Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1073

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-066 - PERFIL DE BACTERIEMIA POR ESTAFILOCOCO *AUREUS* EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

A. Lizcano Lizcano[1], C. Navarro Osuna[1], I. Jiménez Velasco[1], M. Rodríguez Cola[1], M. Sepúlveda Berrocal[2], J. Largo Pau[2], A. Moreno Rodríguez[3], P. López Castañeyra[3]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Unidad de Enfermedades Infecciosas. [3]Unidad Médica de Apoyo Quirúrgico. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Objetivos: S. aureus encabeza la lista de patógenos causantes de bacteriemia en nuestro medio, sobre todo en el ámbito de infecciones nosocomiales. Hemos centrado nuestro interés en el análisis de las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas en nuestro Centro asociadas a dicho proceso en pacientes adultos.

Métodos: Recogemos los datos de las bacteriemias por S. aureus, sensibles y resistentes a meticilina, documentados durante el primer semestre de 2014 facilitados por el laboratorio de Microbiología, para posterior análisis estadístico descriptivo con el programa estadístico SPSS v.19.0.

Resultados: Obtuvimos una muestra de 42 episodios de bacteriemia estafilocócica, la mayor parte procedente de hospitalización en servicios médicos (Medicina Interna 32%, Hematología 4,6%, Nefrología 3,1%, UCI 3,1%). Las comorbilidades más prevalentes en nuestra serie fueros diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, haber recibido terapia antibiótica reciente (quinolonas), inmunosupresión asociada a enfermedad oncológica y tratamientos inmunosupresores, presencia de dispositivos vasculares y urológicos; tres pacientes eran portadores nasales de S. aureus meticilín resistente. El origen más frecuente de la bacteriemia fue nosocomial (72,09%), seguido de adquisición comunitaria (16,59%) y un porcentaje menor relacionado con centros sociosanitarios (11,32%). El foco de la bacteriemia se diagnosticó en 30 casos, predominando el foco respiratorio y el asociado a catéteres vasculares centrales; en 10 casos la bacteriemia fue de origen primario. Un 53,1% de las bacteriemias fueros originadas por S. aureus sensible a meticilina y un 46,9% por S. aureus resistente a meticilina (28% con CMI a vancomicina de 2 y cerca del 16% con CMI a vancomicina ? 1).

Discusión: El tiempo en alcanzar el control de la infección fue variable según la severidad del cuadro clínico, localización de la infección, intervención sobre el foco causal y efectividad del tratamiento antibiótico dirigido, con una media de 14 días, a excepción de tres casos con tiempos de control más prolongado (40, 52 y 60 días) que presentaron complicaciones sépticas a distancia. Se realizaron hemocultivos de control a las 48-72 horas en aproximadamente el 60% de los episodios y el tiempo medio en alcanzar la negativización de los hemocultivos fue 5,17 días. Para el control del foco infeccioso, además de la antibioterapia más adecuada al caso, se procedió a la retirada de los catéteres vasculares causantes o sospechosos del cuadro (4,6%), drenaje de colecciones (7,8%), amputación de tejido óseo (3%), recambio de nefrostomías y otros catéteres urológicos y en dos casos se procedió a sellado antibiótico de catéter vascular central concomitante a

tratamiento sistémico.

Conclusiones: Consideramos necesario insistir en instaurar medidas preventivas eficaces para frenar la incidencia de bacteriemia estafilocócica sobre todo de origen nosocomial, seleccionando con precisión aquéllos pacientes con factores de riesgo más evidentes (colonización nasofaríngea, contacto nosocomial reciente o continuo) así como protocolizar medidas de control microbiológico evolutivas durante el proceso bacteriémico para detectar los casos más severos y con peor pronóstico. Instaurar una estrategia antibiótica empírica acorde al perfil de resistencias a oxacilina en nuestra zona de trabajo también contribuye a una optimización más adecuada del proceso.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.