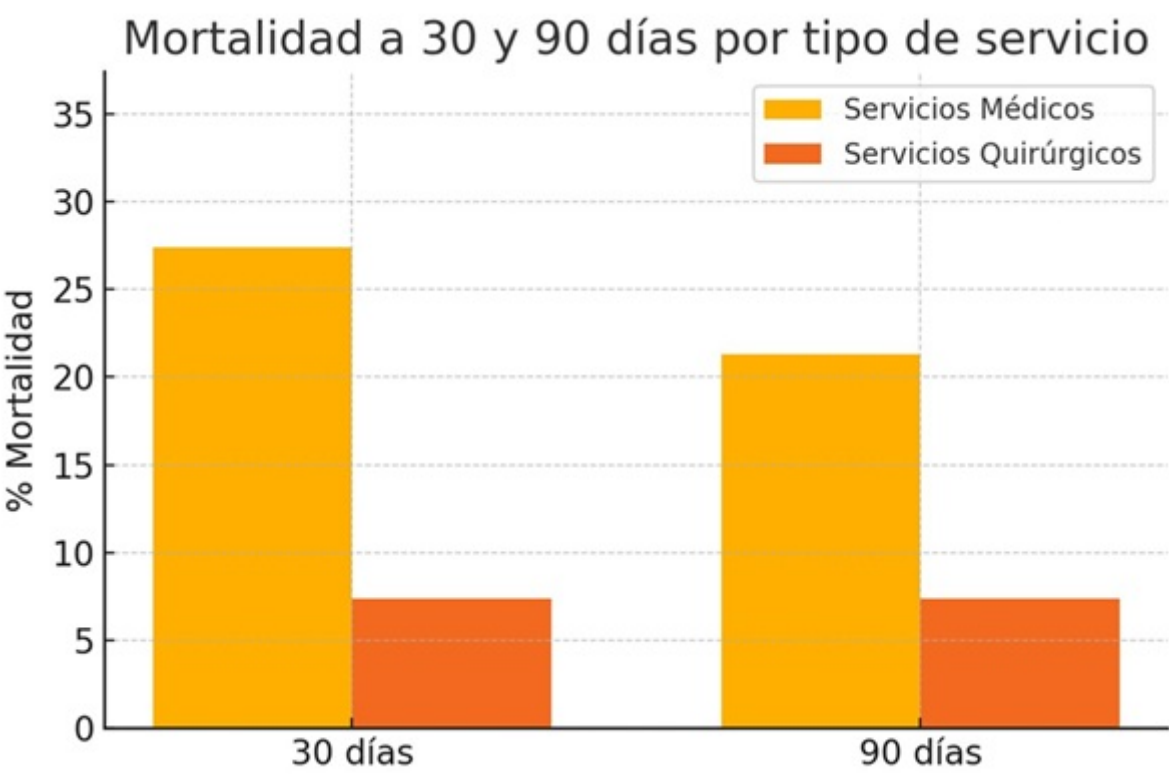
Tabla 1

| Variable | Servicios médicos | Servicios quirúrgicos | p |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|--------|
| Edad media (años) | 73,6 | 73,0 | 0,8139 |
| Hombres (%) | 63,5% | 70,4% | 0,6209 |
| Índice de Charlson | 4,0 | 3,2 | 0,2218 |
| Score VIRSTA | 4,2 | 3,3 | 0,0841 |
| SARM (%) | 28,7% | 29,6% | 1 |
| Nosocomial (%) | 64,8% | 48,1% | 0,1380 |
| Adquirido en la comunidad (%) | 35,2% | 51,9% | 0,1380 |
| Estancia media (días) | 15,5 | 28,8 | 0,0164 |

Tabla 2

| Criterios de calidad | Servicios médicos (%) | Servicios quirúrgicos (%) | p |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------|
| Hemocultivos de control | 70,0 | 85,2 | 0,1530 |
| Ecocardiograma transtorácico (ETT) | 68,3 | 85,2 | 0,1109 |
| Secuenciación a vía oral | 32,0 | 44,4 | 0,2800 |
| Control del foco | 38,6 | 48,1 | 0,4520 |
| Profilaxis empírica adecuada | 83,5 | 96,3 | 0,1410 |
| Duración antibiótica adecuada | 63,0 | 84,6 | 0,0495 |
| Uso cloxacilina/cefazolina (SAMS) | 39,9 | 48,1 | 0,5377 |

| | | | |
|-------------------------------------|------|------|--------|
| Ajuste de vancomicina según niveles | 15,7 | 14,8 | 1,0000 |
|-------------------------------------|------|------|--------|



Conclusiones: Las características basales de los pacientes fueron similares ambos grupos, existiendo una diferencia en el tipo de adquisición ya que en los quirúrgicos predominaban más las adquiridas en la comunidad. Los pacientes quirúrgicos mostraron mejores indicadores de calidad asistencial, probablemente por una mayor intervención del servicio de infecciosas vía interconsulta. Además, los servicios quirúrgicos mostraron menor mortalidad a los 30 y 90 días, siendo la recidiva a los 90 días similar entre ambos grupos.