



I-189 - PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE: COMPARACIÓN ENTRE LOS AISLAMIENTOS NOSOCOMIALES Y ASOCIADOS A CUIDADOS SANITARIOS EN EL AÑO 2017

A. García Pérez, P. Escribano Viñas, R. Rojano Torres, T. Bruno Pérez, V. Campos Rodríguez, E. Ruiz Belmonte, G. Sanclemente Juarros y N. Cobos Trigueros

Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Comparar las características de los aislamientos nosocomiales y asociados a cuidados sanitarios (CS) de Pseudomonas aeruginosa multirresistente (Paer-MR).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron los aislamientos de Paer-MR en el año 2017. Las variables analizadas fueron: procedencia, edad, sexo, factores predisponentes, antibiótico previo, infección o colonización, forma de presentación, lugar de aislamiento, presencia de metalobetalactamasa (MBL) y tratamiento.

Resultados: Se analizaron 27 pacientes: el 78% fueron de adquisición intrahospitalaria y el 22% estuvieron asociados a cuidados sanitarios. La edad media fue mayor en el grupo de CS (77 vs 67 años). La distribución por sexos fue similar en el grupo de CS mientras que en el caso de adquisición nosocomial fue más frecuente en el varón (70%). La mayoría de los pacientes habían tenido un ingreso en el último mes (67% en CS vs 52% en nosocomiales). Los pacientes del grupo nosocomial tenían más comorbilidades, siendo las más frecuentes las neoplasias, enfermedad pulmonar crónica y enfermedad neurológica (43%, 28% y 19% respectivamente) mientras que en los casos asociados a CS la patología más frecuente fue la enfermedad neurológica (67%). El grupo de adquisición nosocomial también tenía mayor tasa de antecedente de manipulación: cateterización urinaria (38%), cirugía (52%) u otro tipo de procedimiento invasivo (29%). Además, el 24% recibía tratamiento con esteroides. En el grupo de CS el principal factor predisponente fue el sondaje vesical (50%). En ambos grupos casi la totalidad de los pacientes había recibido antibioterapia el mes previo (95% en nosocomiales y 100% en CS), siendo la tasa de antipseudomónicos y carbapenems mayor en el grupo de nosocomiales (52% vs 33%; 19% vs 0% respectivamente). Los aislamientos se correlacionaron con infección en el 57% de los casos (n = 12) nosocomiales, mientras que la mayoría de aislamientos asociados a CS fueron colonizaciones (n = 4, 67%). Las infecciones nosocomiales más frecuentes fueron la urinaria (41%) seguida de la neumonía (25%). Además la presentación clínica en este grupo fue más grave: el 42% tuvo insuficiencia renal aguda, dos pacientes debutaron con shock, un paciente ingresó en UCI y otro falleció. Las colonizaciones nosocomiales más frecuentes fueron la bacteriuria asintomática (44%) y la respiratoria (33%). Todos los aislamientos asociados a CS fueron urinarios. En cuanto a las cepas, hubo mayor frecuencia de producción de MBL en el grupo de adquisición intrahospitalaria (86% vs

67%). El antibiótico empírico fue incorrecto en el 83% de las infecciones nosocomiales y en todos los casos asociados a CS. El definitivo se administró durante 16 días de media. La pauta elegida fue monoterapia en 8 pacientes (66%) del grupo nosocomial y un paciente (50%) de CS, mientras que se optó por pauta combinada en el 33% de las infecciones nosocomiales y en el 50% de los casos de CS, incluyendo todas colistina.

Discusión: A pesar de que la muestra es limitada para alcanzar la significación estadística, observamos que la adquisición de Paer-MR es predominantemente nosocomial y en pacientes con comorbilidades, ingresos previos, manipulaciones y exposición a antibióticos. Cada vez son más los casos asociados a Cuidados Sanitarios, aunque en estos la tasa de colonizaciones es mayor. Los focos más frecuentes son el urinario y el respiratorio. En nuestro medio la prevalencia de cepas productoras de MBL es mayor respecto al resto de España.

Conclusiones: La infección por Paer-MR se da con mayor frecuencia cuando la adquisición es intrahospitalaria y cursa con mayor gravedad respecto a los casos asociados a CS. Cuando se sospeche una infección por este microorganismo el tratamiento debería hacerse con una combinación de aztreonam y colistina.