

Infecciones producidas por bacterias grampositivas: Neumonía, bacteriemia, endocarditis, osteomielitis.

Título corto: Neumonía, bacteriemia, endocarditis y osteomielitis por GP

Marino Blanes Juliá

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital La Fe. Valencia

NEUMONÍA

Wong et al (Canadá) presentan los datos de incidencia de infección neumónica invasora en pacientes con diferentes tipos de cáncer de órgano sólido y hematológicos. Ver tabla 1. A la vista del incremento en la incidencia de infección invasora en estos grupos de pacientes, cuando la comparan con la población sana adulta, recomiendan la vacunación antineumocócica de estos pacientes. Aunque esta práctica no se realiza habitualmente en nuestro medio en la actualidad, habrá que comenzar a plantearse su puesta en marcha a la vista de estos resultados.

(Abstract L-688) Wong, A et al. Increased Incidence of Invasive Pneumococcal Disease in Patients with Underlying Malignancy: Pg. 605.

Tabla 1: Incidencia de infección neumocócica invasora (INI) en distintos tipos de cáncer

Tipo Cáncer	Casos INI 2000-2004	Tasa / 100,000 (95% CI)	P-valor (Test Exacto Fisher)
Cáncer Pulmón	29 / 20198	143.6 (91.36, 195.80)	<0.001
Mieloma Múltiple	18 / 2671	673.9 (363.63, 984.18)	<0.001
Leucemia Linfática Crónica(LLC)	10 / 8039	124.4 (47.34, 201.45)	<0.001
Otras Leucemias (LMA/LLA)	10 / 7740	129.2 (49.17, 209.23)	<0.001
Linfoma Hodgkin	4 / 8383	47.8 (0.97, 94.47)	0.015
Linfoma No Hodgkin	12 / 18905	63.5 (27.57, 99.38)	<0.001

Se han comentado reiteradamente, las características diferenciales de la denominada neumonía asociada a cuidados sanitarios con respecto a la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) "pura". García-Vidal et al (España) realizan un estudio con el objetivo de comparar las características clínicas, los serotipos y genotipos de la neumonía neumocócica asociada a cuidados sanitarios, con la adquirida en la comunidad. Revisando su cohorte prospectiva de adultos con neumonía neumocócica que requieren hospitalización (2001-

2007), encuentran 634 neumonías neumocócicas, y de ellas, 150 (23,7%) fueron asociadas a cuidados sanitarios y 484 fueron NAC. Los pacientes con neumonías asociadas a cuidados sanitarios eran más mayores (70,4 versus 63,9%, $p < .001$), tenían una mayor comorbilidad (96 versus 77%, $p < .001$), y eran clasificadas como de más alto riesgo (71,8 versus 57,9%, $p = .002$). Sin embargo, no se observaron diferencias clínicas significativas en cuanto a la presencia de bacteriemia, shock, empiema, neumonía multilobar y estancia hospitalaria. También la mortalidad a los 30 días de ingreso fue similar y tampoco se encontraron diferencias significativas en las tasas de resistencia a penicilina y eritromicina. Conforme vamos profundizando el conocimiento de estas neumonías los hallazgos parecen más complejos y probablemente variables en función de la población estudiada.

(Abstract K-525) Garcia-Vidal, C et al. Health Care-Associated Pneumococcal Pneumonia (HCAPP): Clinical Characteristics, Serotypes and Genotypes: Pg. 453.

