



<https://www.revclinesp.es>

I-176. - BACTERIEMIA POR ENTEROBACTERIAS EN UNA UCI: FACTORES PREDICTIVOS DE PRESENCIA DE BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMAS DE ESPECTRO EXTENDIDO (BLEE) E INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD

M. García Rodríguez¹, F. Laghzaoui², J. Murcia Zaragoza¹, A. Lucas Dato¹, B. Martínez López¹, L. García Romero¹, M. García López¹, V. Martínez Sempere¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela. Alicante.

Resumen

Objetivos: Analizar los factores predictivos de bacteriemias (B) por enterobacterias (E) productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE+) frente a E no productoras de (BLEE-) y su repercusión en la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de enero de 2006 a diciembre de 2012. Incluimos todos los casos de B por E. coli con/sin BLEE y Klebsiella spp con/sin BLEE de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Vega Baja de Orihuela. La sensibilidad antibiótica se determinó mediante el métodos automáticos, confirmándose posteriormente la presencia de BLEE mediante el método fenotípico de difusión con discos en Mueller-Hinton agar. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, factores predisponentes. Se analizó el APACHE II al ingreso en UCI y en momento previo a la B. La mortalidad se evaluó durante la primera semana tras la B y hasta el alta o fallecimiento del paciente. Se consideró directamente relacionada con la infección cuando se produjo en los 7 días siguientes a la B. Se consideró que el tratamiento antibiótico empírico no era adecuado cuando el antibiograma mostraba resistencia a los antibióticos empíricos administrados. El análisis estadístico se realizó con los criterios habituales y con el programa estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se detectaron 46 casos de B por E de las cuales 15 (32,6%) eran productoras de BLEE. Entre los factores predictivos de BLEE encontramos: tener más de dos enfermedades crónicas (9 pacientes (60%) en el grupo de BLEE frente a 15 pacientes (48%) en el grupo de no BLEE; $p = 0,05$); haber recibido tratamiento antibiótico en los últimos 3 meses (13 pacientes (86,7%) en el grupo de BLEE frente a 14 pacientes (45,2%) en el grupo no BLEE; $p = 0,007$); mayor estancia hospitalaria (EH) y en UCI en el grupo BLEE frente al no BLEE ($25,9 \pm 11,2$ y $22,9 \pm 14,7$ frente a $19,3 \pm 10,1$ y $11,1 \pm 8,2$ respectivamente; $p = 0,05$ y $p = 0,03$). El tratamiento antibiótico empírico fue no adecuado en 13 pacientes (86,6%) del grupo BLEE frente a un paciente (3,2%) del grupo no BLEE. La mortalidad global fue de 8 (53,3%) pacientes en el grupo BLEE frente a 15 pacientes grupo no BLEE (48,4%) no apreciándose diferencias significativas. El estudio de mortalidad mostró mayor tendencia a la mortalidad en pacientes con mayor grado de comorbilidad, en aquellos con tratamiento antibiótico empírico no adecuado, siendo el APACHE la única variable que se asoció a mortalidad de forma independiente.

Discusión: Encontramos un bajo número de B por E en la UCI, pero en un número importante encontramos producción de BLEE. Observamos un creciente número de B productora de BLEE, algo que concuerda con lo que ocurre en el resto de hospitales españoles. No encontramos asociación entre la presencia de B productora de BLEE y la mortalidad, debido a que trabajamos con una muestra pequeña. El principal foco de adquisición de B fue el respiratorio, ya que la muestra son pacientes de UCI. Un tratamiento antibiótico empírico no adecuado influyó en la presencia de B por BLEE y en la mortalidad, algo que no siempre se describe en la literatura. Nuestro estudio tiene algunas limitaciones, al tratarse de un estudio retrospectivo y de una muestra pequeña.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de las B por E en la UCI son productoras de BLEE. Los principales factores que se asociaron a su presencia fueron pacientes con más de una enfermedad crónica, haber llevado tratamiento antibiótico previo y mayor días de EH y/o UCI. La mayoría de los pacientes con BLEE+ no recibieron tratamiento antibiótico empírico adecuado. Existe una elevada mortalidad asociada siendo la principal variable la presencia de un APACHE II alto.