



<https://www.revclinesp.es>

## 551 - UNA VISIÓN CLÍNICA DE LA BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO AUREUS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

**Ángela Fernández García, Elisa Romero Velasco, María Aránzazu Royo Amat, María Amado Antón-Pacheco, Iñaki Luis Saludes, Paula Cabestre Pinilla, Gloria Pérez Caballero y Ana Milagros Rodríguez Benavente**

Medicina Interna, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características demográficas, clínicas y microbiológicas de pacientes con BSA (bacteriemia por *Staphylococcus aureus*), identificar fenotipos clínicos y valorar factores relacionados con la mortalidad, tras su diagnóstico.

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se analizan los datos de los pacientes en los que se detectó BSA desde el 5 de abril del 2023 hasta el 31 de diciembre del 2024. La fecha de inicio coincide con la puesta en marcha en el Hospital Universitario de Getafe, de una asesoría clínica para el manejo de esta entidad. El tratamiento antibiótico realizado para *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina (SAMS) fue un betalactámico (cloxacilina, cefazolina o ceftarolina) + daptomicina, en caso de usar biterapia y para *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SAMR) vancomicina, ceftarolina o daptomicina en mono o biterapia. Se realizó un análisis descriptivo empleando la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. En la comparación de las variables cualitativas se ha utilizado chi-cuadrado y en las variables cuantitativas t de Student o test de Mann-Whitney. El paquete estadístico fue SPSS versión 21. El nivel de significación estadística se estableció para una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes, con una mediana de 70,5 años, la mayoría mujeres. Un 72% de los pacientes de nuestra cohorte tenían un Charlson > 4. Las comorbilidades más frecuentes fueron el cáncer, la enfermedad renal crónica y la enfermedad vascular. El tipo SA (*Staphylococcus aureus*) más frecuente fue el meticilín sensible con adquisición mayoritariamente nosocomial. El foco de infección más frecuente fue el catéter. La PCR media fue de 164,39 mg/dL. Un 28% de los pacientes tuvo un foco metastásico. Dividimos a los pacientes en diferentes fenotipos clínicos. Los más prevalentes fueron el A y el B. Las características basales de los pacientes se describen en la tabla 1. La mortalidad fue del 36%. En 8 se limitó el esfuerzo terapéutico y 22 pacientes fallecieron en los 7 primeros días tras el diagnóstico. En esta cohorte los pacientes fallecidos eran personas mayores (75,06 años;  $p = 0,001$ ), en su mayoría mujeres (63,9%;  $p = 0,58$ ), con un Charlson > 4 ( $p = 0,066$ ) y con comorbilidad, destacando el EPOC ( $p = 0,005$ ) y el cáncer (0,017). Hubo más mortalidad en aquellos pacientes que mantuvieron hemocultivos positivos a las 48 horas (19,4 vs. 16,1%;  $p = 0,002$ ), y los que tuvieron una PCR más alta ( $p = 0,018$ ). En cuanto a los fenotipos clínicos, destaca mayor mortalidad del fenotipo A (61,1%) (tabla 2).

Tabla 1

Variables	Grupo completo (n = 100)	Mortalidad sí (n = 36)	Mortalidad no (n = 62)	p
Edad (años)	70,5 (57-81)	75,06	63,76	0,001
Sexo				
Mujer	68%	63,9% (23)	69,4% (43)	0,58
Hombre	32%	36,1% (13)	30,6% (19)	
Charlson				
Por encima de 4 puntos	72%	83,3% (30)	66,1% (41)	0,066
Comorbilidades				
Diabetes complicada (definida como afectación de órgano diana)	14%	8,3% (3)	17,7% (11)	0,199
Demencia	6%	11,1% (4)	3,2% (2)	0,12
ERC	16%	19,4% (7)	14,5% (9)	0,53
Enf. hepática	13%	11,1% (4)	14,5% (9)	0,63
Enf. vascular	19%	22,2% (8)	17,7% (11)	0,59
UDVP	1%	No conocemos mortalidad		
Cáncer	28%	41,7% (15)	19,4% (12)	0,017
EPOC	8%	16,7% (6)	1,6% (1)	0,005
Tipo <i>S. aureus</i>				
Resistente	21%	22,2% (8)	19,4% (12)	0,73
Sensible	79%	77,8% (28)	80,6% (50)	0,73

## Tiempo de positividad de HHCC

Menor a 12 horas	52%	52,8% (19)	53,2% (33)	0,88
Adquisición				
Comunitario	29%	33,3% (12)	27,4% (18)	0,48
Reactantes de fase aguda				
PCR (mg/dL)	164,39	204,45	140,69	0,018
Tratamiento				
Biterapia	47%	52,8% (19)	45,2% (28)	
Hemocultivos de control				
Positivos a las 48 horas	17%	19,4% (7)	16,1% (10)	0,002
Ecocardiograma				
Realizado	80%	63,9% (23)	90,3% (57)	0,001
Foco metastásico				
Foco metastásico	28%	27,8% (10)	29% (18)	0,89
Mortalidad				
Mortalidad	36%			
Duración del tratamiento				
Duración del tratamiento (días)	27 (14-42)	15,32	30,92	0,001

Tabla 2

Variables	Grupo completo (n = 100)	Mortalidad sí (n = 36)	Mortalidad no (n = 62)
<b>Foco de infección</b>			
Desconocido	16%	25% (9)	11,3% (7)
CVC	13%	13,9% (5)	12,9% (8)
CVP	27%	16,7% (6)	33,9% (21)
Catéter arterial	1%	2,8% (1)	0
Hueso/articulación	14%	11,1% (4)	16,1% (10)
Endocarditis	1%	0	1,6% (1)
Urinario	1%	2,8% (1)	0
Herida Qx	5%	5,6% (2)	4,8% (3)
Neumonía	12%	16,7% (6)	9,7% (6)
Cutáneo	8%	5,6% (2)	9,7% (6)
<b>Complicación séptica no presente en el momento de la bacteriemia</b>			
No complicaciones	75%	75% (27)	77,4% (48)
Endocarditis	6%	5,6% (2)	6,5% (4)
Otro endovascular	7%	8,3% (3)	6,5% (4)
Osteoarticular	2%	2,8% (1)	1,6% (1)

SNC	2%	2,8% (1)	1,6% (1)
Otros	5%	5,6% (2)	4,8% (3)

#### Fenotipo clínico

Fenotipo A (> 65 años, Charlson > 4, foco desconocido/cutáneo)	49%	61,1% (22)	43,5% (27)
Fenotipo B ( 65 años, Charlson 4, nosocomial, catéter, sin foco metastásico)	21%	13,9% (5)	25,8% (16)
Fenotipo C (comunitaria, foco no conocido, PCR > 200, foco metastásico)	10%	5,6% (2)	12,9% (8)
Fenotipo D (nosocomial/asociado a asistencia sanitaria, ERC, catéter)	13%	13,9% (5)	12,9% (8)
Fenotipo E ( 65 años, ADVP, E. hepática, endocarditis)	4%	2,8% (1)	4,8% (3)

**Conclusiones:** La BSA es una infección grave con una elevada mortalidad, especialmente en contextos nosocomiales y en pacientes con comorbilidades. En este estudio los pacientes que fallecían eran más mayores, con comorbilidad, destacando el EPOC y el cáncer, un Charlson más alto, PCR más elevada y con hemocultivos positivos a las 48 horas. La identificación de distintos fenotipos clínicos permite una mejor estratificación pronóstica y podría ser útil para mejorar el abordaje terapéutico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un manejo individualizado precoz para mejorar los resultados en este grupo de pacientes.