



<https://www.revclinesp.es>

I-247 - BACTERIEMIA POR *staphylococcus aureus* EN EL CAULE: CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS Y TRATAMIENTO

J. Llorente García¹, B. Cuesta García¹, R. Sánchez Mahave¹, A. Argüelles Curto¹, G. Sancho Pascual¹, I. Fernández Natal², J. Mostaza Fernández¹, J. Guerra Laso¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Microbiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Resumen

Objetivos: Conocer como manejamos esta entidad clínica y ver si se asemeja a las recomendaciones dadas en las últimas guías clínicas. Conocer el tratamiento empírico y dirigido para esta entidad clínica.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con un hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus* entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de marzo de 2015. La fuente fue la base de datos del Servicio de Microbiología del CAULE. La información se extrajo de las historias clínicas y de los registros de enfermería.

Resultados: Se incluyeron 67 casos. De ellos en el 36% de los pacientes se aisló un *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. La CMI a vancomicina por microdilución fue mayor de 2 en el 42% de los casos. En 14 casos no se reflejaba en la historia la fuente primaria de infección. La fuente inicial más frecuente fue una infección de piel y partes blandas (41%), seguido de una tromboflebitis supurada asociada a catéter venoso periférico (30%). Asociadas a infección de catéter venoso central 5 casos. Los casos confirmados de endocarditis infecciosa también fueron 5. En el momento de extracción de los hemocultivos el antibiótico empírico más utilizado fue la piperacilina-tazobactam (22%), seguido de la amoxicilina-clavulánico (19%) y vancomicina (18%). Se realizó cobertura inicial con antibióticos con actividad teórica para SARM en el 42% de los casos. En el 86% de los casos se ajustó el antibiótico, tardando 4,25 días desde el inicio de antibioterapia empírica. Hay 23 pautas diferentes de antibioterapia dirigida. Entre ellas el antibiótico dirigido más frecuente fue la cloxacilina (52%), seguido de vancomicina (16%), daptomicina (8%), linezolid (6%) y cotrimoxazol (6%). Los días de tratamiento varían en función de la entidad infecciosa, siendo la moda 14 días (20%). Sólo en 6 casos se solicitaron hemocultivos de control a las 72 horas de tratamiento adecuado, siendo todos negativos. El frotis nasal se solicitó en el 36% de los casos, siendo positivo en el 75% de ellos. Se realizó ecocardiograma en el 60% de los casos, de ellos el 40% transesofágico. Se consiguió la curación en 47 de los casos, con una mortalidad del 28%.

Discusión: La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* es una causa importante de mortalidad y morbilidad en nuestro medio. Esto hace que en los últimos años hayan aparecido múltiples guías para el manejo clínico de esta entidad. El porcentaje de SARM en nuestro hospital es elevado y en más de la mitad de los casos el antibiótico empírico no tiene actividad frente al mismo. Las pautas antibióticas de manera dirigida son muy variables, aunque es un síndrome infeccioso complejo, el microorganismo es el mismo. Pocos casos tienen documentación de negativación de la bacteriemia con hemocultivos de control. El ecocardiograma se hace más frecuentemente, pero lejos de lo recomendado, y pocas veces transesofágico. El número de casos

asociados a catéteres periféricos es muy elevado. La CMI a vancomicina en nuestro estudio es por microdilución, no por E-test, pero en un gran número de casos, tanto sensibles como resistentes a vancomicina, es alta. En este estudio la mortalidad es muy alta debido en parte a los escasos criterios de exclusión y la comorbilidad de la población.

Conclusiones: La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* tiene una mortalidad muy elevada en nuestro hospital, con un porcentaje alto de cepas resistentes a meticilina y con CMI a vancomicina elevadas. El manejo clínico de nuestros pacientes en relación a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas es subóptimo. El tratamiento antibiótico empírico en muchos casos no tiene cobertura para SARM. El tratamiento dirigido es muy variable. El número de casos asociados a la colocación de catéteres venosos periféricos es elevado, siendo un área importante de mejora para el control de la infección.