



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

I-56. - IMPLICACIÓN DE LA CMI DE VANCOMICINA EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LAS BACTERIEMIAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*

S. López Cárdenas¹, O. Zoletto Camacho¹, P. Rubio Marín¹, Á. Zapata López², L. Rodríguez Félix²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Analizar los datos clínicos de las bacteriemias producidas por *Staphylococcus aureus* a lo largo de un año, así como establecer diferencias en la respuesta al tratamiento en función de la CMI a vancomicina.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que hemos recogido las bacteriemias producidas por *Staphylococcus aureus* durante 2013.

Resultados: Se han analizado un total de 20 casos, de los cuales un 60% eran hombres. La edad media fue de 65 años (26-84 años). El 90% (18) ocurrieron en servicios médicos y el 10% en UCI, concentrándose los casos en Enfermedades infecciosas (5, 25%) Nefrología (3, 15%) y Medicina interna (2, 10%). El 85% (17) presentaba patología de base: enfermedad de base no fatal 55% (11), enfermedad basal últimamente fatal y fatal 15% respectivamente (3 y 3 casos) Destacar la presencia de insuficiencia renal en programa de diálisis en el 20%. El 90% presentaba algún factor predisponente, destacando la presencia de catéter en el 75%. La forma de presentación fue en el 55% en forma de sepsis, 30% sepsis grave, 10% shock séptico y 5% bacteriemia sin sepsis. El 70% recibieron tratamiento empírico adecuado y el 95% tratamiento dirigido adecuado. El tratamiento dirigido se repartía: 35% daptomicina; 35% cloxacilina y 30% linezolid. El 35% de los aislamientos correspondían a *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA); 30% resistentes a fluoroquinolonas; 25% para clindamicina; 5% a aminoglucósidos y todos ellos sensibles a cotrimoxazol. Al analizar la concentración mínima inhibitoria (CMI) para vancomicina por e-test, detectamos que el 80% (16 casos) presentaba una CMI ≥ 2 , considerándose inactiva in vivo. El 95% era sensible a teicoplanina a excepción de un caso, con CMI ≥ 1 . La curación se produjo en el 60% de los casos, 30% de muerte relacionada, 5% de muerte no relacionada y desconocido. Hemos identificado como factor protector los pacientes con CMI ≥ 2 para vancomicina (20%, 4 casos) siendo no significativo. Hemos analizado los pacientes sin insuficiencia renal terminal (15 casos) de tal forma que hemos obtenido un 33% de muerte relacionada en pacientes con CMI ≥ 2 y un 20% en CMI ≤ 1 . En cuanto a los pacientes en hemodiálisis todos curaron.

Discusión: Los últimos estudios acerca de la implicación de los niveles de CMI a vancomicina mayores de 2 sobre la evolución de las infecciones independientemente del tratamiento utilizado son contradictorios en este aspecto. A pesar de ello, cada vez se posicionan a una peor evolución en aquellos en los que la CMI de vancomicina es mayor de 2 independientemente de la sensibilidad a cloxacilina. Se han postulado varios factores como causantes de esta tendencia, entre los que cabe destacar la presencia de factores genéticos presentes en varias de estas cepas.

Conclusiones: En nuestra serie de casos no existe diferencia significativa sobre aumento de la mortalidad en pacientes con CMI ? 2 a vancomicina, pero si una tendencia a la peor evolución clínica. Son datos escasos de los que disponemos en la actualidad y hay que obtener un mayor número de casos para confirmar dicha tendencia y/o significación. La hemodiálisis actúa como factor protector en estos pacientes con CMI ? 2, que podría estar en relación al uso de vancomicina en dosis que permiten alcanzar niveles mayores de este fármaco en plasma, ya que eliminamos el factor de nefrotoxicidad en estos pacientes. Los estudios de los que disponemos en estos momentos son limitados en este sentido, por lo que es necesario un mayor número de estudios que aporten datos.