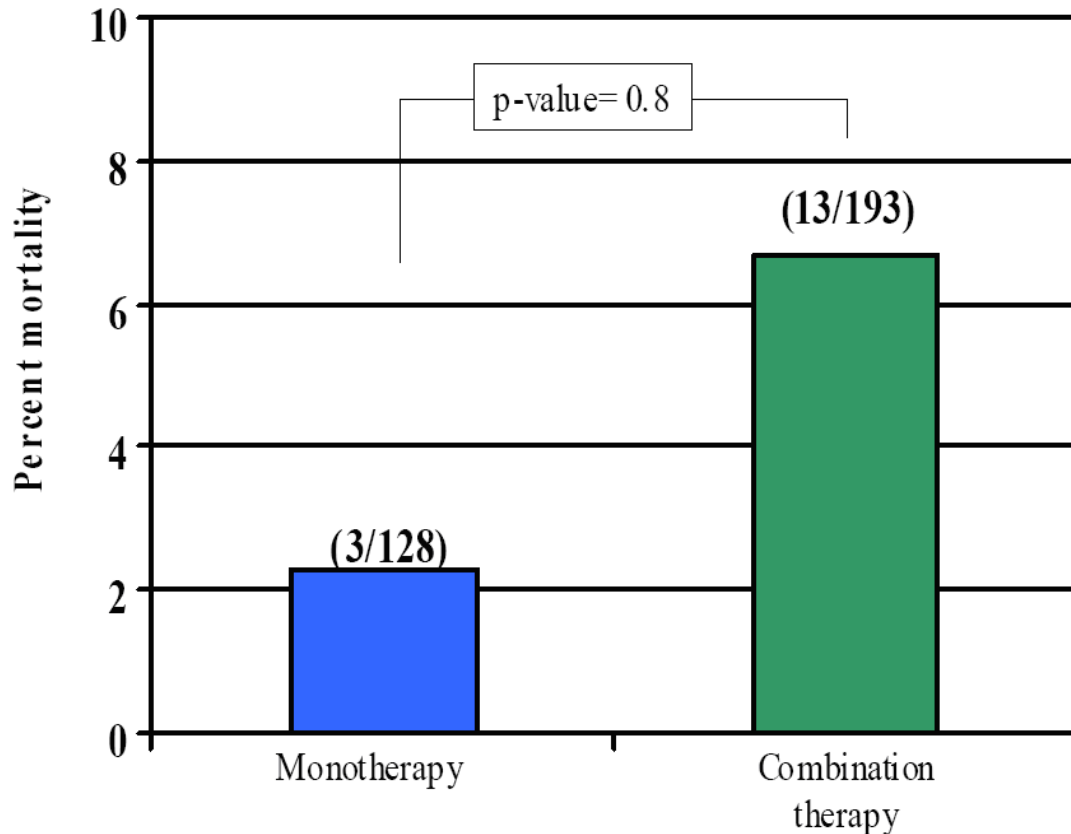
En el ámbito del tratamiento se han presentado distintos estudios comparativos entre distintos antibióticos en la (NAC). Milanesio et al presentan los resultados de un estudio en fase III, doble ciego, aleatorizado, de grupos paralelos y multicéntrico, llevado a cabo en 584 pacientes en los EE.UU., Canadá y Sudáfrica, que compara la seguridad y eficacia de cethromicina 300 mg/día (nuevo ketólido, relacionado con los macrólidos) con claritromicina 250 mg dos veces al día, durante 7 días, en adultos con NAC leve o moderada. Los resultados eran comparables en cuanto a eficacia y nivel de efectos secundarios en ambos grupos (con los datos disponibles no se han presentado los problemas hepáticos de su antecesor la telitromicina).

(Abstract L-683) Milanesio, NA et al. A Comparative Study of the Safety and Efficacy of Cethromycin (CER) to Clarithromycin (CLR) for the Treatment of Community Acquired Pneumonia (CAP) in Adults (CL05-001): Pg. 603.

Otro aspecto controvertido es si existe necesidad de realizar tratamiento antibiótico combinado en la neumonía neumocócica. Repetto et al realizan un análisis secundario para comparar los datos del tratamiento en monoterapia o en combinación de las neumonías neumocócicas en el registro multicéntrico internacional CAPO (Community-Acquired Pneumonia Organization) (48 hospitales en 14 países) realizado entre 2001-2008 (www.caposite.com). Para ello analizan el tiempo hasta la estabilización clínica, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad y concluyen que la terapia de combinación no se asocia con mejores resultados clínicos (Figura 1). Concluyen que debido a los posibles daños colaterales de la terapia de combinación, los pacientes hospitalizados con NAC causada por *S. pneumoniae* deben ser tratados con monoterapia.

(Abstract L-663) Repetto, MF et al. Combination Therapy is Not Needed for the Treatment of Hospitalized Patients with Pneumococcal Pneumonia: Results from the CAPO International Study: Pg. 598.

Figura 1: Resultados de la monoterapia versus tratamiento combinado en la neumonía neumocócica.



El linezolid consigue mayores concentraciones en los fluidos del epitelio pulmonar que los glicopéptidos. Esto podría correlacionar con una mayor eficacia en el tratamiento de la neumonía nosocomial. Kalil et al realizan un metanálisis de 8 ensayos (con 853 casos) prospectivos, aleatorizados de linezolid frente a glicopéptidos, dirigido a valorar dicha posibilidad. A pesar de un poder estadístico superior al 90%, no se detecta superioridad clínica de linezolid frente a glicopéptidos en el tratamiento de la neumonía nosocomial. La vancomicina no se asoció con más disfunción renal y el linezolid mostró un aumento significativo en el riesgo de trombocitopenia y problemas gastrointestinales.

(Abstract K-533) Kalil, AC et al. Linezolid versus Vancomycin or Teicoplanin for Nosocomial Pneumonia: A Meta-Analysis: Pg. 455.

