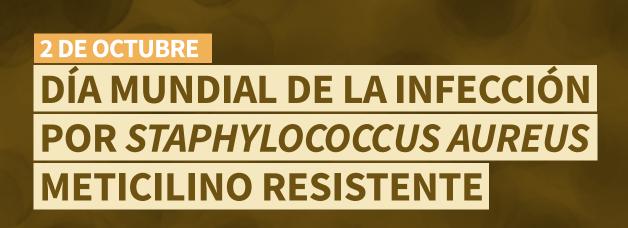




# DÍA MUNDIAL DE LA INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE

Prof<sup>a</sup>. Adj. **Dra. Karina Tenaglia** - Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UdeLaR.

2 de Octubre de 2023.





Staphylococcus aureus meticilino resistente es un microorganismo complejo, difícil de tratar, con una mortalidad de hasta 25% en bacteriemias. Representa una amenaza a la Salud Pública Mundial e integra el grupo de las 6 bacterias resistentes más preocupantes junto a Enterobacterias y Acinetobacter sp resistente a carbapenémicos, Pseudomonas aeruginosa multidrogo-resistente, Enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido y Enterococcus sp vancomicina resistente. En el año 2019 fue el primer responsable de muertes atribuibles a resistencia antimicrobiana en América latina en mayores de 15 años<sup>1</sup>.

En esta oportunidad consideramos oportuno hablar sobre el correcto abordaje de las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* porque sistematizar el diagnóstico y tratamiento impacta positivamente en el pronóstico de los pacientes. La consulta oportuna a un especialista en enfermedades infecciosas también se asocia a mejores resultados clínicos.

# **RECOMENDACIÓN:**

## ▶ Paso 1

Realizar una anamnesis y examen físico minucioso. Es importante conocer: a) condiciones predisponentes **del paciente**: presencia de prótesis, catéteres permanentes, uso de drogas inyectables y endocarditis previa, b) **características de la bacteriemia**: tiempo transcurrido hasta la positividad de los HC, adquisición hospitalaria o comunitaria, inicio tardío del tratamiento? y c) **evolución clínica**: fiebre persistente, signos de infección metastásica².

## ▶ Paso 2

Clasificar el riesgo de complicaciones de la bacteriemia:

- a. Bajo riesgo: huésped sin factores predisponentes, adquirida en el hospital, inicio oportuno de antimicrobianos, ecocardiograma sin vegetaciones o elementos de endocarditis, hemocultivos de brecha negativos, defervescencia de la fiebre, sin clínica de embolia séptica sistémica.
- b. Alto riesgo: presencia de material protésico, sospecha de endocarditis, clínica de embolia sistémica, hemocultivos de control positivos, fiebre persistente e inicio tardío de los antimicrobianos.

#### ► Paso 3

Si su centro cuenta con especialista en enfermedades infecciosas solicite su consulta, está demostrado que esta simple conducta reduce la mortalidad y el reingreso de las infecciones<sup>3</sup>.

#### ▶ Paso 4

Solicite un paquete básico de estudios: a) hemograma, VES, PCR, función renal y hepático, b) ecocardiograma transtorácico, c) Hemocultivo de brecha 2 set (40 ml) a las 48-72 horas de iniciado el tratamiento antimicrobiano dirigido.

# ► Paso 5

Si la bacteriemia es de alto riesgo complete la valoración con: a) ecocardiograma transesofágico, b) tomografía torax, abdomen y pelvis, c) nueva ronda de hemocultivos y d) RM columna.

## **TRATAMIENTO:**

- 1 Es fundamental bajar la carga bacteriana: drenar colecciones superficiales o profundas.
- 2 Inicie Vancomicina 25 mg/kg diluido en 250 suero fisiológico infundirlo en 2 horas (dosis carga-única) seguido de 15 mg kg c/12 horas diluido en 250 suero fisiológico infundirlo en 2 horas.
- Dosifique los niveles plasmático de vancomicina valle antes de la cuarta dosis del antimicrobiano. Objetivo nivel 15-20 mcg/ml para una CIM ≤ 1.
- Considere biterapia antimicrobiana en: paciente grave, infección de prótesis articulares o material implantado, abscesos profundos. Opciones: TMP-SMX, Ceftaroline, Daptomicina (esta última no disponible en Uruguay), rifampicina (asociarla cuando haya bajado la carga bacteriana a partir del 7° día).
- Duración: 14 días para bacteriemia no complicada y 6 semanas en presentaciones complicadas. Aún están en investigación si acortar la duración del tratamiento antimicrobiano a 7 días en bacteriemia no complicada y 4 semanas en bacteriemia complicada logra los mismos resultados<sup>4-5</sup>.

# **Bibliografía**

- 1. Global mortality associated with 33 bacterial pathogens in 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 Lancet 2022; 400: 2221–48.
- 2. IJE Kouijzer. Redefining *Staphylococcus* aureus bacteremia: A structured approach guiding diagnostic and therapeutic management. Journal of Infection. Volume 86, Issue 1, January 2023, Pages 9-13
- 3. Julie Paulsen, Erik Solligård, Jan Kristian Damås, Andrew DeWan, Bjørn Olav Åsvold, Michael B. Bracken, The Impact of Infectious Disease Specialist Consultation for Staphylococcus aureus Bloodstream Infections: A Systematic Review, Open Forum Infectious Diseases, Volume 3, Issue 2, Spring 2016, ofw048
- 4. Thorlacius-Ussing, L., Andersen, C.Ø., Frimodt-Møller, N. et al. Efficacy of seven and fourteen days of antibiotic treatment in uncomplicated Staphylococcus aureus bacteremia (SAB7): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 20, 250 (2019).
- 5. https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2019-004921-25/NL#E
- Kaasch AJ, Rommerskirchen A, Hellmich M, Fätkenheuer G, Prinz-Langenohl R, Rieg S, Kern WV, Seifert H; SABATO trial group. Protocol update for the SABATO trial: a randomized controlled trial to assess early oral switch therapy in lowrisk Staphylococcus aureus bloodstream infection. Trials. 2020 Feb 12;21(1):175.



- Piso 16. Av. Italia, S/N.
  Montevideo, 11600. Uruguay.
- clinfec@fmed.edu.uy
- +598 2 4876981
- X @Infectologia\_uy
- /infectologia.edu.uy
- www.infectologia.edu.uy

