

tencia lo que puede haber permitido una mayor durabilidad del primer tratamiento antirretroviral.

F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño, S. Casallo Blanco, P. del Valle Loarte, A. Herrero Domingo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

- Zhang L, Ramratnam B, Tenner-Racz K, He Y, Vesanen M, Lewin S, et al. Quantifying residual HIV-1 replication in patients receiving combination antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 1999; 340: 1605-13.
- Paredes R, Clotet B. Duración de las combinaciones de fármacos antirretrovirales. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 696-7.
- Martínez JM, Sánchez-Rubio J, Ontañón A, Ibáñez N, Montojo C. Estudio de la durabilidad de los regímenes antirretrovirales triples. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 693-95.
- Palella FJ Jr, Chmiel JS, Moorman AC, Holmberg SD; HIV Outpatient Study Investigators. Durability and predictors of success of highly active antiretroviral therapy for ambulatory HIV-infected patients. *AIDS* 2002; 16: 1617-26.
- Chen RY, Westfall AO, Mugavero MJ, Cloud GA, Raper JL, Chatham AG, et al. Duration of highly active antiretroviral therapy regimens. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 714-22.
- Arribas López JR, Sanz Baena S, Hernández Albuja S, Lorenzo Hernández A, Montes Ramírez ML, Palacios Muñoz R, et al: Grupo de Estudio VIH-VIR+. Estudio epidemiológico retrospectivo sobre la duración del tratamiento de la infección por VIH o SIDA en España. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 721-4.

- Paredes R, Mocroft A, Kirk O, Lazzarin A, Barton SE, Van Lunzen J, et al. Predictors of virological success and ensuing failure in HIV-positive patients starting highly active antiretroviral therapy in Europe: Results from the EuroSIDA study. *Arch Intern Med* 1999; 131: 81-7.
- Robbins GK, De Gruttola V, Shafer RW, Smeaton LM, Syder SW, Petinelli C, et al. Comparison of sequential three-drug regimens as initial therapy for HIV-infection. *N Engl J Med* 2003; 349: 2293-303.

Listeriosis en el adulto

Sr. Director:

Hace años publicamos en su revista una revisión sobre listeriosis en adultos en nuestro hospital mostrando las características clínicoepidemiológicas y terapéuticas de 10 casos entre Enero de 1991 y diciembre de 2002 (1). En el resumen final considerábamos que su incidencia aumentaría a lo largo de los años en relación con el envejecimiento de la población y por el incremento y mayor esperanza de vida de los pacientes inmunodeprimidos.

Con la misma metodología quisimos evaluar lo sucedido entre Enero de 2003 y diciembre de 2006. Se hallaron 10 casos en estos 4 años cuyas principales características se describen en la tabla I. Como se objetiva la mayoría de pacientes de esta serie presentan factores predisponentes, no encontrándose ningún caso en embarazadas o pacientes VIH. Las formas clínicas de presentación más frecuentes fueron la sepsis primaria y la meningitis, desta-

TABLA I

Caso	Edad/Sexo	Fecha	Factores Predisponentes	Presentación	Cultivo	Tratamiento	Evolución
1	61/mujer	febrero 2003	Síndrome nefrótico Diabetes tipo 2 Corticoides e inmunosupresores	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
2	69/mujer	mayo 2003	Diabetes tipo 2 PTI Corticoides e inmunosupresores	Fiebre Síndrome meníngeo	Sangre LCR Orina	Ampicilina Gentamicina	Exitus
3	83/mujer	marzo 2004	Linfoma no Hodgkin	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
4	43/mujer	agosto 2004	Enfermedad de Crohn Corticoides e inmunosupresores	Fiebre Síndrome meníngeo	LCR	Trimetoprin Sulfametoxazol	Favorable
5	71/varón	octubre 2004	Carcinoma epidermoide de laringe. Diabetes tipo 2	Endoftalmitis	Ojo	Ciprofloxacino Enucleación	Favorable
6	71/varón	octubre 2004	Linfoma no Hodgkin Corticoides	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
7	65/mujer	agosto 2005	Ninguno	Fiebre Síndrome meníngeo	LCR	Ampicilina	Favorable
8	73/varón	agosto 2005	Insuficiencia renal crónica	Fiebre	Sangre	Ceftriaxona	Exitus
9	82/mujer	febrero 2006	Adenocarcinoma metastásico	Fiebre	Sangre	Ampicilina	Exitus
10	72/varón	septiembre 2006	Cirrosis hepática Hepatocarcinoma Diabetes tipo 2	Fiebre	Sangre Líquido pleural	Ampicilina	Exitus

PTI: Púrpura trombocitopénica idiopática.

cando sin embargo una forma localizada como endoftalmitis. La mortalidad alcanzó el 70% pese al tratamiento antibiótico correcto siendo un factor determinante la enfermedad subyacente.

En conclusión seguimos considerando la listeriosis como una grave infección oportunista cuya incidencia está en aumento. Los clínicos debemos recalcar las medidas de profilaxis en poblaciones susceptibles dada su elevada mortalidad.

M. C. Cienfuegos Basanta, E. M. Fonseca Aizpuru, F. J. Nuño Mateo, I. M. Arias Miranda

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón

1. Arias Miranda IM, Nuno Mateo FJ, Noval Menéndez J, Fonseca Aizpuru EM, Menéndez Calderón MJ. Listeriosis en el adulto: Revisión de 10 casos. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 31-6.

Análisis de los microorganismos aislados en cultivos de sangre durante un año en un hospital del grupo 2

Sr. Director:

El aislamiento de bacterias en la sangre se asocia en la mayoría de las ocasiones a un cuadro clínico de gravedad, con una mortalidad que oscila entre el 15 y el 25% (1).

