



PROA

Programa de Optimización
de Antimicrobianos

Nodo Lacustre

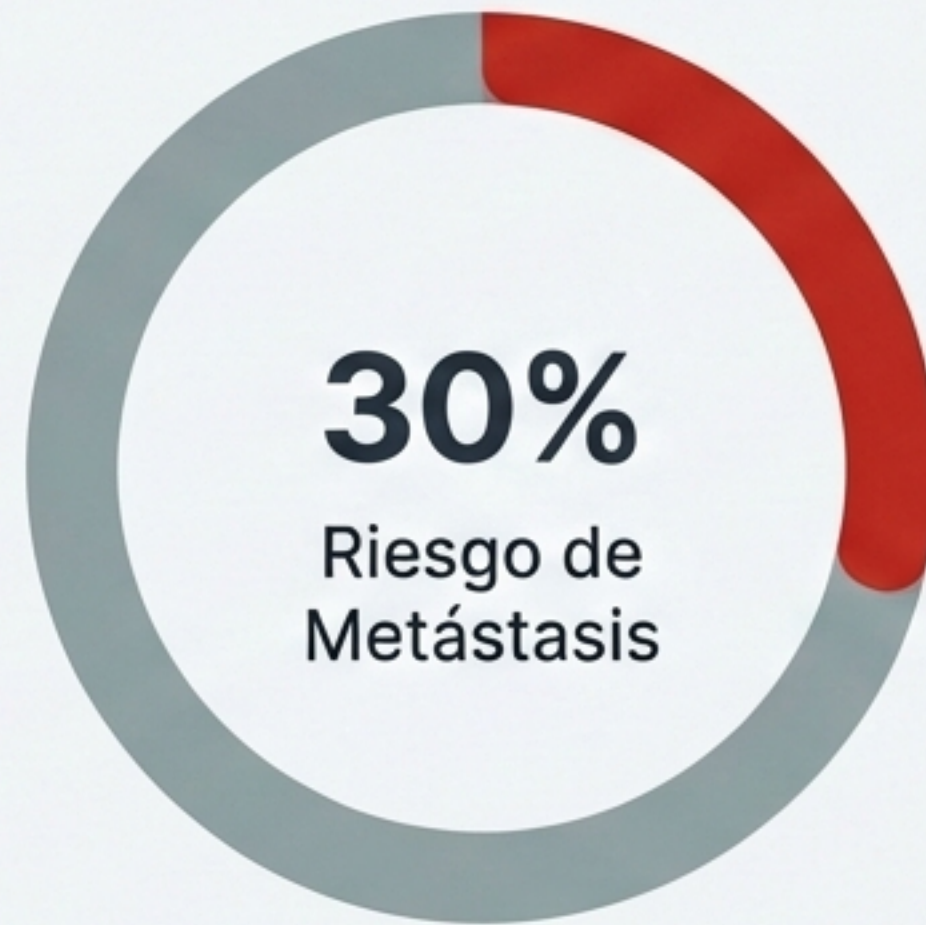
Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*: Actualización y Manejo Avanzado 2025

Estratificación de riesgo, nuevas definiciones de persistencia y arsenal terapéutico (MRSA/MSSA)

Basado en guías UpToDate, NEJM (ERADICATE) y Lancet Infectious Diseases.

Para orientación de
manejo a nivel local.

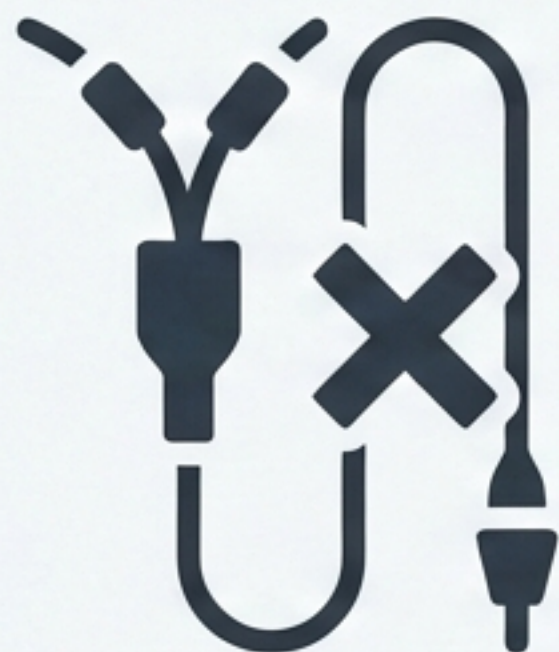
El Imperativo Clínico: Una Crisis Fisiológica



