



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## I-208 - BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS BLEE: RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA EN MEDICINA INTERNA

V. García, V. Temprado Moreno, M. Sánchez García, S. Rodríguez Rodríguez, C. Carbonell, H. Ternavasio de la Vega, M. Marcos Martín, S. Ragozzino

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es evaluar las características diferenciales de las bacteriemias por enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE), en el servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Desde enero 2015 hasta mayo 2016, se recogieron todos los episodios de bacteriemias detectados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de Salamanca. Se registraron variables demográficas, microbiológicas y clínicas. Se seleccionaron los episodios causados por enterobacterias BLEE y se realizó un análisis comparativo con el grupo de bacteriemias por enterobacterias multisensibles. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS 20: se utilizaron chi-cuadrado y test exacto de Fischer para variables categóricas y la t de Student para variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativa una p 0,05.

**Resultados:** Se detectaron 175 episodios de bacteriemia: 16 (9%) fueron causadas por enterobacterias BLEE (*Escherichia coli* 13, *Klebsiella pneumoniae* 3) y se comparan con 43 casos de bacteriemia producidos por *E. coli* o *Klebsiella* spp. multisensibles. Los principales resultados se detallan en la tabla. Los pacientes del grupo BLEE eran más añosos con predominio de varones (56%) y más frecuentemente estaban institucionalizados (50% vs 21%, p = 0,05). La bacteriemia fue de origen nosocomial en el 62,5% vs 42% en el grupo no-BLEE (p = 0,16). Una mayor proporción de los pacientes con bacteriemia BLEE presentaba sondaje urinario previo (31% vs 16%, p = 0,12). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la administración de antibióticos en los 3 meses previos (44% vs 42%, p = 0,90). El foco infeccioso fue urinario en el (94% vs 70% p = 0,08) en las bacteriemias no-BLEE. El tratamiento antibiótico empírico resultó correcto en una proporción menor respecto a las bacteriemias no-BLEE (50% vs 79%, p = 0,04). Los enfermos con bacteriemias BLEE se presentaron con mayor gravedad clínica. Sin embargo, en el seguimiento a los 30 días no se registró ningún fallecimiento en el grupo de enterobacterias BLEE frente al 10% de mortalidad objetivado en la cohorte no-BLEE (p = 0,18).

**Discusión:** La prevalencia de bacteriemias por enterobacterias BLEE en nuestro servicio es similar a la descrita en otras series nacionales, en las que se sitúa alrededor del 10%. Los enfermos con bacteriemia BLEE son en general más ancianos, más frecuentemente institucionalizados y con mayor frecuencia presentan sondaje urinario previo, sin embargo el tamaño muestral reducido impide alcanzar significación estadística. La antibioterapia previa, que aparece como un factor de riesgo importante en la mayoría de los estudios, no se asocia con el aislamiento de cepas BLEE en nuestra serie. Otro aspecto es la ausencia de

muertes en el grupo BLEE, pese a la tendencia a una mayor gravedad clínica y a una proporción más alta de tratamiento empírico inadecuado. Los datos de la literatura, respecto a este punto, son discordantes: no en todos los estudios se evidencia un peor pronóstico para las bacteriemias BLEE y algunos autores sugieren que el riesgo de mortalidad depende principalmente de la gravedad de las comorbilidades, más que de la resistencia antimicrobiana.

#### Características diferenciales de las bacteriemias por enterobacterias BLEE

|                                         | BLEE        |             |       |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------|
|                                         | No (n = 43) | Sí (n = 16) | p     |
| Edad (años), media (DE)                 | 79,7 (19,4) | 79,7 (19,4) | 0,240 |
| Varones, n (%)                          | 15 (34,9)   | 9 (40,7)    | 0,137 |
| Institucionalizados, n (%)              | 9 (20,9)    | 8 (50,0)    | 0,050 |
| Ingreso previo, n (%)                   | 11 (25,6)   | 3 (18,8)    | 0,738 |
| Antibiótico previo, n (%)               | 18 (41,9)   | 7 (43,8)    | 0,896 |
| Corticoides y/o inmunosupresores, n (%) | 4 (9,3)     | 4 (25,0)    | 0,194 |
| Índice de Charlson, media (DE)          | 2,5 (2,1)   | 2,4 (1,8)   | 0,900 |
| Origen nosocomial/nosohusial, n (%)     | 18 (41,9)   | 10 (62,5)   | 0,241 |
| Sondaje urinario previo, n (%)          | 5 (11,6)    | 5 (31,3)    | 0,116 |
| Foco urinario, n (%)                    | 30 (69,8)   | 15 (93,8)   | 0,840 |
| Shock asociado, n (%)                   | 8 (18,6)    | 5 (31,3)    | 0,311 |
| Ingreso posterior en UCI, n (%)         | 2 (4,7)     | 2 (13,3)    | 0,273 |
| Escala de Pitt, media (DE)              | 1,8 (1,1)   | 2,2 (2,0)   | 0,496 |
| Tratamiento empírico apropiado, n (%)   | 34 (82,9)   | 8 (53,3)    | 0,037 |

|                   |          |         |       |
|-------------------|----------|---------|-------|
| Mortalidad, n (%) | 6 (14,0) | 0 (0,0) | 0,176 |
|-------------------|----------|---------|-------|

*Conclusiones:* La prevalencia de bacteriemias por enterobacterias BLEE en nuestro medio es del 9%. Los factores que presentan tendencia a la asociación con aislamiento de cepas BLEE son: edad, procedencia de una residencia y sondaje urinario previo. No se demuestra un peor pronóstico para los enfermos BLEE, aunque es necesario ampliar la muestra para aclarar la repercusión clínica de las bacteriemias producidas por cepas resistentes.