Rev Clin Esp. 2023;224(Supl 2):S693

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1836 - ANÁLISIS DE LA TERAPIA COMBINADA EN LAS BACTERIEMIAS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Alicia Romero Calvo, *Clara Egea Hita, Ángela Crespo Rubio, Saray Suárez García, Pablo Ortiz de Urbina Fernández, José Manuel Guerra Laso, María Rosario Pérez Simón y Paula Dios Diez*

Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Objetivos: El *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) es uno de los microorganismos más frecuentemente aislados en bacteriemias, tanto en el ámbito comunitario como nosocomial. Existen controversias sobre la eficacia de la terapia combinada en cuanto a la reducción en la mortalidad y duración de la bacteriemia en comparación con los tratamientos estandarizados. El objetivo de este trabajo es conocer la evolución y mortalidad de los pacientes que recibieron biterapia frente a la bacteriemia por *S. aureus*.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se han registrado las bacteriemias por *S. aureus* durante el año 2020. Describimos datos demográficos, clínicos, tratamiento recibido, complicaciones y mortalidad. El estudio ha sido aceptado por el Comité Ético de la Investigación Clínica del propio centro hospitalario.

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes. La edad media fue de 71,4 años (DE 14,8), con una mayoría de hombres (68,82%) frente a mujeres (31,18%). Un 65,59% de pacientes presentaron algún factor de riesgo, siendo la diabetes mellitus el más común en (37,63%). La adquisición de la infección fue comunitaria en un 34,41% (32 pacientes), nosocomial en un 54,84% (51 pacientes) y asociada a los cuidados sanitarios en un 10,75% (10 pacientes). Un 25,81% fueron bacteriemias por *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) y el 74,19% restante por *S. aureus* sensible a meticilina (SASM). La terapia combinada fue utilizada en 21 pacientes (22,58%), con una duración media de 15,88 días (DT 11,08). El motivo más frecuente por el que se prescribió fue la bacteriemia de brecha, seguido de la gravedad clínica; solo en 5 pacientes se pautó desde el diagnóstico. La terapia combinada fue utilizada en 21 pacientes (un 22,58%), 17 pacientes con bacteriemia por SAMR (16,67%) y 41 pacientes con bacteriemia por SASM (24,64%), sin diferencias significativas (p = 0,5737). La duración media de tratamiento antibiótico fue de 15,88 días (DT 11,08). El motivo más frecuente por el que se prescribió fue la bacteriemia de brecha, seguido de la gravedad clínica; solo en 5 pacientes se pautó desde el diagnóstico. Los esquemas antibióticos más empleados fueron fosfomicina y vancomicina en SARM y daptomicina y cloxacilina en SASM (tabla). Se observó una menor duración del tratamiento dirigido y duración total en los pacientes con biterapia frente al grupo que no la recibió. Se objetivaron complicaciones con mayor frecuencia en el grupo de terapia combinada (33,33 vs. 4,17%, p = 0,0028). No se apreciaron diferencias en mortalidad global a los 30 días y atribuible a la bacteriemia entre los que recibieron biterapia y aquellos que no la recibieron.

Sí existen diferencias en la mortalidad actual entre ambos grupos (38,10% en el grupo de biterapia frente a 70,83% entre los que no, p = 0,0145).

Aislamiento microbiológico (21 pacientes)	Terapia combinada	Pacientes (%)
	Daptomicina + cloxacilina	9 (42,85%)
	Daptomicina + fosfomicina	2 (9,52%)
SAMS (17 pacientes)	Daptomicina + cefazolina	2 (9,52%)
	Clindamicina + cloxacilina	2 (9,52%)
	Cefazolina + gentamicina	1 (4,76%)
	Vancomicina + fosfomicina	2 (9,52%)
SARM (4 pacientes)	Daptomicina + fosfomicina	1 (4,76%)
	Daptomicina + cloxacilina	1 (4,76%)

Conclusiones: En nuestra muestra, la terapia combinada se utilizó más en pacientes con bacteriemia de brecha. Las pautas más utilizadas fueron daptomicina y cloxacilina en SAMS y vancomicina y fosfomicina en SARM. A pesar de una mayor complejidad de los pacientes en los que se administró tratamiento combinado, no encontramos diferencias en cuanto a mortalidad atribuible a la bacteriemia.

Bibliografía

1. Gudiol F, Aguado JM, Almirante B, *et al*. Diagnosis and treatment of bacteremia and endocarditis due to *Staphylococcus aureus*. A clinical guideline from the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2015;33(9): 625.e1-625.e23. DOI:10.1016/j.eimc.2015.03.01
2. Rose W, Fantl M, Geriak M, *et al*. Current Paradigms of Combination Therapy in Methicillin Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Bacteremia: Does it Work, Which Combination, and For Which Patients? CID 2021:73 (15 Diciembre) p. 2353-60 DOI 10,1093/cid/ciab45
3. Pujol M, Miró JM, Shaw E, *et al*. Daptomycin Plus Fosfomycin Versus Daptomycin Alone for Methicillin- resistant *Staphylococcus aureus* Bacteremia and Endocarditis: A Randomized Clinical Trial. Clinical Infectious Diseases. 2021;72(9):1517-25 DOI:10.1093/cid/ciaa1081.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.