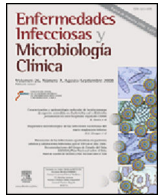




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Carta al Editor

Propuesta de mejora para la prescripción del tratamiento empírico en la infección de piel y partes blandas



Empirical treatment prescribing improvement proposal in skin and soft tissue infection

Sr. Director:

Hemos leído con atención el artículo de Macía-Rodríguez et al.¹ en el que se concluye que el principal factor independiente asociado con la mortalidad en pacientes con infección de piel y partes blandas (IPPB) es la inadecuación del tratamiento antibiótico empírico, que además concurre en más del 25% de los casos. En este sentido, nos gustaría realizar algunos comentarios, así como ofrecer datos de la red de investigación del grupo de infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (INFURG-SEMES).

En primer lugar, un estudio epidemiológico publicado por nuestro grupo² muestra que a pesar de que un 12,8% de los pacientes atendidos en un urgencias por una IPPB presentaba factores de riesgo para infección por grampositivos resistentes, tan solo se realizó una adecuada cobertura en el 1,1% de ellos, datos que van en consonancia con lo comunicado por Macía-Rodríguez et al.¹.

Con el fin de conocer los factores de riesgo independientes asociados a mortalidad a 30 días en los pacientes atendidos por IPPB en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), realizamos un análisis de regresión logística del subgrupo de pacientes atendidos por este modelo de infección e incluidos dentro del registro GYM^{3,4}. La edad media de este subgrupo de pacientes fue de 83,9 (DE: 8,9) años, siendo varones 61 (50,4%). Presentaron comorbilidad grave (índice de Charlson ≥ 3) 59 (48,8%) pacientes, criterios de sepsis 34 (28,1%) e hiperlactacidemia (lactato > 2 mmol/l) 17 (14,0%). La infección necrosante fue diagnosticada en 9 (7,4%) pacientes, y 15 (12,4%) fallecieron en los 30 días siguientes al evento índice. Los factores asociados de manera independiente a mortalidad en nuestra población fueron hiperlactacidemia (OR: 6,785 [IC 95%: 1,686–27,299; $p = 0,007$]), presentar criterios de sepsis (OR: 9,320 [IC 95%: 2,195–39,580; $p = 0,002$]) y tener antecedentes de insuficiencia cardíaca (OR: 4,148 [IC 95%: 0,969–17,747; $p = 0,055$]).

A raíz de los mencionados resultados, y con el objetivo de mejorar la prescripción empírica en nuestros SUH para este modelo de infección, INFURG-SEMES elaboró una guía de actuación que basa la selección del antibiótico en la gravedad del proceso (estabilidad hemodinámica), la comorbilidad del paciente (valorada mediante el índice de Charlson) y la determinación del riesgo de infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) o enterobacterias con betalactamasas de espectro extendido⁵.

Como aspectos destacables del algoritmo, reseñar que a la comorbilidad se le da una importancia destacada, ya que puede provocar un exceso de mortalidad y un mayor riesgo de peores

resultados⁶. Por este motivo, se debe valorar un diagnóstico y un tratamiento más agresivos en pacientes con comorbilidad grave. De hecho el trabajo de Macía-Rodríguez et al.¹ refleja que cierta comorbilidad se asocia con un riesgo incrementado de mortalidad. También destacar que se deben tener en cuenta los aspectos PK/PD de los antibióticos^{7,8}, de manera que si existe riesgo de infección por SARM, linezolid tiene la ventaja de su amplio volumen de distribución y disponibilidad por vía oral, mientras que en los casos graves la daptomicina ofrece la ventaja de su mayor potencia bactericida. En este sentido, llama la atención que el 26% de los pacientes del estudio de Macía-Rodríguez et al.¹ fueran tratados con cloxacilina. Aunque no se especifica la vía de administración utilizada ni la posología, debemos recordar que para alcanzar un tiempo sobre la CMI suficiente para alcanzar el éxito terapéutico es preciso la administración al menos de 1 g cada 4 h, lo que puede dificultar la adherencia terapéutica y, por tanto, promover el fracaso terapéutico en pacientes manejados de manera ambulatoria⁹. Por este motivo, nuestra guía solo plantea su utilización en formulación intravenosa.

