

(20%) que de MICA (4%) podría llegar a ser relevante en pacientes que precisen frecuentes cambios de membrana. De todos modos, se necesitan estudios específicos de farmacocinética de antifúngicos en pacientes que reciben TCDE.

Conflicto de intereses

J. Alberto Silva-Obregón declara haber recibido honorarios por ponencias de Astellas Pharma, y apoyo económico para formación continuada por parte de Pfizer.

Carmen Benito-Puncel declara haber recibido honorarios por ponencias de Astellas Pharma.

José Manuel Borralló-Pérez y José Ángel Sánchez-Izquierdo Riera declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Aguado JM, Ruiz-Camps I, Muñoz P, Mensa J, Almirante B, Vázquez L, et al. Guidelines for the treatment of invasive candidiasis and other yeasts, Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC). 2010 Update. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:345–61.
2. Valtonen M, Tiula E, Neuvonen PJ. Effect of continuous venovenous haemofiltration and haemodiafiltration on the elimination of fluconazole in patients with acute renal failure. *J Antimicrob Chemother*. 1997;40:695–700.
3. Bergner R, Hoffmann M, Riedel KD, Mikus G, Henrich DM, Haefeli WE, et al. Fluconazole dosing in continuous veno-venous haemofiltration: need for a high daily dose of 800 mg. *Nephrol Dial Transplant*. 2006;21:1019–23.
4. Yagasaki K, Gando S, Matsuda N, Kameue T, Ishitani T, Hirano T, et al. Pharmacokinetics and the most suitable dosing regimen of fluconazole in critically ill patients receiving continuous hemodiafiltration. *Intensive Care Med*. 2003;29:1844–8.
5. Kishino S, Ohno K, Shimamura T, Furukawatodo H. Optimal prophylactic dosage and disposition of micafungin in living donor liver recipients. *Clin Transplant*. 2004;18:676–80.
6. Hirata K, Aoyama T, Matsumoto Y, Ogawa F, Yamazaki H, Kikuti A, et al. Pharmacokinetics of micafungin in critically ill patients receiving continuous-hemodialysis-filtration. *Yakugaku Zasshi*. 2007;127:897–901.
7. Leitner JM, Meyer B, Fuhrmann V, Saria K, Zuba C, Jäger W, et al. Multiple-dose pharmacokinetics of anidulafungin during continuous veno-venous haemofiltration. *J Antimicrob Chemother*. 2011;66:880–4.

J. Alberto Silva-Obregón^{a,*}, Carmen Benito-Puncel^a,
José Manuel Borralló-Pérez^a
y José Ángel Sánchez-Izquierdo^b

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jasoeres@gmail.com (J.A. Silva-Obregón).

doi:10.1016/j.eimc.2011.05.021

La infección por SAMR en urgencias

MRSA infection in emergency departments

Sr. Editor:

García-García et al.¹ nos presentan un estudio sobre la elevada prevalencia de colonización por *Staphylococcus aureus* (SA) metilicilina resistente (SAMR) en los ancianos ingresados en centros de larga estancia en España. Se ha descrito que la colonización por SAMR afecta predominantemente a pacientes con comorbilidad o factores de riesgo específicos como la toma reciente de antibióticos, el uso de dispositivos invasivos o el haber tenido un ingreso hospitalario reciente. Es bien conocido que el hecho de ser portador aumenta el riesgo de infección y mortalidad por SAMR². Recientemente se ha documentado una alta colonización por SAMR en los pacientes ingresados de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)³, así como una mayor frecuencia de infecciones por SAMR en la comunidad⁴.

El SUH es la puerta de entrada al hospital y el escenario donde se realiza la primera valoración y aproximación diagnóstica del paciente, así como donde se toman importantes decisiones clínicas como el tratamiento inicial y el destino definitivo⁵. Los médicos del SUH somos conscientes de la importancia en términos pronósticos que tiene tanto la elección inicial del tratamiento antibiótico como su inicio precoz en el paciente infectado^{6,7}, y por ello, vivimos con preocupación el creciente número de patógenos multi-resistentes en nuestro entorno. Debemos considerar que en la mayoría de las ocasiones no disponemos de técnicas microbiológicas rápidas para instaurar un tratamiento dirigido desde el SUH, por lo que debemos prescribir el tratamiento de manera empírica⁸. Dichas rápidas decisiones a veces pueden estar condicionadas también por la ausencia de un entorno favorable debido a los periodos de saturación o a la dificultad de obtener información adecuada sobre los factores de riesgo de SAMR⁹.