El correcto tratamiento de la NAC es un indicador de calidad. Colquitt et al (USA) realizan un seguimiento prospectivo de los ingresos con diagnóstico inicial de neumonía desde el Servicio de Urgencias de su hospital con el ánimo de evaluar la adecuación y duración del tratamiento antibiótico en los pacientes

ingresados con NAC. Analizan 113 episodios y encuentran hallazgos que ya podíamos intuir. En general, la selección de los antibióticos se hacía de acuerdo a las directrices aunque la vía intravenosa, era más utilizada que la oral. La duración del tratamiento era más prolongada de lo recomendado en más de 1 / 3 de los pacientes. No se suspendían los antibióticos si se llegaba a un diagnóstico de procesos no infecciosos.

(Abstract L-685) Colquitt, AR et al. Evaluation of Antibiotic Treatment and Duration for Inpatients with Community-Acquired Pneumonia: Pg. 604.

Finalmente otro de los aspectos novedosos de este ICAAC ha sido la presentación de datos sobre la asociación entre neumonía y síndrome coronario agudo. Corrales-Medina et al (USA) analizan retrospectivamente su cohorte de pacientes ingresados con neumonía para estudiar el grado de asociación con episodios de cardiopatía isquémica durante los primeros 15 días de ingreso. Encuentran 206 casos de neumonía (144 por *S. pneumoniae* y 62 por *H. influenzae*) y les adjudican 395 controles ingresados por otros motivos (se descartaron aquellos pacientes ingresados para cirugía o tratamiento programado). Ambos grupos tenían características similares en cuanto a edad, historia de enfermedad cardiovascular, diabetes, historia de abuso de alcohol, uso de aspirina y beta-bloqueantes, etc. Hubo 22 (10,7%) casos de síndrome coronario agudo en el grupo de neumonía y 6 (1,52%) en el grupo control (OR = 7,75; IC: 3,09 a 19,44, P <0,001). Después de análisis multivariante, la neumonía seguía siendo un factor independiente asociado con la aparición de síndrome coronario agudo (OR = 7.20, IC: 2,44 a 21,25, P <0,001). Concluyen que los pacientes ingresados por neumonía bacteriana es más probable que presenten un síndrome coronario agudo en un plazo de 15 días que en pacientes hospitalizados por todas las demás causas. Es necesario caracterizar fisiopatológicamente la base de este fenómeno.
(Abstract L-671) Corrales-Medina, VF et al. Acute Bacterial Pneumonia is Associated with the Occurrence of Acute Coronary Syndromes: Pg.600.

Analizando el mismo problema Peyrani et al (USA) realizan una revisión retrospectiva de 500 pacientes consecutivos hospitalizados con NAC para intentar correlacionar el hallazgo de infarto agudo de miocardio con la gravedad de la neumonía o el fallo clínico. Al ingreso, presentaban infarto agudo de miocardio el 15% de los pacientes con NAC grave (13/86). Durante la hospitalización, presentaron infarto agudo de miocardio el 20% de los pacientes que desarrollaron un curso complicado definido por insuficiencia respiratoria o shock (13/65). A modo de conclusiones o corolario: el diagnóstico combinado de NAC y infarto agudo de miocardio es frecuente en pacientes hospitalizados por NAC grave; cuando el curso clínico de un paciente hospitalizado por NAC es complicado debe considerarse el diagnóstico de infarto agudo de miocardio.
(Abstract L-914) Peyrani, P et al. Acute Myocardial Infarction in Hospitalized Patients with Community-Acquired Pneumonia: Results from the CAPO International Study: Pg. 609.

BACTERIEMIA

Acerca del diagnóstico de la bacteriemia Falagas et al (USA) tratan de investigar la práctica clínica habitual de obtención de cultivos de sangre. Para ello realizan una encuesta "on line" con respecto a la práctica clínica diaria de la obtención de hemocultivos en pacientes con un catéter venoso central y sospecha de bacteriemia. De 578 médicos (elegidos entre aquellos con publicaciones en estos temas) contestaron un 67%. Un 64,5% respondió que en un paciente, con un catéter venoso central, ante la sospecha de bacteriemia se obtiene un set cultivos de sangre del catéter y otro de vena periférica. El resto de los participantes eligieron diferentes respuestas; 2 sets de sangre periférica, 1 set de sangre periférica, 1 set del catéter central, y otros [35/386 (9,1%), 32/386 (8,3%), 27/386 (7%) y 27 / 386 (7%) participantes, respectivamente]. Este estudio expone que, incluso entre los expertos, varios aspectos acerca del procedimiento de obtención de hemocultivos son motivo de controversia. Una proporción considerable (17,4%) de los participantes obtiene un único set de cultivos para el diagnóstico de bacteriemia.

