



I-170 - DESCRIPCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS COMUNITARIOS DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN EL AÑO 2017

A. García Pérez¹, P. Escribano Viñas¹, R. Rojano Torres¹, T. Bruno Pérez¹, V. Campos Rodríguez¹, E. Ruiz Belmonte¹, M. Viqueira González² y N. Cobos Trigueros¹

¹Medicina Interna, ²Microbiología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: La adquisición de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (Paer-MR) es mayoritariamente nosocomial, seguida en frecuencia de los casos asociados a cuidados sanitarios. Sin embargo, estamos detectando casos comunitarios. El objetivo de este estudio es analizar los aislamientos de Paer-MR comunitaria en el Hospital Santa Lucía de Cartagena durante el año 2017.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes con aislamiento de Paer-MR de adquisición comunitaria en nuestro hospital durante el año 2017. Las variables analizadas fueron: 1) Epidemiológicas: sexo, edad, manipulaciones y tratamiento antibiótico previo; 2) Clínicas: enfermedades de base, infección/colonización y foco; y 3) Microbiológicas: estado de portador de bacilos gramnegativos, presencia de metalobetalactamasa (MBL) y patrón de resistencias; 4) Tratamiento instaurado y duración del mismo.

Resultados: Se detectaron cuatro casos (n = 4) de adquisición comunitaria, que representaron el 12% del total de aislamientos de Paer-MR del año 2017 (n = 31). El 75% (n = 3) fueron varones y la edad media fue de 85 años. Las enfermedades de base más prevalentes fueron la broncopatía crónica (n = 3, 75%) y la diabetes mellitus (n = 2, 50%). Otras fueron enfermedades neurológicas, cardiopatía isquémica y obesidad. Un paciente tenía antecedente de aislamiento por Paer sensible en cultivo de esputo anterior. En cuanto a las manipulaciones, los pacientes no tenían antecedente de sondaje urológico, traqueostomía, cirugías ni otro tipo de procedimiento invasivo. Tampoco hubo ningún caso de tratamiento con inmunosupresores ni neutropenia. El 75% de los pacientes tenían historia de alergia a betalactámicos. El 75% había recibido antibioterapia en el mes previo al aislamiento, siendo el 50% antipseudomónicos y en un caso (25%) un carbapenem. Respecto a la presentación clínica, hubo tres casos (75%) de colonización, dos de ellas respiratorias y un caso de bacteriuria asintomática. Hubo un caso (25%) de infección de piel y partes blandas con aislamiento en el exudado de herida. En este caso, que precisó ingreso, se realizó durante el mismo frotis rectal para detección de bacilos gramnegativos multirresistentes que fue negativo. La totalidad de las cepas aisladas eran productoras de MBL. La resistencia a las mismas a los diferentes antimicrobianos fue: 100% a carbapenems y quinolonas, y 75% a piperacilina/tazobactam, cefalosporinas y aminoglucósidos. Todas las cepas eran sensibles a colistina y aztreonam. Respecto al tratamiento instaurado, sólo se indicó tratamiento empírico en el caso de la infección de piel y partes blandas y fue incorrecto, mientras que el tratamiento definitivo se realizó con aztreonam durante 10 días.

Discusión: No son despreciables los casos comunitarios debido a la progresiva diseminación de *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. El factor de riesgo más importante para esta adquisición en nuestra muestra parece ser la broncopatía crónica y la exposición a terapia antibiótica, aunque la mayoría de aislamientos son colonizaciones. El mecanismo de resistencia más prevalente es la producción de MBL, lo que condiciona mayor sensibilidad a aztreonam.

Conclusiones: El aislamiento de Paer-MR no siempre implica la necesidad de instaurar un tratamiento antibiótico. En nuestra muestra la mayoría fueron colonizaciones, siendo la más frecuente la respiratoria, por lo que se debe evaluar correctamente al paciente para evitar tratamientos innecesarios. En caso de precisarlos, el tratamiento debería hacerse con una combinación de aztreonam y colistina.