



## I-229 - PERSPECTIVA ETIOLÓGICA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LAS CELULITIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S. García Torras, T. Garzón Morales, A. Uribe Luna, J. Chara Cervantes, F. García-Bragado Dalmau

Medicina Interna. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características clínicas y microbiológicas de los pacientes que ingresan por celulitis en un hospital terciario. Como objetivos secundarios, describir el uso de los cultivos superficiales, hemocultivos y la terapéutica usada en este tipo de infecciones.

**Material y métodos:** Se recogieron de forma retrospectiva todas las celulitis que ingresaron en nuestro centro, entre enero de 2012 y diciembre de 2014. El diagnóstico se estableció por criterios clínicos y analíticos. Se excluyeron aquellos casos con un proceso séptico intercurrente, fascitis necrotizantes, casos pediátricos, artritis sépticas o infecciones protésicas.

**Resultados:** Se recogieron 135 casos de celulitis, siendo la media de edad 63,6 años (DE 19,44), con un 56,7% de ancianos (> 60 años), un 53,7% hombres y un 46,3% mujeres. De las características clínicas analizadas, obtuvimos que el 36,6% tenían vasculopatía periférica, el 35,8% obesidad, el 31,3% diabetes mellitus, el 18,7% IRC, el 14,9% consumía alcohol de forma regular, el 9% recibían inmunosupresores, el 7,5% eran hepatópatas, el 4,5% padecían una neoplasia activa, el 2,2% tenían VIH y el 0,7% recibían quimioterapia. La localización de la infección fue en un 76,9% una extremidad inferior, en un 6% ambas, un 12% una extremidad superior y un 5,1% en otras localizaciones. Un 29,9% sufrieron un traumatismo local previo y un 9,7% presentaban micosis interdigital. En cuanto a complicaciones, un 14,2% cumplían criterios de sepsis grave o shock séptico, un 22,4% tuvieron un absceso subcutáneo, un 26,1% requirieron desbridamiento/intervención y un 4,5% fueron exitus letalis. El tiempo de hospitalización media fue de 9,6 días (DE 7,7). El 45,5% de los pacientes habían recibido algún antibiótico previo, siendo amoxicilina-clavulánico el más frecuente con un 18,6%, seguido de ciprofloxacino con un 8,2%. Se recogieron muestras para cultivo superficial en un 56% de los casos y en el 86,8% del subgrupo se aisló al menos un microorganismo. Se solicitaron hemocultivos en el 71,6% de los casos, siendo el 19,2% positivos. De los pacientes que recibieron antibioticoterapia previa, un 55,7% tuvieron un cultivo superficial positivo y un 11,5% hemocultivos positivos. El microorganismo que se aisló más frecuentemente fue *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina en un 18,7%, seguido de *Pseudomonas aeruginosa* en un 14,1%, *Proteus mirabilis* y *Escherichia coli* en un 7,8%, *Staphylococcus epidermidis* en un 4,8% y SARM en un 8,6%. En hemocultivos, se aisló más frecuentemente *P. mirabilis* en un 13% y *P. aeruginosa*, *E. coli*, *S. pyogenes* en un 10%; y en cultivo superficial se aisló *S. aureus* en un 21,1%, *P. aeruginosa* en un 15,6% y *P. mirabilis* en un 8,3%. Al evaluar el tratamiento empírico, observamos que en un 37,3% se trataron empíricamente con

amoxicilina-clavulánico, un 21,4% con ciprofloxacino + clindamicina, un 8,6% con una cefalosporina 3ª generación + clindamicina, un 3,6% con una cefalosporina 3ª generación + vancomicina, un 2,9% con ciprofloxacino, un 2,8% con piperacilina-tazobactam + clindamicina y un 2,2% con un carbapenem + clindamicina. El 48,5% fueron tratados con monoterapia, el 51,5% no requirieron ningún cambio de antibiótico en su evolución, en un 25,4% se realizó un cambio, en un 12,7% se realizaron 2 cambios y en un 5,2%  $\geq$  3 cambios. En un 64,2% de los casos, el cambio era para aumentar el espectro antibiótico.

*Conclusiones:* En nuestra población el patógeno más aislado es el *S. aureus* sensible a oxacilina, el antibiótico empírico más usado es la amoxicilina-clavulánico y en casi la mitad de los pacientes se opta por la monoterapia de forma empírica. A destacar, que un 45,5% de los pacientes habían recibido antibiótico previo y, a pesar de ello, un 55,7% tuvieron un cultivo superficial positivo y un 11,5% hemocultivos positivos; en el 43,3% de los casos se requirió al menos un cambio de antibiótico y la mitad fueron para aumentar el espectro. Conocer estos datos puede ser de utilidad para saber cual está siendo nuestra actuación ante este tipo de infecciones y mejorar la práctica clínica en nuestro centro.