(Abstract K-3406) Falagas, ME et al. Clinical Practice of Obtaining Blood Cultures From Patients with a Central Venous Catheter (CVC) in Place: an International Survey: Pg. 530.

Las bacteriemias asociadas a cuidados sanitarios se han asociado a un peor pronóstico con respecto a las adquiridas en la comunidad en sentido estricto. J Rodriguez-Baño et al (España) realizan un estudio multicéntrico en el que incluyen 344 episodios pertenecientes a 15 hospitales andaluces. El 43,5% fueron asociadas a cuidados sanitarios y el 56,5% adquiridas en la comunidad. La mortalidad medida a los 14 días, fue del 15% y del 19%, respectivamente. Las conclusiones de este estudio son que las bacteriemias asociadas a cuidados sanitarios no se asociaron con una mayor mortalidad. La edad, la enfermedad de base, la forma de presentación (sepsis), el origen y el tratamiento empírico fueron buenos factores pronósticos.

(Abstract K-3397) Rodriguez-Baño J et al. Prognosis of Health Care-Associated and Strict Community-Acquired Bloodstream Infections in Spain: Pg. 526.

La confianza del médico en la vancomicina para el tratamiento de la bacteriemia por SARM está disminuyendo a la luz de estudios recientes que sugieren una susceptibilidad reducida y un aumento del fracaso terapéutico. Bhan et al (USA) analizan 150 casos de bacteriemia por SARM tratadas inicialmente con vancomicina. Los datos recogidos incluyeron la microbiología, la demografía, la antibioterapia, y los resultados clínicos. El fracaso terapéutico se establecía con respecto a los siguientes criterios 1) la mortalidad, 2) la persistencia de los signos y síntomas de la infección al final de la antibioterapia, o 3) un criterio adicional que figuran en la Tabla 2.

Tabla 2: Variabilidad del criterio de fracaso terapéutico con vancomicina

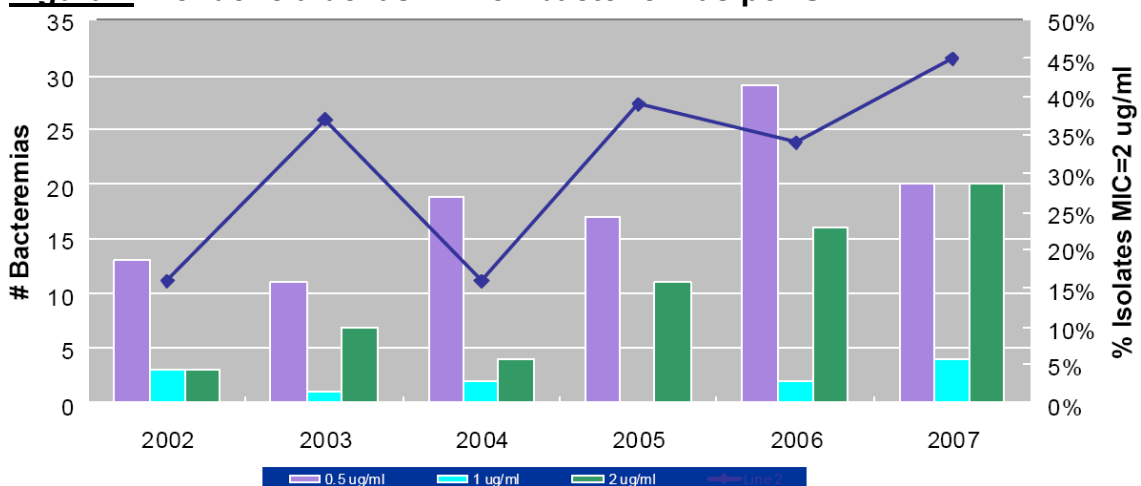
	>= 5 días bacteriemia	>=7 días bacteriemia	>=10 días bacteriemia	Cambio en Abs >= 7 días MAS persistencia síntomas
Población Clínicamente evaluable	n=150	n=150	n=150	n=143
N, % fallo	83, 55%	72, 48%	62, 41%	36, 25%
n, % día 30 mortalidad	12, 15%	12, 17%	12, 19%	10, 28%
p valor	.001	<.001	<.001	<.001
predictores de fallo, univariado (P<.05)	Antibióticos previos CVA hemodiálisis cirrosis origen de SAB CMI >=1.5	Antibióticos previos CVA CMI >=1.5	Residencia 3ª edad CMI >=1.5	APACHE II IDU

Las tasas de fracaso variaban de 25 a 55% dependiendo de la definición utilizada. También lo hacían los factores predictivos de fracaso. Se concluye que el fallo a la vancomicina es un fenómeno importante que exige una clara y concisa definición que permita la comparación de resultados y actitudes en el manejo de esta patología.

