



## EA-30. - PREVALENCIA DE INFECCIÓN ESTAFILOCÓCICA EN UN HOSPITAL DE APOYO EN CORTA ESTANCIA

M. Ulla Anes<sup>1</sup>, F. Pérez Rojas<sup>2</sup>, B. Escolano Fernández<sup>1</sup>, R. Pacheco Cuadros<sup>1</sup>, T. Bellver Álvarez<sup>1</sup>, J. Forero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Geriátría, <sup>3</sup>Servicio de Admisión. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Las infecciones por cocos G+ presentan actualmente un aumento de su prevalencia y de las resistencias a antibióticos (ATB). Staphylococcus (S) y Enterococcus suponen el 34% de las infecciones nosocomiales en nuestro país. S. aureus es el más frecuente (13%) y con mayor mortalidad, seguido de S. coagulasa- (catéteres vasculares, prótesis). Así mismo, el aumento de resistencias a meticilina (30-50% en S. aureus, > 70% en coagulasa -) tiene importantes implicaciones terapéuticas.

**Métodos:** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes con cultivo + a S. sp entre enero-2010 y diciembre-2012. Se analizan variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, resistencia ATB y mortalidad. El HVT es un hospital de apoyo en corta estancia (100 camas) y recibe enfermos del domicilio (Programa PECA - Enfermos Crónicos Reagudizados) y de Urgencias y Planta de los hospitales de referencia.

**Resultados:** 2010: n: 34c; edad 79,14a R (44-94); 23V: 11M. Síntomas: fiebre 9c (26,47%); clínica respiratoria 21c (61,7%); exudado UPP/herida quirúrgica 4c (11,8%), ictericia 1c (3%). Reactantes fase aguda (RFA): leucocitosis 17c (50%); neutrofilia 21c (62%); trombocitosis 4c (11,8%); hiperfibrinogenemia 26c (76,5%); > PCR 17c (50%), leucopenia 2c (5,9%). Germen aislado: S. aureus 17c (50%); SARM 12c (35,3%); S. epidermidis 3c (8,9%) (66,6% RM); S. hominis 2c (6%) (100% RM). Medio cultivo: Hemocultivo 10c (29,4%); esputo 16c (47%); UPP/herida quirúrgica 9c (26,5%); urocultivo 2c (5,9%). Días de tto: 14,47 R (5-38). Exitus 3c (8,9%). 2011: n: 24c; edad 78,2a R (46-90); 14V: 10M. Síntomas: Fiebre 11c (45,8%); clínica respiratoria 11c (45,8%); exudado UPP/herida quirúrgica 4c (16,6%). RFA: Leucocitosis 9c (37,5%), neutrofilia 16c (66,6%), trombocitosis 2c (8,3%), > fibrinógeno 21c (87,5%), > PCR 17c (70,8%). Germen aislado: S. aureus 5c (20,8%); SARM 18c (75%); S. hominis 1c (4,16%) (100% RM). Medio cultivo: Hemocultivo 11c (45,8%); esputo 9c (37,5%). exudado cutáneo 4c (16,6%). Días tto: 12,78 R (10-30). Exitus 3c (12,5%). 2012: n: 37c, edad 83,5a R (53-100); 20V: 17M. Síntomas: Fiebre 21c (56,75%); clínica respiratoria 15c (40,5%); exudado UPP/herida quirúrgica 6c (16,25%); disuria 2c (5,5%). RFA: Leucocitosis 23c (62%); neutrofilia 30c (81%); trombocitosis 5c (13,5%); > fibrinógeno 30c (81%); > PCR 24c (64,85%). Germen aislado: S. aureus 9c (24,3%); SARM 17c (45,94%); S. epidermidis 4c (10,8%) (50% RM); S. hominis 5c (13,5%) (75% RM); S. haemolyticus 1c (2,7%) (100% RM); S. simulans 1c (2,7%) (100% RM). Medio cultivo: Hemocultivo 21c (56,75%); esputo 7c (18,9%), exudado cutáneo 6c (16%). Días tto: 13 R (6-39). Exitus 3c (11,11%).

*Discusión:* La infección estafilocócica ha sido más prevalente en el sexo masculino, la edad media ha sido similar en los períodos estudiados. En la clínica predomina la fiebre y la sintomatología respiratoria (la EPOC grave reagudizada es de alta prevalencia en nuestro servicio). Destacamos la > fibrinógeno como el RFA más prevalente (ya objetivado en comunicaciones previas), seguida de > PCR. La resistencia a meticilina es similar a la descrita habitualmente, salvo un repunte en el 2011 (75%). En los cultivos positivos a SARM, el antibiograma mostró siempre sensibilidad a glucopéptidos (vanco/teico), linezolid, daptomicina y a todos/algunos de los siguientes ATB (clinda/tetras/cotri/fosfo/rifam). La prevalencia de exitus es la esperada.

*Conclusiones:* 1. La infección estafilocócica en nuestra serie muestra un perfil similar a previos. 2. Destacamos un repunte de SARM en 2011 (pacientes con mayor morbilidad, institucionalizados y con reingresos frecuentes). 3. Los SARM mantienen sensibilidad a ATB de uso habitual, lo que permite un manejo más sencillo (incluido tratamiento secuencial i.v/ v.o), disminuye el gasto respecto a otros ATB (linezo/dapto) y la estancia hospitalaria.