Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):446

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-112 - BACTERIEMIA POR *E. COLI* PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

A. Baroja, N. Val, M. Pérez-Rodríguez, A. Sousa, R. Lorenzo, B. Vilas, A. Nodar, A. Rivera

Servicio de Medicina Interna. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: Las bacteriemias por gram negativos productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son cada vez más frecuentes, incluso en pacientes con infecciones adquiridas en la comunidad. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los factores de riesgo asociados a bacteriemia por E. coli BLEE.

Métodos: Se recogieron los hemocultivos positivos para E. coli de manera prospectiva entre septiembre de 2014 y mayo de 2015 en nuestro hospital. Se analizaron las características epidemiológicas de los pacientes (sexo, edad, comorbilidad), tratamiento antibiótico previo, tratamiento inmunosupresor, foco de la infección, tipo de adquisición y mortalidad.

Resultados: Se obtuvieron un total de 117 bacteriemias por E. coli, 21 productoras de BLEE (18%). La edad fue similar en ambos grupos (75 ± 13,9 BLEE vs 71 ± 16,35 no-BLEE), y el porcentaje de varones (57% BLEE vs 43% no BLEE, p = 0,02). El 100% de los pacientes con bacteriemia por E. coli BLEE presentaban un índice de Charlson elevado (> 3), siendo este porcentaje ligeramente menor en los no-BLEE (79%, p = 0,037). Ambos grupos presentaban porcentajes similares de infección de origen comunitario (57% BLEE vs 65% no BLEE) y nosocomial (24% BLEE, 28% no BLEE), siendo la adquisición asociada a cuidados sanitarios más prevalente en el grupo de los BLEE (19% vs 6% no-BLEE). El foco urinario fue el más frecuente en ambos grupos (53% BLEE vs 55% no BLEE), seguido por el abdominal (21% BLEE vs 28% no-BLEE), en 15 pacientes se identificaron otros focos (celulitis, catéteres, herida quirúrgica, ginecológico, cutáneo), mientras que 6 pacientes del grupo de los no-BLEE se consideraron bacteriemias primarias. Un total de 40 pacientes habían recibido tratamiento antibiótico en los 2 meses previos, 11 con aminopenicilinas (9%), 13 con cefalosporinas (11%) y 19 con quinolonas (16%); este dato era significativamente mayor en el grupo de los BLEE (69% vs 28% en no-BLEE, p = 0,003). Un total de 9 pacientes con aislamiento de E. coli BLEE (43%) recibían tratamiento inmunosupresor, frente a 10 del grupo no BLEE (10%, p = 0,001). La mortalidad fue similar en ambos grupos (24% BLEE vs 16% no-BLEE, p = 0,36).

Discusión: La tasa de bacteriemias por E. coli BLEE es elevada en nuestro medio. El foco urinario fue el más prevalente en ambos grupos. Aunque el tipo de adquisición es similar en ambos grupos llama la atención el elevado porcentaje de infecciones adquiridas en la comunidad en el grupo de los BLEE. El tratamiento inmunosupresor se asocia con mayor frecuencia al aislamiento de E. coli BLEE (43% vs 10%, RR 6,45 IC95% 2,181-19,07) Se observa un mayor porcentaje en el grupo de los BLEE

(62%) frente a los no-BLEE (28%), en cuanto al tratamiento previo con antimicrobianos (RR 4,153 (IC95% 1,548-11,14)), destacando dentro de ellos las quinolonas (69% BLEE vs 37% no-BLEE, p = 0,001, RR 6,450, IC95% 2,181-19,07). En el análisis multivariante se encontró asociación significativa entre el tratamiento inmunosupresor y el aislamiento de E. coli BLEE (OR 15,5, IC95% 3,30-54,3).

Conclusiones: La tasa de infección por E. coli BLEE es elevada en nuestro medio, incluso en pacientes con infecciones adquiridas en la comunidad. En estos pacientes es más habitual el tratamiento inmunosupresor y antibiótico, especialmente quinolonas.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.