



<https://www.revclinesp.es>

I-176 - ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE BACTERIEMIAS POR SARM Y SASM EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Navarro Bargalló¹, A. Pascual Diago¹, M. Pérez Moreno², N. Bellaubí Pallarès¹, N. Escurriola Ayora¹, E. Chamorro Martí¹, A. Ortí Llaveria¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Microbiología. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona).

Resumen

Objetivos: Realizar un análisis comparativo de los factores clínico-epidemiológicos asociados a las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (BSARM) y bacteriemias por *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina (BSASM) en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Verge de la Cinta de Tortosa desde enero 2012 a diciembre 2014. Se recogieron todas las BSARM y BSASM. Las muestras de sangre se inocularon en frascos de hemocultivo para aerobios y anaerobios y se incubaron en el sistema automático Bactec-9240. La identificación bacteriana y los estudios de sensibilidad in vitro se llevaron a cabo con los paneles comerciales Microscan PC38 (Siemens).

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 58 bacteriemias por *S. aureus*, de las cuales 14 (24,1%) fueron BSARM. El 71,4% de las BSARM y el 65,9% de las BSASM se dieron en varones y la media de edad fue de 68,6 años (DE 14,2) y 68,2 (DE 15,3) respectivamente. En cuanto al origen de adquisición de la bacteriemia, las relacionadas con el ámbito sanitario no hospitalario fueron 71,4% en BSARM y 31,8% en BSASM; las adquiridas en la comunidad fueron de 14,3% y 56,8% y las adquiridas en medio hospitalario fueron un 14,3% y 11,4%. Al analizar los factores predisponentes estudiados por subgrupos se objetivaron diferencias entre ambos grupos. Las comorbilidades más relevantes fueron la enfermedad renal crónica, (50% en BSARM vs 20,5% en BSASM ($p = 0,04$)). La prevalencia de DM y de cardiopatías, también fue ligeramente superior en los pacientes con BSARM (42,9%) que en aquellos con bacteriemia por SASM (35%). Tanto la cobertura antibiótica en los tres meses previos como el ingreso hospitalario en los 6 meses anteriores fue más frecuente en los pacientes con b.p.SARM (50% y 35,7% respectivamente) que en los que presentaron BSASM (32,6% y 29,5%). El foco de infección más frecuente en las BSARM fue el relacionado con catéter venoso central (CVC) (28,6%) seguido del foco no filiado (21,4%) y el urinario (14,3%). No se observaron diferencias en la distribución por focos según la etiología fuese SARM o SASM, excepto en el caso del foco urinario, que sólo supuso un 14% de las BSASM. Por su parte los dispositivos invasivos estaban presentes en el 78,6% de pacientes con BSARM y en el 54,5% de los que tuvieron BSASM. Dentro de las BSARM los dispositivos más habituales fueron la sonda vesical, el CVC y el dispositivo arteriovenoso (DAV). De los pacientes ingresados se realizó cribado para la detección de portadores de SARM en el 51,8% de los casos, de los que el 28,6% resultaron positivos. A pesar de no haber detectado a todos los pacientes colonizados precozmente, no se ha objetivado ningún caso de transmisión cruzada.

Discusión: En nuestro medio, la BSARM se produce fundamentalmente en varones relacionados con la atención sanitaria. Los factores predisponentes más importantes son la administración de tratamiento antibiótico los tres meses previos, ser portadores de dispositivos invasivos y la comorbilidad. Se objetiva un déficit en la vigilancia activa para detección de portadores de SARM al ingreso, más llamativo, en los pacientes relacionados con la asistencia sanitaria no hospitalaria.

Conclusiones: La principal estrategia para controlar la diseminación de SARM es la identificación precoz de pacientes colonizados e infectados, con el objetivo de prevenir su transmisión. Consideramos que se tendría que mejorar la identificación de los pacientes con factores de riesgo al ingresar y, así, aplicar los protocolos de detección de portadores en aquellos en que esté indicado.