Para conocer en nuestro SUH la prevalencia de SAMR en los pacientes con sospecha de infección por SA, realizamos un estu-

dio transversal que incluyó a todos los pacientes en los que se había tomado muestra por sospecha de infección por SA entre los años 2007 al 2010. El Hospital Clínico San Carlos es un hospital universitario urbano, con un área sanitaria donde existe un alto porcentaje de pacientes ancianos y un bajo número de residencias asignadas.

El porcentaje global de SAMR respecto al SA metilicilina sensible (SAMS) aislado en muestras obtenidas ha sido del 26, 29, 30 y 29%, para el 2007, 2008, 2009 y 2010 respectivamente. En la figura adjunta se muestra el porcentaje SAMR respecto al SAMS en función del grupo de edad (mayor o menor de 65 años). Destacar el mayor porcentaje de SAMR en la población anciana con infección por SA (fig. 1).

Teniendo en cuenta lo anteriormente escrito, creemos necesaria una reflexión a la hora de la prescripción de antibiótico empírico en los pacientes ancianos con sospecha de infección por SA en los SUH. Según los presentes datos y los expuestos¹ creemos de vital importancia que, además de indagar sobre factores de riesgo, debemos considerar el mero hecho de ser anciano como un factor que condicione la elección de un antibiótico adecuado y obligue a la toma de muestras microbiológicas para la revaloración del tratamiento prescrito. Esta reflexión no incita a la prescripción «desmesurada» de antibióticos a los que el SAMR sea sensible, lo cual podría provo-

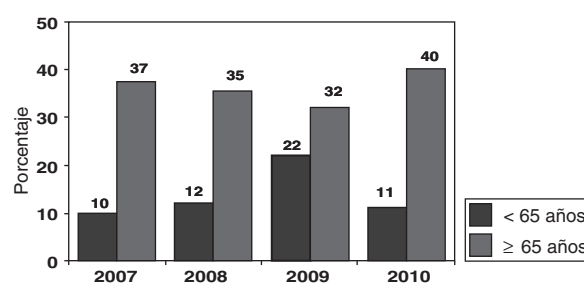


Figura 1. Porcentaje de SAMR aislados frente a SAMS en muestras obtenidas en el SUH.

car un aumento de resistencias, pero sí de valorar su utilización desde el momento inicial en pacientes ancianos con otros factores de riesgo de SAMR. Es necesario realizar futuros estudios de investigación que nos permitan identificar al paciente anciano con riesgo de SAMR con el fin de realizar un tratamiento dirigido correcto así como las medidas de aislamiento necesarias en los SUH¹⁰.

Bibliografía

1. García-García JA, Santos-Morano J, Castro C, Bayoll-Serradilla E, Martín-Ponce ML, Vergara-López S, et al. Prevalencia y factores asociados a la colonización por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en centros de larga estancia en el sur de España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:405–10.
2. Datta R, Huang SS. Risk of Infection and Death due to Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Long-Term Carriers. *Clin Infect Dis.* 2008;47:176–81.
3. Gopal Rao G, Michalczyk P, Nayeem N, Walker G, Wigmore L. Prevalence and risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in adult emergency admissions—a case for screening all patients? *J Hosp Infect.* 2007;66:15–21.
4. Chen LF, Chastain C, Anderson DJ. Community-Acquired Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Skin and Soft Tissue Infections: Management and Prevention. *Curr Infect Dis Rep.* 2011;13:442–50.
5. Geary U, Kennedy U. Toma de decisiones clínicas en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias.* 2010;22:56–60.
6. Kollef MH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ. Inadequate antimicrobial treatment of infections: a risk factor for hospital mortality among critically ill patients. *Chest.* 1999;115:462–74.
7. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med.* 2006;34:1589–96.
8. Ferré C, Llopis F, Jacob J, Juan A, Palom X, Bardés I, et al. Evaluación de la utilidad de la tinción del Gram del esputo para el manejo de la neumonía en urgencias. *Emergencias.* 2011;23:108–11.
9. Flores CR. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias.* 2011;23:59–64.
10. Rodés J. Alcanzar la excelencia clínica a través de la investigación. *Emergencias.* 2010;22:241–3.

Juan González del Castillo^a, Francisco Javier Martín-Sánchez^{a,*},
Francisco Javier Candel^b
y Juan Picazo^b

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F.J. Martín-Sánchez).

doi:10.1016/j.eimc.2011.07.021