(Abstract K-561) Bhan, R et al. What is Vancomycin Failure? It Depends on Your Definition: Pg. 462.

Kaur et al (USA) evalúan en la bacteriemia por SARM la tendencia temporal de la CMI de vancomicina y el efecto de esta CMI sobre el resultado de la bacteriemia. Estudian 161 pacientes de enero de 2002 a junio de 2007. Ver Figura 2.

Figura 2: Tendencia de las CMI en bacteriemias por SARM



Encuentran un aumento significativo de SARM con una CMI a vancomicina ≥ 2 desde 2002. Esta CMI ≥ 2 se asoció con la persistencia de la bacteriemia pero no con un aumento de la mortalidad o de las complicaciones relacionadas con la infección.

(Abstract K-564) Kaur, I et al. MRSA Bacteremia: Effects of Vancomycin MICs on Outcome: Pg. 463.

En la epidemiología de la bacteriemia enterocócica en los últimos años se ha producido un incremento de la resistencia antibiótica y del número de casos producidos por *Enterococcus faecium*. McBride et al (Nueva Zelanda) realizan un estudio retrospectivo de revisión de las características demográficas, microbiológicas y los datos clínicos durante un período de 15 años en su hospital. Encuentran 205 pacientes: *E. faecalis* el 86% (176/205) y *E. faecium* el 14% (29/205). Alto nivel de resistencia a la gentamicina en el 38,0% (65/171) de aislados de *E. faecalis* aislados, y el 25% (7/28) de *E. faecium*. No encuentran resistencia a la vancomicina. Concluyen que son nosocomiales en el 70 % de los casos y con gran comorbilidad en la mayoría de los pacientes; que el elevado nivel de resistencia a la gentamicina no se asocia con mayor mortalidad; y que la mortalidad a los 30 días es del 25% y es más alta con bacteriemia por *E. faecium*.

(Abstract K-3432) McBride, SJ. et al. Five years of Enterococcal Bacteremia at Auckland City Hospital, Auckland, New Zealand: Pg. 536.

En lo referente al tratamiento de la bacteriemia por enterococo resistente a la vancomicina se han comunicado varios trabajos con resultados del tratamiento comparativo de los 2 antibióticos actualmente utilizados en esta situación: linezolid y daptomicina. En el estudio de Dubrovskaya et al (Nueva York) (80 pacientes) cada una de las 2 opciones era el tratamiento inicial del paciente. Las dosis y el tiempo de tratamiento eran los habituales. Aunque no había diferencias significativas entre ambos tratamientos, si se ajustaban los resultados en función de la historia de tumor sólido y APACHE II la mortalidad del grupo de linezolid era algo inferior. No hubo diferencias en cuanto a la erradicación microbiológica, en el tiempo hasta la negativización de los hemocultivos ni en la respuesta clínica.

(Abstract K-3443) Dubrovskaya Y. et al. Daptomycin Compared to Linezolid for Primary Treatment of Vancomycin-Resistant Enterococcal Bacteremia: Pg. 539.

Otros estudios de LoCastro et al (Filadelfia) (84 casos) y Crank et al (Chicago, multicéntrico) (101 casos) comparan estos mismos antibióticos y llegan a la conclusión de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Finalmente, Chad Marion et al (Cleveland) analizan este mismo problema en 31 pacientes neutropénicos con cáncer sin encontrar diferencias significativas en este grupo especial de pacientes entre los dos agentes estudiados con respecto a: la supervivencia global, tiempo hasta la muerte en los que no sobrevivieron, o tasa de recaída en los supervivientes.

(Abstract K-3440) LoCastro, LG et al. Comparison of Linezolid (LZD) and Daptomycin (DAP) for Vancomycin-Resistant Enterococcus Bacteremia: Pg. 538.

(Abstract K-3442) Crank, CW et al. Comparison of Daptomycin (D) vs. Linezolid (L) for Vancomycin-Resistant Enterococcal Bacteremia (VRE): Pg. 539.

(Abstract L-2120) Chad Marion, DO et al. Daptomycin or Linezolid in the Treatment of Vancomycin Resistant Enterococcal Bacteremia in Neutropenic Cancer Patients: Pg. 618.

