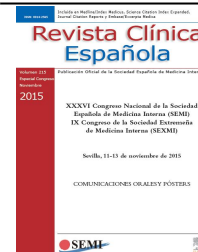




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-246 - RESISTENCIAS A LINEZOLID EN UN HOSPITAL COMARCAL RURAL DE ASTURIAS

M. Álvarez Pérez¹, M. Blanco Costa², M. Llana Velasco², M. Menéndez Calderón¹, Z. Chobak¹, J. Bernardo Cofiño¹, J. Costales Escudero¹, M. Platero Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Microbiología. Hospital Comarcal de Jarrio. Coaña (Asturias).

Resumen

Objetivos: Describir los casos de resistencia a linezolid en nuestro centro, a partir del primer aislamiento histórico en 2013. Estudiar el perfil del paciente más frecuente, los posibles factores de riesgo y las comorbilidades.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historia clínica electrónica, a partir del listado de cocos resistentes a linezolid proporcionados por el Servicio de Microbiología. Para la interpretación de los resultados hay que indicar que nuestro centro es una hospital de 103 camas, cabecera de un área sanitaria rural de 45.799 habitantes (2015), con un porcentaje de población por encima de los 65 años del 29,3%. El hospital no dispone de Servicio de Medicina Intensiva, sino una área REA quirúrgica, una unidad de hospitalización quirúrgica, una unidad de hospitalización de Medicina Interna, y una unidad de hospitalización materno-infantil.

Resultados: Se estudian un total de 7 casos de resistencia a linezolid desde la aparición del primer caso histórico en nuestro centro en 2013. En los 7 casos se trata de estafilococo coagulasa negativo (ECN) (100%) (*Staphylococcus epidermidis*), sin detectar ningún caso de resistencias a linezolid en *Staphylococcus aureus* ni en *Enterococcus* spp. Los 7 casos son pacientes hospitalizados de larga estancia con una media de días de ingreso antes del aislamiento de ECN resistente a linezolid de 28,85 días. En 6 de los casos (85%) eran pacientes del área quirúrgica. En al menos 3 de los pacientes hay registro de estancia en REA más de 2 semanas, los 6 pacientes quirúrgicos pasaron por el área de REA. Al menos 4 de los pacientes necesitaron 2 intervenciones en el mismo proceso de hospitalización quirúrgica, 3 de ellos precisando una cirugía traumatológica y posteriormente una cirugía digestiva por perforación víscera abdominal. En cuanto a la focalidad infecciosa 3 de los casos eran infección precoz de prótesis traumatológica y 4 de los casos infección de catéteres vasculares (3 CVC y 1 CVP). El único caso que no es un paciente quirúrgico es un paciente gravemente inmunodeprimido con una mieloma múltiple con quimioterapia. En al menos 3 pacientes está bien registrado en la historia clínica el uso de linezolid al menos 2 semanas previas. En 3 de los 7 pacientes coexisten infecciones por otros microorganismos resistentes, con 2 casos de *Pseudomonas aeruginosa*, y 1 caso de *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE. De los 7 pacientes, 3 de ellos fallecieron en el mismo proceso de hospitalización donde se produjo el aislamiento.

Discusión: La resistencia a linezolid está aumentando progresivamente desde la aparición de los primeros casos a principio de la década de los 2000s, en nuestro hospital con sus peculiaridades no aparece el primer caso hasta el año 2013. Si se trata de una curiosidad de laboratorio o de un problema clínico relevante es algo

que aún está por dilucidar, si bien parece relacionable con aumento de complejidad del paciente quirúrgico, necesidad de reintervención, y el uso de catéteres vasculares.

Conclusiones: 1. La resistencia a lineozolid en nuestro estudio está limitada a estafilococo coagulasa negativos (ECN). 2. La infección por ECN resistente a linezolid aparece en pacientes con estancia hospitalaria media en el momento del primer cultivo positivo de aproximadamente 30 días, similar en nuestro estudio a las series publicadas. 3. La infección por ECN resistente a linezolid parece ser más frecuente en pacientes del área quirúrgica que del área médica, en forma de infección vascular de CVC e infección protésica precoz, en la mayoría de los casos hay registro de uso de linezolid los días previos. 4. Mortalidad elevada, más relacionable con la complejidad del paciente y múltiples complicaciones quirúrgicas, que con la virulencia de la propia infección por ECN.