



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

## Infecciones de piel y partes blandas en pacientes hospitalizados: factores epidemiológicos, microbiológicos, clínicos y pronósticos

Manuel Raya-Cruz<sup>a,\*</sup>, Ignacio Ferullo<sup>a</sup>, María Arrizabalaga-Asenjo<sup>a</sup>, Antonio Nadal-Nadal<sup>b</sup>, María Paz Díaz-Antolín<sup>c</sup>, Margarita Garau-Colom<sup>c</sup> y Antonio Payeras-Cifre<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

<sup>c</sup> Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 6 de diciembre de 2012

Aceptado el 4 de marzo de 2013

On-line el 16 de mayo de 2013

#### Palabras clave:

Infecciones de piel y partes blandas

Pacientes hospitalizados

Prevalencia

*Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina

Tratamiento

Pronóstico

### R E S U M E N

**Introducción:** Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son un motivo de consulta bastante frecuente en los servicios hospitalarios, y los casos que se complican requieren hospitalización. Sin embargo, hay escasos estudios en nuestro ámbito en los que se describan estas infecciones.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los episodios con diagnóstico de foliculitis, celulitis, erisipela, abscesos, hidrosadenitis, forúnculo, impétigo, fascitis, mionecrosis y gangrena de Fournier extraídos de la base de datos de codificación diagnóstica del Servicio de Archivos y Documentación Clínica del Hospital Son Llàtzer desde enero de 2002 a noviembre de 2011.

**Resultados:** Se estudiaron 996 episodios en 841 pacientes hospitalizados con algún diagnóstico de IPPB. La entidad diagnosticada con mayor frecuencia fue la celulitis/erisipela (66,7%); el origen de la IPPB era comunitario (77%) y la mayoría de pacientes presentaban comorbilidades, sobre todo diabetes (33%) e insuficiencia cardíaca (17,7%). El microorganismo aislado más frecuentemente fue *S. aureus* (35,1%), presentaban resistencia a la metilicina (SARM) 19 casos (12,9%), siendo la mayoría de los casos resistentes a SARM (84,2%) de origen nosocomial o asociado a cuidados. El tratamiento empírico se realizó con más frecuencia en monoterapia con aminopenicilinas con inhibidores de betalactamasas (35,5%). Los nuevos fármacos para grampositivos (linezolid, daptomicina y tigeciclina) se utilizaron más frecuentemente en pacientes con comorbilidades que presentaron más complicaciones ( $p < 0,001$ ) y mayor riesgo de mortalidad ( $p = 0,001$ ). Durante el ingreso fallecieron el 10,9% de los pacientes, pero solamente en el 2,7% la mortalidad se relacionó con la IPPB.

**Conclusiones:** Las IPPB que se atienden con más frecuencia en pacientes hospitalizados son sobre todo celulitis/erisipela, la mayoría de ellas adquiridas en la comunidad. La infección por SARM se relaciona principalmente con la asistencia sanitaria. El uso de los nuevos antibióticos frente a grampositivos fue bastante limitado.

© 2012 Elsevier España, S.L. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

## Skin and soft-tissue infections in hospitalized patients: Epidemiology, microbiological, clinical and prognostic factors

### A B S T R A C T

**Introduction:** Skin and soft-tissue infections (SSTIs) are a frequent cause of consultation in emergency services, and complicated cases require hospitalization. However there are few data in our setting about the clinical characteristics of these infections.

**Material and methods:** A retrospective review of hospital admitted patients with a diagnosis of folliculitis, cellulitis, erysipelas, abscesses, hidradenitis, furuncle, impetigo, fasciitis and Fournier's gangrene. Cases were extracted from the data base of diagnostic codes of the Archive and Clinical Documentation Department of Son Llàtzer Hospital from January 2002 to November 2011.

**Results:** We studied 996 episodes in 841 hospitalized patients with any diagnosis of SSTIs. Cellulitis/erysipelas (66.7%) was the most frequently diagnosed condition, with 77% of all SSTIs being community acquired, and the majority of patients had comorbidities, mainly diabetes (33%) and heart failure

#### Keywords:

Skin and soft tissue infections

Hospitalized patients

Prevalence

Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*

Treatment

Prognosis

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [manuelraya@hotmail.com](mailto:manuelraya@hotmail.com) (M. Raya-Cruz).

(17.7%). The most frequent isolated microorganism was *S. aureus* (35.1%), in 19 (12.9%) cases with methicillin-resistance (MRSA), 84.2% of them were nosocomial or health care acquired. Monotherapy with aminopenicillin with clavulanic acid was the empiric treatment most frequently used (35.5%). New antibiotics for Gram-positive cocci (linezolid, daptomycin, and tigecycline) were used in patients with comorbidities that presented more complications ( $P < .001$ ) and more risk of mortality ( $P = .001$ ). During admission 10.9% of patients died, but only in 2.7% of them mortality was related to the SSTIs.

**Conclusions:** SSTIs attended most frequently in hospitalized patients are mainly cellulitis/erysipela, the majority community acquired. MRSA infections are mainly health care related. Use of new antibiotic for Gram-positive cocci was limited.

© 2012 Elsevier España, S.L. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

## Introducción

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) abarcan un amplio espectro de cuadros clínicos con pronóstico variable, afectando desde las capas superficiales de la piel hasta la fascia y el músculo, y constituyendo un frecuente motivo de consulta en el ámbito tanto ambulatorio como hospitalario<sup>1</sup>. Los casos de infecciones complicadas requieren hospitalización en la mayoría de ocasiones<sup>2-4</sup>.