ENDOCARDITIS

Muñoz et al (España) describen, en un estudio prospectivo, los importantes cambios producidos en la epidemiología de la endocarditis infecciosa con el incremento de los casos nosocomiales y asociados a cuidados sanitarios. Encuentran un 16% de casos nosocomiales en el período 1996-2001 frente a 24% en el período 2002-2007 y los comparan con los adquiridos en la comunidad. En la etiología de los casos nosocomiales, predomina SARM (13% versus 2%, $p < 0,001$), *Staphylococcus coagulasa negativa* (23% versus 11%, $p < 0,001$) y hongos (11% versus 1%, $p < 0,001$) y había una mayor mortalidad (49,5% versus 25%, $p < 0,001$). Este trabajo parece expresar lo que intuimos que está ocurriendo en la mayoría de centros.

(Abstract K-3751) Muñoz, P et al. Increasing Incidence and Poor Prognosis of Nosocomial Infective Endocarditis (N-IE): Pg. 558.

En cuanto a estudios monográficos sobre etiologías concretas parece interesante, dada la escasez de datos publicados al respecto, el presentado por Sendi et al (multicéntrico, Suecia) sobre las características clínicas de la endocarditis por *Streptococcus* grupo B. Comparan esta etiología con respecto al resto de las etiologías en su serie. Comprueban que constituyen el 2,9% de sus casos sobre válvula nativa y el 1,4% sobre válvula protésica. Los casos presentaban más a menudo signos de insuficiencia cardíaca y embolización, y la mortalidad fue similar a la global de la serie. Por otra parte, el uso de aminoglucósidos en el tratamiento no se asoció con un mejor resultado.

(Abstract K-3753) Sendi, P et al. Group B *Streptococcus* in Infective Endocarditis: Pg. 558.

En lo referente al tratamiento, Levine et al (USA) presentan los resultados de los pacientes con endocarditis tratados con daptomicina (post-comercialización), dentro del registro observacional (Cubicin® Outcomes Registry and Experience CORE® 2007). De los 53 pacientes que cumplían los criterios, 41 (77%) fueron evaluables. Con este escaso número de pacientes y con las características del registro lo único que se puede concluir es que la daptomicina parece eficaz en distintos tipos de endocarditis, que la tasa de efectos adversos son los ya conocidos y que son necesarios más datos comparativos para poder ubicar este antibiótico en el tratamiento de la endocarditis infecciosa.

(Abstract L-1518) Levine, DP et al. Outcomes with Daptomycin (DAP) for Infective Endocarditis (IE): Pg. 617.

Con respecto a la endocarditis por enterococo la combinación de ampicilina y ceftriaxona es eficaz y segura para el tratamiento de cepas con gran nivel de resistencia a los aminoglucósidos. Gavaldá et al presentan los datos ampliados de su experiencia multicéntrica (España e Italia) en pacientes con EI por *Enterococcus faecalis*, con mayor número de casos producidos por cepas con escaso nivel de resistencia a los aminoglucósidos. De los 75 pacientes, 16 tenían gran nivel de resistencia a los aminoglucósidos y 59 no. Se concluye que la combinación de ampicilina y ceftriaxona es eficaz y segura en el tratamiento de ambos grupos de enfermos y podría ser una alternativa razonable para los pacientes con escaso nivel de resistencia a los aminoglucósidos que tienen un mayor riesgo de nefrotoxicidad.

(Abstract L-1522) Gavaldá, J et al. Efficacy of Ampicillin plus Ceftriaxone in the Treatment of Enterococcal Endocarditis: Pg. 618.

Otro de los aspectos siempre controvertidos del tratamiento es la precocidad de la cirugía. Roncato et al revisan 392 casos de endocarditis sobre válvula nativa por *Staphylococcus aureus* en el seno de una cohorte amplia prospectiva y actual de pacientes (International Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study). En el análisis multivariante, la probabilidad de cirugía valvular precoz fue significativamente menor en la endocarditis por *Staphylococcus aureus* (HR 0,66, 95 CI 0.54-0.80, $p < 0,0001$) y la mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor (HR 1.68, 95 CI 1.28-2.22, $p < 0,0001$), lo cual era cierto tanto en los pacientes operados, como en los no operados. Este estudio confirma la aparente paradoja de que la endocarditis por *Staphylococcus aureus* se asocia con una menor tasa de cirugía precoz que no se explica por una mayor frecuencia de comorbilidades/complicaciones que contraindiquen la cirugía, ni por una menor frecuencia de condiciones que requieren cirugía.

(Abstract K-3478) Roncato, M. et al. Low Rate of Early Valve Surgery (EVS) in *Staphylococcus aureus* (SA) Native Valve (NV) Infective Endocarditis (IE): Can We Solve the Conundrum?: Pg. 548.

También en el ámbito de este mismo grupo de estudio (International Collaboration on Endocarditis-Pro prospective Cohort Study) Chirouze et al revisan en este caso las endocarditis protésicas por *Staphylococcus aureus*. Tampoco en este supuesto se confirma que la cirugía precoz tenga efecto beneficioso sobre el resultado del tratamiento de los pacientes.

