



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## I-257 - EPIDEMIOLOGÍA DEL STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN UN HOSPITAL GENERAL

V. Lechuga Flores, M. Cornejo Saucedo, O. Mera Gallardo, A. Camacho Molina, J. Benítez Macías y D. García Gil

Medicina Interna. Hospital General de la Defensa de San Fernando. San Fernando (Cádiz).

### Resumen

**Objetivos:** Analizar factores epidemiológicos asociados a infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), en los pacientes hospitalizados en área de Medicina Interna de un Hospital General.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo. Seleccionamos los cultivos positivos para SARM recogidos desde el 1/10/15 hasta el 15/06/17. Analizamos las variables: sociodemográficas (edad, sexo, paciente institucionalizado y nombre del centro), grado de dependencia y discapacidad, mortalidad a corto plazo, comorbilidades (enfermedad respiratoria crónica, DM, ERC) y tratamiento inmunosupresor; nº ingresos previos en el último año, sospecha de origen nosocomial, administración de antibiótico (ATB) en los tres meses previos y el motivo inicial de ingreso. Respecto al aislamiento microbiológico, se analizó: lugar de aislamiento, tipo de muestra, existencia de otro microorganismo en la muestra, infección vs colonización. Otras variables: ATB empírico, ATB dirigido, duración total de tratamiento ATB activo para SARM y resultado alta vs exitus.

**Resultados:** Obtuvimos 103 cultivos con aislamiento positivo *S. aureus*, de los cuales 21 (20,38%) fueron SARM. La edad media fue de 74,33 años (DE 19,14). Un 61,90% (13) fueron mujeres. Presentaban Barthel medio de 31,43 (dependencia grave) y Rankin Modificada medio de 3,76 (discapacidad moderada-grave). Charlson medio de 4,52 (mortalidad alta). Prácticamente la mitad de los pacientes (52,38%, 11), se encontraban institucionalizados en una residencia. De estos, 2/3 partes procedían de dos residencias concretas (el 36,36% (4) residencia denominada A y 27,27% (3) residencia B), el tercio restante procedían de otras residencias. Presentaban comorbilidad: DM 57,14% (12), enfermedad respiratoria 23,81% (5), ERC 19,05% (4). Un paciente realizaba tratamiento con inmunosupresores (4,76%). En el análisis de factores de riesgo asociados a infección por SARM: la media de ingresos fue de 1,62 ingresos/año (DE 2,22), recibieron ATB en los tres meses previos el 76,19% (16) y posible origen nosocomial en 38,10% (8). Un 28,57% (6), de los pacientes no se encontraban institucionalizados y no reunían criterios de origen nosocomial. El motivo inicial de ingreso fue infección respiratoria e infección de piel y partes blandas, ambos en un 33,33% (7), ICC e IVU, ambos con 14,29% (3) y sospecha de endocarditis en 4,76% (1). Tipos de muestra: exudado 52,38% (11), esputo 28,57% (6), sangre 14,29% (3) y orina 4,76% (1). Se consideró SARM como el responsable de la infección en un 66,67% de los casos (14). En un 47,62% de los casos (10), se aisló otro microorganismo en la misma muestra, de los cuales el 70% (7), se consideró el SARM como germen causante de la infección. Tratamiento empírico fue: piperazilina/tazobactam 26,32% (5), amoxicilina-clavulánico 15,79% (3), ertapenem, levofloxacino y linezolid en 10,53% (2), ceftriaxona, ciprofloxacino, vancomicina y meropenem en 5,26%, (1). Tratamiento dirigido fue: linezolid: 52,94% (9), vancomicina: 11,76% (2), mupirocina: 5,88% (1) y combinación de levofloxacino/clindamicina: 5,88% (1). En el 23,53% (4) no se administró ATB

dirigido (3 colonización y 1 infección que fallece antes del tratamiento). Fallecieron el 33,33% (7) de los pacientes.

*Discusión:* La infección por SARM plantea un problema sociosanitario creciente, ya que incide, fundamentalmente, en una población frágil de edad cada vez más avanzada con pluripatologías crónicas.

*Conclusiones:* En nuestra muestra, la incidencia de SARM es similar a la descrita en la literatura (España 20-30%). Más de la mitad de los pacientes con SARM procedían de residencia, la mayoría presentaba dependencia moderada-severa, con diabetes mellitus, más de un ingreso en el último año y/o ATB en los últimos 3 meses. El ATB dirigido más utilizado fue linezolid.