La heterogénea evolución de los pacientes con hemocultivos positivos se puede explicar por múltiples factores tales como la edad, foco de infección, origen nosocomial o no del episodio, tipo de microorganismo aislado, enfermedades concomitantes y tratamiento antibiótico empírico adecuado o no (2-5).

La relación entre la edad y el riesgo de muerte más elevado de la bacteriemia en los pacientes ancianos, se explica por la mayor incidencia de enfermedades crónicas, el propio envejecimiento del sistema inmune, el retraso diagnóstico y/o terapéutico asociado a una mayor frecuencia de presentaciones atípicas (6).

La incidencia de bacteriemia oscila entre el 4,5 y 36 por mil ingresos, dependiendo del ámbito de realización del estudio, de la población analizada y del lugar de adquisición de la bacteriemia (7,8).

La bacteriemia produce un aumento de la estancia media hospitalaria y requiere una mayor utilización de recursos, contribuyendo a incrementar los costes sanitarios de forma significativa, por lo que constituye un factor de la máxima importancia, que hay que tener en cuenta constantemente (9).

Se considera hemocultivo positivo al crecimiento de un microorganismo en al menos una muestra de sangre, excepto que se desarrollara un estafilococo coagulasa negativo y en éste caso se exige habitualmente el desarrollo en dos o más muestras, aunque también hay que tener en cuenta la totalidad de los datos clínicos y epidemiológicos.

Analizamos todos los microorganismos aislados en cultivos de sangre de pacientes hospitalizados, excepto de los ingresados en la unidad de vigilancia intensiva, durante el año 2005 en un hospital del grupo 2.

Se remitieron para cultivo de sangre un total de 5966 muestras y de ellas resultaron positivas 975, lo que representa el 16,34%.

Analizando los microorganismos aislados, predominaba Estafilococo coagulasa negativo con un total de 460 muestras positivas, lo que representa un 45,68% del total de hemocultivos positivos.

Con respecto a los estafilococo coagulasa negativos, no disponemos de la información completa para referir el porcentaje de contaminantes y de aislamientos patógenos verdaderos, aunque con los datos que tenemos, al menos un 75% de estos aislamientos eran contaminantes.

Entre los estafilococos coagulasa negativos aislados, predominaba el *Staphylococcus epidermidis*, con el 60% del total, seguido del *Staphylococcus hominis*.

Seguían en incidencia los aislamientos de *E. coli*, con 150 aislados (14,9% del total de aislados positivos), *Staphylococcus aureus* con 111 aislados, lo que representa el 11,02% del total de positivos, *Enterococcus faecalis* con 41 aislados, que representa el 4,07%, *Klebsiella pneumoniae* con 34 aislados, que significa el 3,4%, *Streptococcus viridans* con 27 aislados, que significa el 2,7%, *Proteus mirabilis* con 23 aislados, que representa el 2,3% del total de positivos, *Serratia marcescens*, con 19 aislados (1,9%), *Streptococcus pneumoniae* con 17 aislados, lo que significa el 1,7% y *Streptococcus pyogenes* con 12 aislados (1,2%), etc.

La identidad del microorganismo implicado tiene una gran importancia pronóstica, así se considera que tienen mayor mortalidad las bacteriemias producidas por *Pseudomonas spp*, *Klebsiella spp*, *Clostridium spp*, *S. aureus*, hongos y bacteriemias poli-microbianas (10,11).

En nuestros resultados, los aislamientos de los citados microorganismos representan únicamente menos del 15% del total de positivos.

El conocimiento de los microorganismos implicados en los hemocultivos, tiene la máxima importancia, dado que el conocer el tipo de bacterias aisladas significará una mejor adecuación de los tratamientos empíricos que tenemos que indicar en la mayoría de estos casos, con la mayor precocidad posible, para reducir la elevada mortalidad de las bacteriemias.

F. Marcos Sánchez, T. Gil Ruiz¹, F. Árbol Linde², A. Biurrun Larralde³, P. del Valle Loarte

Servicios de Medicina Interna y ¹Análisis Clínicos. ²Unidad de Vigilancia Intensiva y ³Medicina Preventiva. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

1. Corredoira Sánchez JC, Casariego Vales E, Alonso García P, Coira Nieto P, Varela Otero L, López Álvarez MJ, et al. Bacteriemia en ancianos. Aspectos clínicos y factores pronósticos. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 165-70.
2. Bates DW, Pruess KE, Lee TH. How bad are bacteremia and sepsis?. Outcomes in a cohort with suspected bacteremia. *Arch Intern Med* 1995; 155: 593-8.
3. Renaud B, Brun-Buisson C, and the Bacteremia Study Group. Outcomes of primary and catheter-related bacteremia. A cohort and case-control study in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1584-90.
4. Rojo MD, Pinedo A, Clavijo E, García-Rodríguez A, García MV. Factores que influyen en la evolución de la bacteriemia. Estudio prospectivo en un hospital universitario. *Enf Infec Microbiol Clin* 1999; 17: 439-44.
5. Pazos Añón R, Fernández Rodríguez R, Paz Vidal I, Tinajas A, Cantón I, Abel V, et al. Factores pronósticos de la bacteriemia: Estudio prospectivo. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 415-20.
6. García Ordóñez MA, Moya Benedicto R, López González JJ, Colmenero Castillo JD. Características epidemiológicas de la bacteriemia de origen comunitario y nosocomial en pacientes hospitalizados mayores de 65 años. *An Med Interna (Madrid)* 2006; 23: 62-5.
7. Simonsen L, Conn LA, Pinner RW, Teutsch S. Trends in infectious disease hospitalisations in the United States 1980-1994. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1923-8.