La bacteriemia por *S. aureus* no es solo un hemocultivo positivo; es una emergencia médica. El reloj corre: **la mortalidad** aumenta con cada hora de retraso en el manejo.

Mayor riesgo en SAMR y comorbilidades.

La Regla de Oro: "Desfocar" (Control de la Fuente)



Retiro Inmediato de
Catéteres (CVC)



Drenaje de Abscesos
(Partes blandas/Psoas)



Desbridamiento de
Focos Osteoarticulares

Desbridamiento quirúrgico solo
en casos susceptibles

DATO CRÍTICO: Retraso > 3 días = Aumento de Mortalidad (RR 1.16 por día).

Los antibióticos no pueden esterilizar un absceso no drenado.

Estratificación I: El Dilema de la Ecocardiografía

Score VIRSTA para descartar Endocarditis Infecciosa (EI)

Condición clínica	Peso
Émbolos cerebrales o periféricos	5
Meningitis	5
Dispositivo intracardiaco permanente	4
Endocarditis infecciosa previa	4
Uso de drogas intravenosas	4
Enfermedad valvular nativa preexistente	3
Bacteriemia persistente*	3
Osteomielitis vertebral	2
Adquisición asociada a atención sanitaria comunitaria o no hospitalaria	2
Sepsis grave o shock	1
Proteína C reactiva >190 mg/L	1

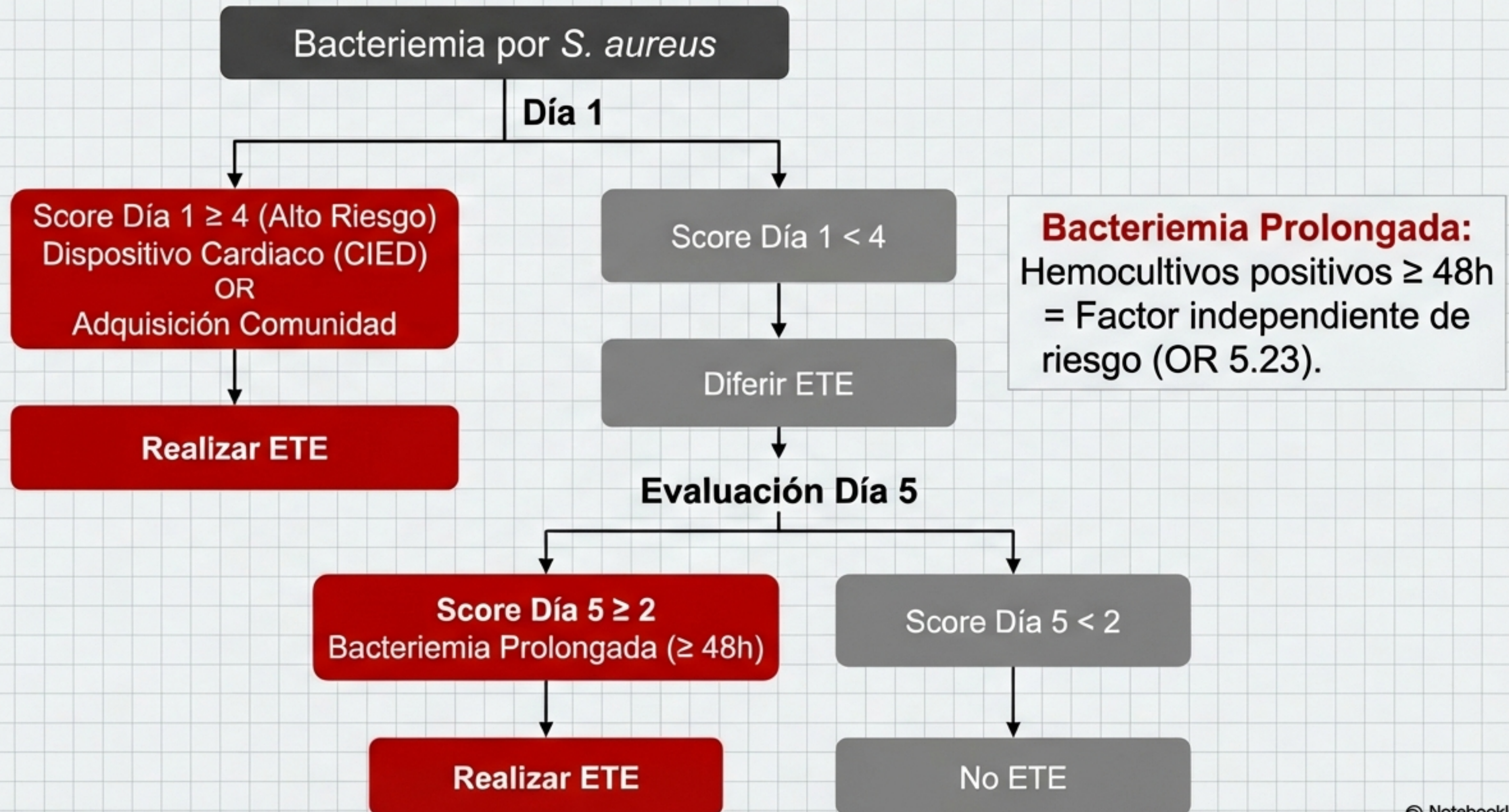
Score ≥ 3 → **ETE Recomendado (Alto Riesgo)**

