



## I-139 - ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

C. Jimeno Griño<sup>1</sup>, V. Carmona Escribano<sup>1</sup>, J. Mengel Bello<sup>1</sup>, P. Omedas Bonafonte<sup>2</sup>, P. Mairal Calver<sup>3</sup>, A. Betrán Escartín<sup>3</sup>, J. Arribas García<sup>3</sup> y L. Torres Sopena<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, <sup>2</sup>Medicina Intensiva, <sup>3</sup>Microbiología y Parasitología. Hospital General San Jorge. Huesca (Huesca).

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de pacientes diagnosticados de bacteriemia por enterobacterias productoras de BLEE e identificar los factores de riesgo y factores asociados a mortalidad intrahospitalaria.

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de 57 pacientes con bacteriemia por enterobacterias BLEE en un Hospital de segundo nivel (entre junio de 2015 y febrero de 2018). Se utilizaron como instrumentos la historia clínica y el paquete estadístico SPSS 24.0.

**Resultados:** En nuestra cohorte el 52,17% fueron mujeres, de edad media 76,91 años  $\pm$  15,53 (rango 80-90 años: 52,17%) e índice de Charlson  $\geq$  3 en el 75,44%. Del total de hemocultivos documentados, el 80,70% se trataban de E. coli BLEE y el 19,33% de K. pneumoniae BLEE. Respecto al servicio de ingreso, el 77,19% ingresaron en especialidades médicas (29,82% Medicina Interna) y el 22,81% en quirúrgicas. La adquisición de la bacteriemia fue nosocomial o relacionada con cuidados sanitarios en el 75,44% y comunitaria en el 24,56%. Los focos de infección más frecuentes fueron urinario (63,16%), intraabdominal (12,28%) y respiratorio (8,77%). Reactantes de fase aguda: el 66,66% presentaron PCR  $>$  5 mg/dL, 59,65% procalcitonina  $>$  1 ng/mL y 43,85% lactato  $>$  3 mmol/L. Respecto a los factores predisponentes: 68,42% antibioterapia previa (43,5% amoxicilina-clavulánico), 52,63% ingresos previos, 7,01% colonización reciente por enterobacterias BLEE y 7,01% UCI previa. En el análisis univariante fueron factores de riesgo: edad  $>$  80 años ( $p = 0,01$ ), institucionalización en residencia ( $p = 0,034$ ), enfermedad renal crónica ( $p = 0,05$ ), índice Charlson  $\geq$  3 ( $p = 0,01$ ), estancia  $>$  7 días ( $p = 0,045$ ), antibioterapia previa ( $p = 0,02$ ) e ingreso previo ( $p = 0,04$ ). En el análisis multivariante estar institucionalizado ( $p = 0,03$ ), índice Charlson  $\geq$  3 ( $p = 0,02$ ) y el uso previo de antibióticos ( $p = 0,04$ ) fueron factores de riesgo independientes. Sensibilidad antibiótica de las cepas aisladas: 68,42% amicacina, 57,89% gentamicina, 7,02% ciprofloxacino, 31,58% cotrimoxazol y 98,24% imipenem. El 54,38% presentó un índice de Pitt  $\geq$  3, el 35,08% recibió un tratamiento empírico inicial inadecuado y la mortalidad intrahospitalaria relacionada fue del 22,80%. En el análisis multivariante fueron factores asociados a mortalidad: un índice de Charlson  $\geq$  3 (OR: 5,27; IC95% 1,27-12,87;  $p = 0,023$ ), un tratamiento empírico inicial inadecuado (OR: 0,33; IC95%: 0,01-0,79;  $p = 0,037$ ) y bacteriemia de foco urinario (OR: 0,12; IC95%: 0,05-0,87;  $p = 0,05$ ).

*Discusión:* Un dato destacable de nuestra cohorte es el porcentaje de tratamientos empíricos inadecuados (35,08%), asociado directamente con la mortalidad, destacando que se trata de un periodo en el que no se contaba con protocolos de tratamiento antibiótico empírico propios, los cuales se aprobaron a posteriori en el marco del proyecto Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA) de nuestro centro.

*Conclusiones:* El origen nosocomial o relacionado con cuidados sanitarios, el foco urinario y aislamiento de E. coli BLEE en una población anciana con mayor pluripatología de base constituyen las características epidemiológicas más significativas en nuestra población, siendo factores de riesgo independientes para bacteriemias por enterobacterias BLEE estar institucionalizado, presentar un índice Charlson  $\geq 3$  y el uso previo de antibióticos. La mortalidad asociada a la alta prevalencia de comorbilidades y a un tratamiento antibiótico empírico inadecuado refleja la necesidad de optimizar los tratamientos antibióticos así como un uso racional de los mismos.