



I-148 - BACTERIEMIA POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE

E. Gázquez Aguilera, C. Sánchez Cano, S. Vogt Sánchez, R. Fernández Garzón, A. Aceituno Caño, M. López de la Fuente y F. Díez García

Medicina Interna. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Resumen

Objetivos: El objeto del presente estudio es analizar las características de los pacientes con bacteriemia producida por *Klebsiella pneumoniae*, etiología, tratamiento recibido y resistencia de dicha bacteria a la antibioterapia en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre pacientes con el diagnóstico de bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*, durante un período de tres meses, desde enero a marzo de 2018, en el Complejo Hospitalario de Torrecárdenas de Almería. Se desarrolló mediante la revisión de historias clínicas y elaboración de un protocolo de recogida de datos con múltiples variables: edad, sexo, foco, origen, presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, anemia, insuficiencia renal, valvulopatía, endocarditis, hábito tabáquico, vía central, inmunodepresión, sondaje vesical, estancia en UCI, necesidad de ventilación mecánica no invasiva, shock séptico, tratamiento, duración del mismo, si la bacteria es resistente BLEE y desenlace del episodio.

Resultados: Se estudiaron los 12 casos, procedentes de servicios médicos, quirúrgicos y del área de urgencias, con una edad media de 60,9 años. Se objetivó una mayor prevalencia dentro del sexo masculino, 67%, frente al femenino con un 33%. El principal foco de la bacteriemia fue el urinario con un 33%, seguido por el abdominal 25%, infección de vía periférica con un 17%, respiratorio en un 8,3%, biliar 8,3% y desconocido 8,3%. Mayoritariamente, la bacteriemia fue de adquisición nosocomial con un 50%, después la adquirida en la comunidad con un 33% y por último un 17% relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS). Entre las comorbilidades, destacaron los factores de riesgo cardiovascular, sobre todo la hipertensión arterial en un 75%, también el descenso de las cifras de hemoglobina en un 100%, insuficiencia renal con un 91% y la alteración de la inmunidad, incluidas tanto la inmunodepresión humoral como la celular, en un 58%. Documentamos 5 casos de bacteriemia por *Klebsiella* productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). Portaron sondaje vesical y vía central en igual porcentaje, 50%. El 50% de los pacientes cumplió con los criterios de sepsis y el 25% requirió su ingreso en UCI. Como tratamiento empírico, se usaron de forma mayoritaria, las cefalosporinas, 3 casos en monoterapia y 2 asociadas a levofloxacino, seguido de piperacilina-tazobactam en 4 ocasiones y por último ampicilina asociada a gentamicina, imipenem y daptomicina con rifampicina. La duración media de la antibioterapia fue de 15 días y sólo se hizo simplificación del tratamiento en el 42%. En el 17% de los pacientes el desenlace fue el exitus.

Discusión: Objetivamos que en nuestro centro los principales focos de bacteriemia fueron el urinario

y el abdominal, y aunque la mayoría de veces su adquisición se produce en la comunidad, en nuestro análisis predominaron los casos adquiridos de forma nosocomial. El pronóstico se ve influenciado por el estado previo del paciente, sobre todo teniendo en cuenta factores como la presencia de anemia, inmunosupresión, insuficiencia renal e hipertensión arterial, y la antibioterapia empírica inicial. De forma mayoritaria se usaron las cefalosporinas y en pocos casos se hizo una secuenciación. Para evitar la selección de cepas resistentes, debemos optimizar el uso de antibióticos de amplio espectro, así como la duración del tratamiento.

Conclusiones: El principal foco de origen de la bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* es el urinario y sobre todo de adquisición nosocomial. El tratamiento antibiótico y estado clínico del paciente son los factores que más influyen en pronóstico del paciente, así como en la selección de cepas productoras de betalactamasa de espectro extendido.