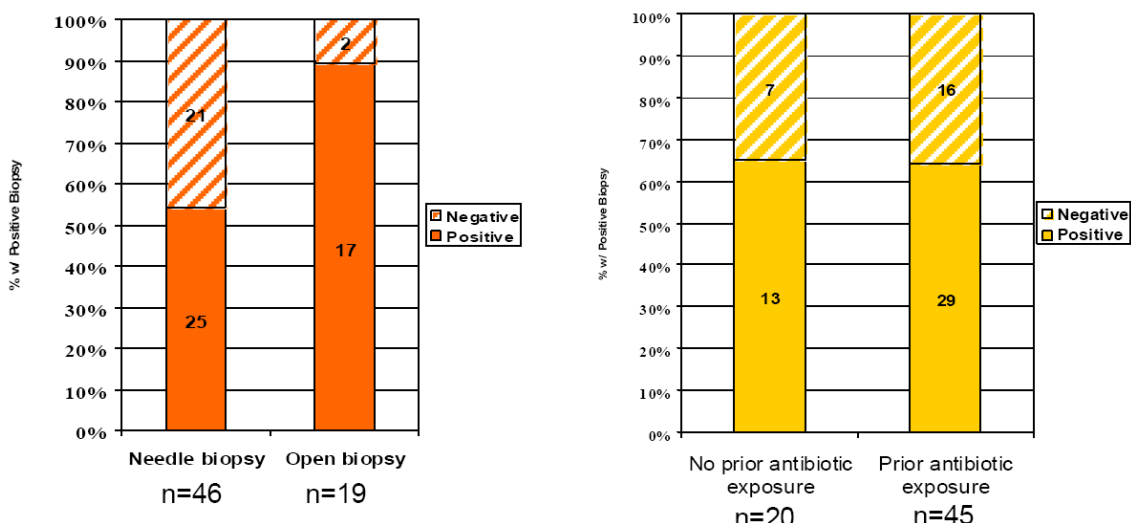
(Abstract K-3757) Chirouze, C et al. Does Early Valve Surgery (EVS) Improve the Outcome of *Staphylococcus aureus* Prosthetic Valve Infective Endocarditis (PVIE)?: Pg. 559.

OSTEOMIELITIS

En la práctica clínica, a veces se duda de la utilidad de la biopsia de hueso en el diagnóstico de la osteomielitis si el paciente ha estado recibiendo antibióticos. El impacto del tratamiento antibiótico previo sobre los cultivos ha sido poco estudiado. Bhavan et al (USA) se plantean esta cuestión. Para ello

revisan retrospectivamente 65 casos de osteomielitis vertebral que tenían biopsia ósea. De ellos 46 (70,8%) habían recibido antibióticos \leq 14 días antes de su procedimiento. Entre los 65 pacientes biopsiados, en 19 (29,2%) se había realizado una biopsia abierta y en 46 (70,8%) tenían una biopsia con aguja de forma percutánea. En 42 (64,6%) el cultivo fue positivo y el patógeno predominante fue *Staphylococcus aureus* (52,4%). Se concluye que la exposición de antibióticos antes de la biopsia no reduce la recuperación de patógenos y la biopsia abierta tenía un mayor rendimiento que la biopsia percutánea con aguja [17/19 (89,5%) vs 25/46 (54,3%), $p = 0,007$] (Figura 3)

Figura 3: Rendimiento microbiológico de la biopsia ósea



Estos datos ayudan en la toma de decisiones clínicas.

(Abstract K-554) Bhavan, KP et al. The Impact of Pre-Biopsy Antibiotics on Pathogen Recovery in Hematogenous Vertebral Osteomyelitis: Pg. 461.

La información sobre SARM adquirido en la comunidad en lo referente a la osteomielitis es escasa. Allen et al (USA) presentan un estudio para evaluar la incidencia y los resultados de las osteomielitis adquiridas en la comunidad versus las nosocomiales. Se analizó la base de datos Bone and Joint Infections Organization BAJIO. De 34 pacientes con osteomielitis por SAMR el 50% fueron adquiridos en la comunidad. Se determinó el subtipo de los aislamientos y se definió el éxito o fracaso a los 6 meses de tratamiento. Los resultados preliminares, con escaso número de casos, no muestran diferencias significativas entre ambos grupos.

(Abstract L-1505) Allen, M et al. Emergence of Community-Associated Methicillin Resistant *Staphylococcus Aureus* as Etiology of Osteomyelitis: Results from the BAJIO Study: Pg. 613.

