Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):351

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-071 - INFECCIÓN INVASIVA COMUNITARIA POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

J. González Vallés, B. de la Fuente García, N. Solís Marquínez, M. Aparicio López, M. Tejero Delgado, R. Acebal Berruguete, L. Sánchez Suárez

Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

*Objetivos:*Valorar los factores predictivos de infección invasiva comunitaria por *Escherichia coli* (*E. coli*) productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en nuestra área.

*Material y métodos:*Mediante estudio retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Cabueñes de Gijón. de los pacientes identificados con bacteriemia comunitaria por *E. coli* BLEE durante el año 2015. Recogida retrospectiva de datos de la historia clínica electrónica de los pacientes. Se analizaron datos clínicos, que incluyeron: el foco de infección, la gravedad y evolución del cuadro clínico y la antibioterapia empírica al ingreso. Como factores de riesgo se analizaron: comorbilidades del paciente (índice de Charlson), patología urológica/digestiva asociada, antibioterapia previa (cefalosporinas y/o quinolonas), procedencia del paciente (domicilio o centro socio- sanitario), procedimiento previo, edad y sexo. Se calculó, la probabilidad de identificar a los pacientes con riesgo de presentar una infección por enterobacterias productoras de BLEE siguiendo los factores identificados en el estudio publicado por Tumbarello, y los propuestos, en la Guía de consenso publicada por la SEIMC en el año 2015 para el tratamiento antimicrobiano de infecciones invasivas debidas a enterobacterias multirresistentes.

*Resultados:*Se identificaron 117 bacteriemias comunitarias por *E. coli,* 14 de las cuales fueron por *E. coli* BLEE (12%). De ellas, 8 se relacionaron con la asistencia sanitaria, siendo 6 de ellos pacientes institucionalizados en centros de tercera edad. La mediana de edad fue de 85 años, el 64% fueron mujeres. El principal foco de infección fue urinario, en 12 de los pacientes; 1 fue de origen abdominal y en otro paciente el foco fue desconocido. Como antecedentes de interés, 6 pacientes tenían patología urológica referenciada, y uno de ellos era portador de sonda vesical permanente; el 65% habían recibido antibioterapia previa, el 85% presentaban índice de Charlson de 4 o más, destacando la diabetes mellitus y cardiopatía isquémica como comorbilidades más prevalentes. El 41% presentó al ingreso criterios clínicos y analíticos de sepsis grave o shock séptico. La antibioterapia empírica más frecuentemente pautada fueron las cefalosporinas de tercera generación, y resultó inadecuada en el 93% de los casos; en todos ellos, tras la identificación microbiológica, se pautó tratamiento dirigido adecuado. La estancia media fue de 8,6 días (DE 4,76), y en el 38% de los casos la antibioterapia intravenosa se concluyó en domicilio (5/13), con una mortalidad intrahospitalaria del 7%, mortalidad cruda del 12%.

*Discusión:*Nuestra población presenta unas características clínico-epidemiológicas basales similares a las series publicadas. Destacar el bajo índice de sospecha clínica de las infecciones por *E. coli* resistentes, que conlleva un elevado porcentaje de tratamiento empíricos inadecuados, a pesar de lo cual la mortalidad no fue elevada. A pesar de que el tratamiento empírico con inhibidores de betalactamasas se consideró inadecuado, en 2 pacientes, tratados con ellos, se comprobó su sensibilidad in vitro a la amoxicilina-clavulánico, pudiendo influir en la baja mortalidad observada. Si aplicamos la puntuación de Tumbarello en nuestra población para identificar a los pacientes con riesgo de infección por *E. coli* BLEE deberíamos haber identificado a 10 de los 14 pacientes y según las recomendaciones del Consenso de la SEIMC, deberíamos haber identificado a los 14 pacientes.

*Conclusiones:*No identificar los factores de riesgo de infección por *E. coli* BLEE conlleva un elevado riesgo de terapia antibiótica empírica inadecuada, ensombreciendo el pronóstico. Los principales factores de riesgo fueron la procedencia del medio socio-sanitario, la patología urológica obstructiva y/o las infecciones urinarias de repetición, la edad avanzada y la toma previa de antibioterapia de amplio espectro. La colaboración con el Servicio de Hospitalización domiciliaria contribuyó a la disminución de la estancia hospitalaria.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.