Score ≤ 2 → **Considerar diferir ETE**

VPN 98.8%

VIRSTA permite racionalizar el uso de ETE en pacientes de bajo riesgo sin embolia, meningitis o uso de drogas IV.

Estratificación II: Score PREDICT y el Rol de los Dispositivos



Vía de Tratamiento A: SAMS (Sensible a Meticilina)

ESTÁNDAR DE ORO: BETA-LACTÁMICOS

Cloxacilina 2g IV cada 4h

Cefazolina 2g IV cada 8h

Un matiz a considerar : El Efecto inóculo:

En casos de alta carga bacteriana --> aumento de CIM de Cefazolina.

Por lo tanto en casos de infecciones profundas/Endocarditis preferir: **CLOXACILINA.**

Alergia a Penicilina - Solicitar evaluación por Inmunología local (previo anamnesis de alergia real) - Con anafilaxia: Desensibilización o Vancomicina.

Vía de Tratamiento B: SAMR (Resistente a Meticilina)

Primera Línea: Vancomicina

- Meta Trough (Valle): 15–20 mcg/mL

ALERTA

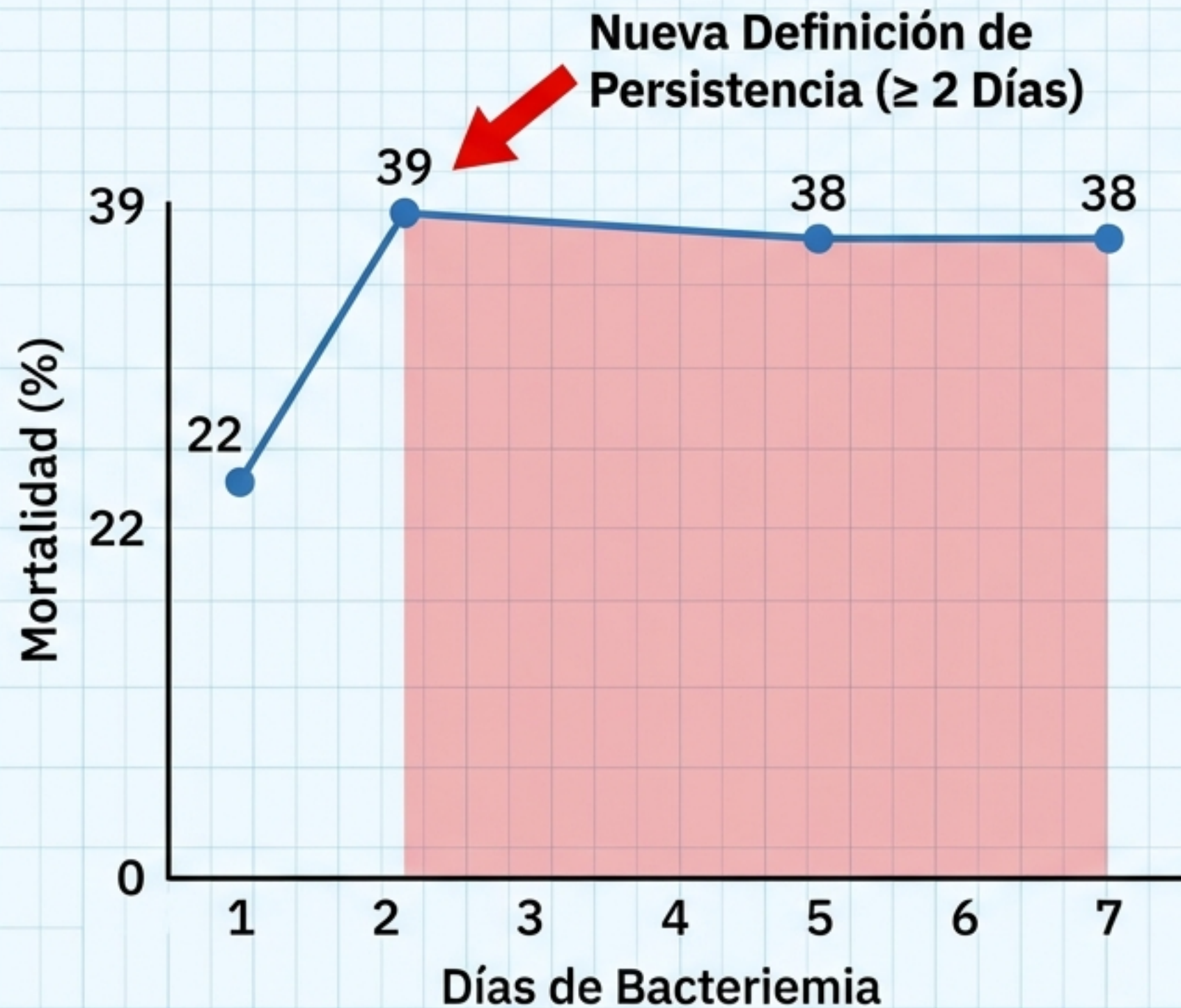
MIC (CIM) \geq 2 mcg/mL
→ Considerar Falla Terapéutica.
Consultar a PROA HV.

Alternativa / Bacteriemia Complicada: Daptomicina (Consultar con PROA HV.)

- Dosis Estándar: 6 mg/kg
- Dosis Expertos (Bacteriemia Complicada): 8–10 mg/kg
- Monitorización: CKT Semanal.

Inter Medium: Contraindicado en Neumonía.

Redefiniendo la "Persistencia": El Abismo de las 48 Horas



- **Evidencia 2025:** La **mortalidad se duplica** si la bacteriemia **persiste ≥ 48 horas** post-inicio de tratamiento.
IBM Plex Mono
- **Acción Obligatoria:** Hemocultivos de control cada 24-48h hasta negativización.

Maniobras de Rescate y Terapia Combinada

Paciente febril o bacteriémico > 3 días bajo tratamiento estándar.

SWITCH

Vancomicina → Daptomicina (Dosis Alta 8-10 mg/kg)

COMBO (Sinergia)

Daptomicina + Ceftarolina. (No disponible en Chile. Consultar con PROA local.)

Evidencia emergente de **aclaramiento rápido**.