Las infecciones osteoarticulares producidas por *Enterococcus faecalis* se consideran de mal pronóstico y la utilización de los aminoglucósidos no resulta convincente. Alentados por los buenos resultados de la asociación ampicilina y

ceftriaxona en el tratamiento de la endocarditis enterocócica (uno de sus pacientes tenía además de la endocarditis, osteomielitis vertebral y tuvo evolución favorable), G Euba y cols. (España) realizan un estudio piloto. De los 11 casos tratados con ampicilina-ceftriaxona, 3 fueron las infecciones de prótesis común (27%), 3 artrodesis de columna (27%) (2 con meningitis), 2 dispositivos de osteosíntesis (18%), 1 osteomielitis del pie (9%) y 2 osteomielitis vertebral con endocarditis (18%). Seis (55%) fueron polimicrobianas (enterobacterias, *Lactobacillus* spp). En 10/11 casos se precisó cirugía. De todo ello se deduce que la asociación ampicilina-ceftriaxona puede ser una combinación sinérgica razonable para el tratamiento de las infecciones osteoarticulares debidas a *E. faecalis* y motivar en la futuro la realización de estudios comparativos.

(Abstract K-546) Euba, G et al. Ampicillin plus Ceftriaxone Combination (AMP-CRO) for *E. faecalis* Osteoarticular Infections: A Pilot Study: Pg. 459.

La eficacia de la daptomicina en la osteomielitis es motivo de 2 comunicaciones americanas con escaso número de pacientes. Halilovic et al (29 casos) encuentran una eficacia del 65% de los tratados y Martin et al (22 casos) con una eficacia del 86%. Son necesarios estudios aleatorizados, comparativos para definir el valor de estas nuevas moléculas en la osteomielitis.

(Abstract L-1502) Halilovic, J et al. A Retrospective Study of Long Term Outcome of Daptomycin Therapy for Treatment of Osteomyelitis: Pg. 613.

(Abstract L-1503) Martin, Ar et al. Daptomycin Treatment of Osteomyelitis and Clinical Outcome: Pg. 613.

En cuanto a la osteomielitis en trasplante de órgano sólido (TOS), P. Balasubramanian y cols.(USA) presenta su experiencia retrospectiva en 169 episodios de osteomielitis en 116 TOS (riñón y páncreas-riñón, predominantemente por nefropatía diabética). Aunque su análisis va dirigido al pronóstico de estos pacientes con osteomielitis, cuando revisamos el espectro etiológico de microorganismos causales en estos pacientes con TOS, no parece ser diferente del encontrado en el paciente inmunocompetente, sin presencia de infección oportunista, lo que tiene valor a la hora del manejo de estos pacientes. Es posible que el tratarse de pacientes en gran parte diabéticos tenga repercusión en estos hallazgos.

(Abstract L-1504) Balasubramanian, P et al. Outcomes of Osteomyelitis in Solid Organ Transplant Recipients. Pg. 613.

ASPECTOS RELEVANTES

- Es necesario plantear la vacunación antineumocócica en algunos pacientes con cáncer sólido o hematológico con una demostrada elevada incidencia de infección neumocócica invasora.

- Los pacientes con NAC causada por *S. pneumoniae* deben ser tratados con monoterapia.
- En un metanálisis no se detecta superioridad clínica de linezolid frente a glucopéptidos en el tratamiento de la neumonía nosocomial.
- La asociación epidemiológica de neumonía bacteriana con episodios de cardiopatía isquémica parece consolidada y necesita de un mejor conocimiento fisiopatológico.
- El fracaso de vancomicina en el tratamiento de la bacteriemia por SARM es un fenómeno importante que exige una clara y concisa definición que permita la comparación de resultados.
- En el tratamiento de la bacteriemia por enterococo resistente a la vancomicina, se han presentado varios estudios comparativos entre linezolid y daptomicina que, con escaso número de pacientes, no muestran diferencias estadísticamente significativas en su eficacia.
- La combinación de ampicilina y ceftriaxona es eficaz y segura en el tratamiento de la endocarditis enterocócica con gran nivel de resistencia a aminoglucósidos y podría ser una alternativa razonable para los pacientes con escaso nivel de resistencia a los aminoglucósidos que tienen un mayor riesgo de nefrotoxicidad.
- En el manejo de la osteomielitis la exposición de antibióticos antes de la biopsia no reduce la recuperación de patógenos.
- La asociación ampicilina-ceftriaxona también puede ser una combinación sinérgica razonable para el tratamiento de las infecciones osteoarticulares debidas a *E. faecalis*.
- El espectro etiológico de microorganismos causales de osteomielitis en pacientes con TOS (riñón y páncreas-riñón, predominantemente por nefropatía diabética), no parece diferenciarse del encontrado en el paciente inmunocompetente, sin presencia de infección oportunista,