



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## I-127 - BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: PERFIL ACTUAL EN UN HOSPITAL PRIMARIO

E. Lozano Rincón<sup>1</sup>, M. Hernández Olmedo<sup>1</sup>, L. Cabeza Osorio<sup>1</sup>, M. Arroyo Gallego<sup>1</sup>, J. Torres Yebes<sup>1</sup>, E. Sáez<sup>2</sup>, C. Sáez Béjar<sup>3</sup> y R. Serrano Heranz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Microbiología clínica. Hospital del Henares. Coslada, Madrid. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (SA) es una entidad con una incidencia creciente y una elevada morbimortalidad. Nuestro objetivo es describir los episodios de bacteriemia por SA registrados en nuestro hospital en el último año.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo en las bacteriemias por SA registradas en 2016. Recogimos variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas. Los datos se analizaron utilizando el programa.

SPSS 20.0.

**Resultados:** Se identificaron 35 episodios. La edad media fue de 71,8 años (DE 16,0). El 68,6% de los pacientes eran mujeres. La mediana del índice de Charlson fue de 6,1 (RIC 4,3-7,3). El 40% de los pacientes eran diabéticos (14), el 20% (7) tenían diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC). El 45,7% de los pacientes habían sido ingresados en los 3 últimos meses (7 en UCI). El 14,3% (5) provenían de residencia y el 28,6% (10) recibían tratamiento en hospital de día (6 quimioterapia, 2 hemodiálisis, 2 otros). El 14,4% portaba dispositivos endovasculares. El 25,7% portaban acceso venoso central. La mayoría de los hemocultivos (51%) se extrajeron en Urgencias. En el 22,9% (8) se extrajeron hemocultivos de control a las 48-72h; 1 resultó positivo. Los principales focos sospechados fueron: endovascular (12, 34,3%), respiratorio (6, 17,1%), urológico (5, 14,3%) y piel y partes blandas (4, 11,4%). No pudo establecerse un foco inicial en 6 episodios (17,1%). El 28,6% (10) de los SA fueron resistentes a oxacilina. En el 51,4% de los casos, la CMI a vancomicina fue de 2. Se demostró colonización por SARM en exudado nasofaríngeo en 5 pacientes (14,3%). La duración mediana de tratamiento fue de 13 días (RIC 9-22). La mediana de días de ingreso fue de 17 (RIC 8-38). El 20% (7) de las bacteriemias fueron complicadas y el 8,6% (3) presentó endocarditis (1 presuntiva y 2 sobre válvula nativa) con buena evolución y sin precisar tratamiento quirúrgico en ningún caso. La mortalidad intrahospitalaria fue del 17,1% (6 pacientes). En el análisis univariable la mortalidad se asoció principalmente a: sexo femenino (OR 6,28, IC95 0,94-41,97, p 0,06), ERC (OR 6,25, IC 0,95-42,50, p 0,08), hemodiálisis (OR 8,25, IC95 3,29-20,67, p 0,025), procedencia de residencia (OR 13,5, IC 1,57-115,9, p 0,026) y la no realización de ecocardiograma durante el seguimiento (OR 1,4, IC95 1,1-1,8, p 0,06). En los episodios en los que el tratamiento empírico se consideró acertado la mortalidad fue menor (14,3% vs 27,3%, OR 0,44, IC95 0,04-4,37, p 0,39). Fue mayor en los pacientes en los que la bacteriemia fue la causa del ingreso (25% vs 10,5%, OR 2,8, IC95 0,45-18,04, p 0,379). En el 80% (28) de las bacteriemias se modificó

el tratamiento empírico tras el resultado de microbiología (tratamiento dirigido): en un 37,1% (13) a cloxacilina (53,8%, 7) o daptomicina (46,2%, 6) y en un 11,4%(4) a cloxacilina + daptomicina. En el 8,6% (3) se cambió a linezolid y en el 22,8% (8) a gentamicina (2), septrim (2), quinolona (2) y vancomicina (2), respectivamente. En un 20% (7) de los episodios de bacteriemia no se modificó el tratamiento empírico.

*Conclusiones:* Las bacteriemias por SA aparecieron en pacientes ancianos, con alta comorbilidad y en contacto con cuidados sanitarios. El origen más frecuente fue el endovascular. La resistencia a antimicrobianos fue elevada así como la tasa de complicaciones y mortalidad. Nuestro análisis sugiere asociación entre el sexo femenino, ERC, la procedencia de residencia y la no realización de ecocardiograma con mayor mortalidad.