Las IPPB complicadas se asocian a una importante morbilidad, escasa mortalidad y alto coste sanitario<sup>1</sup>. Afectan principalmente a pacientes con enfermedades de base predisponentes, especialmente aquellos que precisan cuidados ambulatorios continuos, hospitalizaciones a domicilio o ingresos hospitalarios frecuentes o prolongados<sup>2</sup>.

El aislamiento microbiológico más frecuente en las IPPB es *Staphylococcus aureus*, sobre todo en las infecciones superficiales<sup>3</sup>. Cabe destacar un incremento progresivo de la incidencia de infecciones por *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) en los últimos años, no solo en las IPPB relacionadas con la asistencia sanitaria sino también en las de origen comunitario<sup>5</sup>. En España la incidencia de SARM se sitúa en torno al 22,03%<sup>6</sup>.

El tratamiento de las IPPB requiere un abordaje multidisciplinar que incluya tratamiento antibiótico y, en los casos en los que sea necesario, cirugía, ya que reduce la mortalidad de manera considerable, desde un 38% a un 4,2%<sup>7</sup>. En los últimos años el aumento de la concentración mínima inhibitoria (CMI) de vancomicina ligado a la evidencia en algunos estudios de una mayor mortalidad en las infecciones causadas por cepas de SARM con CMI a vancomicina  $>1$  mg/l, así como la aparición de cepas con resistencia intermedia a la vancomicina (VISA) o el fenómeno de tolerancia han limitado el uso de glucopéptidos para el tratamiento de las infecciones por SARM<sup>8-12</sup>. Ello ha propiciado la aprobación de determinados antibióticos activos frente a grampositivos, como el linezolid, la tigeciclina y la daptomicina, para el tratamiento de las IPPB.

Son pocos los estudios publicados, y en menor medida en nuestro medio, con series extensas de casos que valoren de forma conjunta la epidemiología, la microbiología, las manifestaciones clínicas y el pronóstico de estas infecciones, tanto de las adquiridas en la comunidad como de las nosocomiales<sup>1-4,13,14</sup>.

El objetivo de este trabajo fue valorar en nuestro entorno las características epidemiológicas, microbiológicas, clínicas y el pronóstico de los pacientes con IPPB que precisaron ingreso hospitalario, determinar la frecuencia y las características de las infecciones por *S. aureus*, y finalmente analizar los criterios para la utilización de los nuevos fármacos frente a grampositivos (linezolid, tigeciclina y daptomicina), así como la evolución de los pacientes que recibieron dichos antibióticos.

## Material y métodos

### Ámbito

El estudio se realizó en el Hospital Son Llàtzer, hospital comunitario con 450 camas que da cobertura a un área de 250.000 habitantes de la isla de Mallorca.

### Diseño, criterios de inclusión y exclusión

Se realizó un estudio de serie de casos con información retrospectiva, de enero de 2002 a noviembre de 2011, de todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico primario o secundario de IPPB que precisaron hospitalización de al menos 24 h. Los episodios de IPPB se obtuvieron de la base de datos de codificación diagnóstica del Servicio de Archivos y Documentación Clínica del hospital.

Se consideró IPPB cuando en la historia clínica se reflejaba la presencia en la exploración física de signos o síntomas de inflamación local junto con alteraciones analíticas de inflamación sistémica (leucocitosis con neutrofilia, elevación de la velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, fibrinógeno o procalcitonina, etc.), pruebas de imagen (radiología simple, ecografía, tomografía computarizada o resonancia nuclear magnética), cultivos positivos del foco o hemocultivos en los casos en que se realizó alguna de estas exploraciones complementarias.

Se excluyeron del estudio las infecciones de herida quirúrgica, la afectación cutánea o de tejido celular subcutáneo secundaria a infección de prótesis articulares, las úlceras por decúbito superficiales sin signos de celulitis o afectación de tejidos profundos, y los quistes pilonidales.

### Variables recogidas

- Datos demográficos: edad, sexo y país de origen.
- Fecha y servicio de ingreso.
- Origen de la infección (comunitario, nosocomial o asociada a cuidados sanitarios). Se consideró una infección como nosocomial cuando se diagnosticó a partir de las 72 h de un ingreso por cualquier otro motivo, sin evidencia de IPPB en el momento de la admisión. Se definió como asociada a cuidados sanitarios siempre que se cumpliera alguna de las siguientes circunstancias: ingreso hospitalario en los 3 meses previos, cuidados de enfermería en domicilio, atención en centros de hemodiálisis u hospital de día, ingreso en residencia de ancianos o haber recibido antibioterapia en los últimos 30 días. Los episodios de IPPB que no cumplieran cualquiera de estos criterios se definieron como adquiridos en la comunidad<sup>15</sup>.
- Características clínicas: tipo de infección y localización de la misma. Se incluyeron las siguientes entidades: celulitis, foliculitis, impétigo, erisipela, forúnculo, hidrosadenitis, abscesos subcutáneos, fascitis, mionecrosis y gangrena de Fournier. Se recogieron además antecedentes de hábitos tóxicos y comorbilidades asociadas, según clasificación de Charlson<sup>16</sup>.
- Información microbiológica: se obtuvieron muestras del foco cutáneo mediante torunda, biopsia o aspirado por jeringa, que fueron inoculados en agar sangre, agar chocolate, agar MacConkey, agar sangre colistina-ácido nalidíxico, agar Schaedler +5% de sangre de cordero y en caldo tioglicolato, así como hemocultivos en los casos en que se consideró necesario. Cuando la infección fue causada por más de un patógeno se clasificó como flora mixta. Se recogieron los datos de sensibilidad de los aislamientos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3400645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3400645>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)