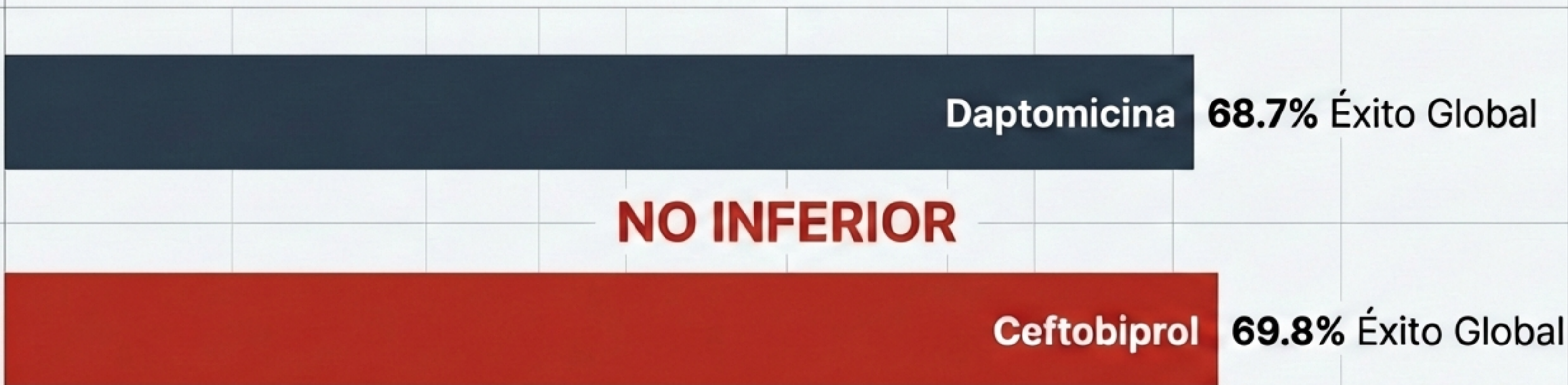
INVESTIGACIÓN

TAC T-A-P CC

Búsqueda de focos **metastásicos ocultos** (Columna, Bazo, Riñón).

Nueva Evidencia: Ceftobiprol

Resultados del Estudio ERADICATE (NEJM 2023)



- Cefalosporina de 5ª Generación con actividad **Anti-SAMR**.
- Aprobado FDA: Alternativa válida para bacteriemia complicada y endocarditis derecha.
- Perfil de seguridad de beta-lactámicos.

Escenario Crítico: Síndrome de Shock Tóxico

Tormenta de Citoquinas (Superantígenos TSST-1)

1.	Soporte Hemodinámico	Fluidos y vasopresores agresivos.
2.	Supresión de Toxinas	Añadir CLINDAMICINA (Inhibición de síntesis proteica)
3.	Neutralización	Inmunoglobulina Intravenosa (IgIV) en casos refractarios.

Sospechar ante Shock + Eritrodermia + Fallo Multiorgánico Rápido.

Duración de la Terapia



No Complicada (14 Días)

- Exclusión de Endocarditis (Eco Negativo)
- Sin Prótesis Valvulares/Articulares
- Hemocultivos Negativos a las 48h
- Defervescencia < 72h
- Sin Focos Metastásicos

Complicada (4 - 6 Semanas)

Si falla CUALQUIERA de los criterios de la izquierda.

Alerta Roja: Contar días desde el primer hemocultivo NEGATIVO.

Alerta Roja: Recordar que tratamiento debe completarse de manera ENDOVENOSA.

Switch a Vía Oral: Proceder con Cautela

Evidencia Actual:

Trial SABATO: Poco poder estadístico, intervalos de confianza amplios.

Inter Regular/Medium
data: IBM Plex Mono

Trial POET: Principalmente endocarditis, pocos *S. aureus*.

Veredicto 2025:

Terapia estándar: ENDOVENOSO COMPLETO.