Por último, y respecto al tratamiento de la IPPB necrosante, la recomendación es establecer de manera empírica tratamiento de amplio espectro con cobertura adecuada para grampositivos y gramnegativos resistentes, así como asociar un inhibidor de la síntesis proteica —clindamicina o linezolid— hasta que se pueda descartar infección por estreptococos del grupo A. No obstante, no debemos olvidar que en estos casos la intervención quirúrgica precoz será lo que fundamentalmente condicione el pronóstico del paciente¹⁰.

En conclusión, entendemos que existe un amplio margen de mejora en la prescripción empírica del antibiótico para la IPPB y proponemos una aproximación terapéutica basada en la gravedad, la comorbilidad del paciente y los factores de riesgo para infección por patógenos resistentes.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Macía-Rodríguez C, Alende-Castro V, Vázquez-Ledo L, Novo-Veleiro I, González-Quintela A. Skin and soft-tissue infections: Factors associated with mortality and re-admissions. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:76–81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2016.02.030>
- Martínez Ortiz de Zárate M, González del Castillo J, Julián Jiménez A, Piñera Salmerón P, Llopis Roca F, Guardiola Tey JM, et al. Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y evolución durante la última década. *Emergencias*. 2013;25:368–78.

3. González del Castillo J, Escobar-Curbelo L, Martínez-Ortiz de Zárate M, Llopis-Roca F, García-Lamberechts J, Moreno-Cuervo A, et al., Representing the Infectious Disease Group of Spanish Emergency Medicine Society. GYM score: 30-day mortality predictive model in elderly patients attended in the emergency department with infection. *Eur J Emerg Med.* 2015 [Epub ahead of print].
4. Julián-Jiménez A, González-del-Castillo J, Martínez-Ortiz-de-Zárate M, Arranz-Nieto MJ, González-Martínez F, Piñera-Salmerón P, et al. Short-term prognostic factors in the elderly patients seen in emergency departments due to infections. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.10.016> [Epub ahead of print].
5. Grupo de Infecciones de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía clínica sobre la infección de piel y partes blandas. 2014 [consultado 25 Feb 2017]. Disponible en: http://www.infurg-semes.org/es/guias-y-manuales/2013/12/guia_clinica_sobre_la_infeccion_de_piel_y_partes_blandas.htm
6. Almela Quilis A, Millán Soria J, Sorando Serra R, Cano Cano MJ, Llorens Soriano P, Beltrán Sánchez A. Proyecto PIPA: Consenso de recomendaciones y propuestas de mejora para el manejo del paciente anciano con sospecha de infección en los Servicios de Urgencias de la Comunidad Valenciana. *Emergencias.* 2015;27:87–94.
7. Monclús Cols E, Nicolás Ocejo D, Sánchez Sánchez M, Ortega Romero M. Detección mediante encuesta de las dificultades con las que se encuentra el personal sanitario en la prescripción y administración de antibióticos en la práctica clínica diaria de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2015;27:50–4.
8. Monclús Cols E, Capdevila Reniu A, Roedberg Ramos D, Pujol Fontrodona G, Ortega Romero M. Manejo de la sepsis grave y el shock séptico en un servicio de urgencias de un hospital urbano de tercer nivel. Oportunidades de mejora. *Emergencias.* 2016;28:229–34.
9. Nauta EH, Mattie H, Goslings WR. Pharmacokinetics of cloxacillin in patients on chronic intermittent haemodialysis and in healthy subjects. *Chemotherapy.* 1973;19:261–71.
10. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis.* 2014;59:147–59.

David Redondo-Dominguez^{a,b,*},
 Carolina Tabares-Salgado^{a,b}, Paula Fabero-Cruz^{a,b}
 e Iñigo Sagastagoitia-Fornie^{b,c}, en representación del grupo
 INFURG-SEMES

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

^b Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital San Carlos, Madrid, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: d.redondo312@gmail.com

(D. Redondo-Dominguez).