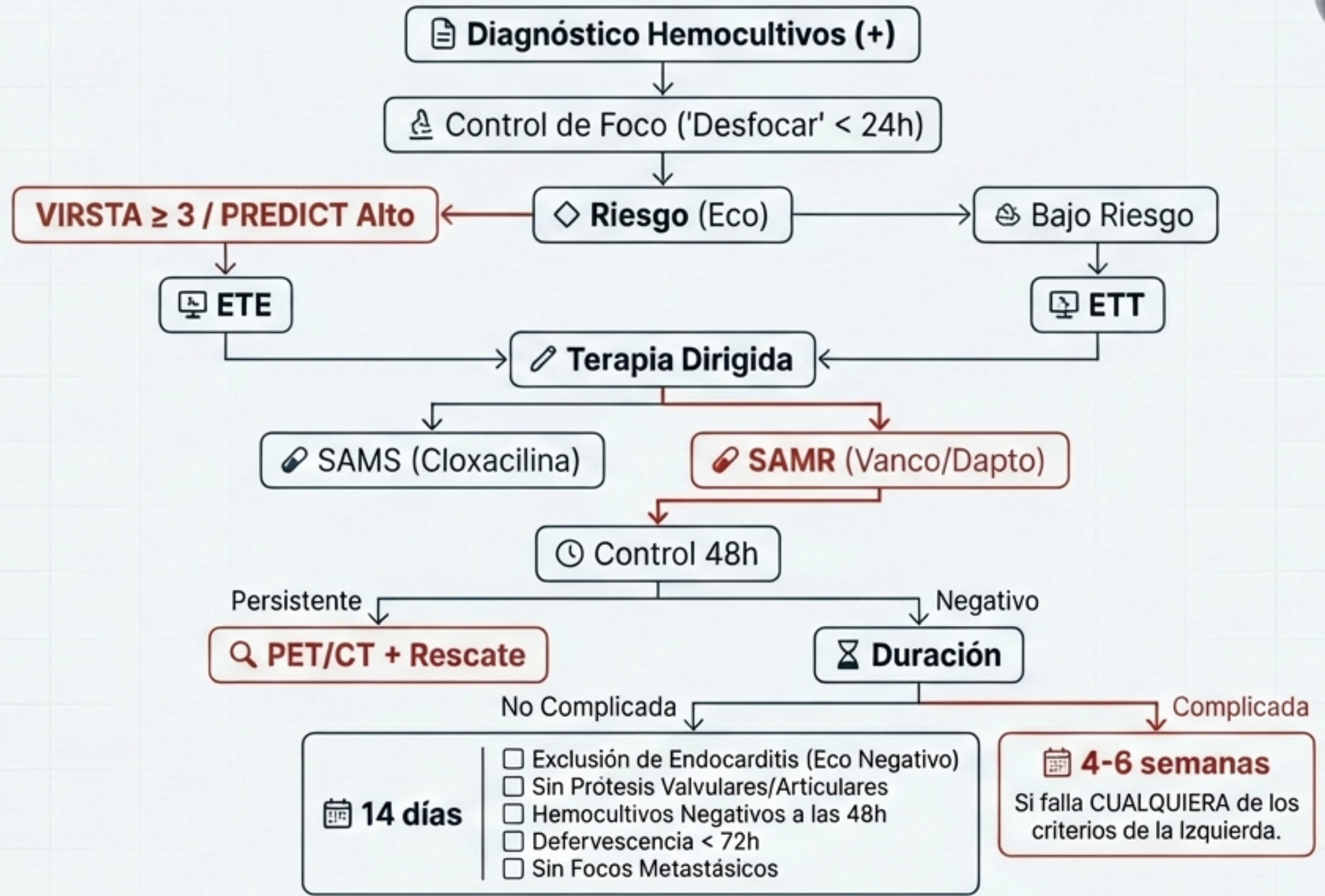
La terapia PARENTERAL (IV) sigue siendo el estándar.

Excepción: Solo casos muy seleccionados (baja carga, buena absorción) bajo estricta monitorización.

Alert Red: La transición a vía oral debe ser una decisión clínica cuidadosa, no una rutina.

Algoritmo Maestro de Manejo 2025

Precision Emergency



Alert Red: Contar días desde el primer hemocultivo NEGATIVO.

Conclusiones C

1. **El Reloj Corre**
La mortalidad aumenta tras 48h de persistencia.



3. **Potencia Terapéutica**
Beta-lactámicos en **SAMS**.
Dosis altas de **Daptomicina**
en rescate.



! **PARA RECORDAR:** Mensaje crítico para la práctica clínica.

Conclusión Final

“ *“El éxito en el manejo de *S. aureus* no depende solo del antibiótico elegido, sino de de la agresividad en el control del foco y la vigilancia de las complicaciones.”* **”**