



<https://www.revclinesp.es>

I-029 - SITUACIÓN DE E.COLI BLEE + EN LA ITU EN EL ANCIANO EN 4 HOSPITALES DE CASTILLA Y LEÓN

E. Álvarez Artero¹, A. Campo Núñez¹, M. García García², M. García Bravo³, O. Cores Calvo⁴, A. Carpio Pérez⁵, M. Belhassen García² y J. Pardo Lledias⁶

¹Medicina Interna; ³Microbiología. Hospital General Río Carrión. Palencia. ²Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca. ⁴Microbiología. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca. ⁵Medicina Interna. Hospital Los Montalvos. Carrascal de Barregas (Salamanca). ⁶Medicina Interna. Hospital San Telmo. Palencia.

Resumen

Objetivos: Conocer frecuencia, factores de riesgo, perfil de resistencias y mortalidad de ITU causada por E. coli BLEE+.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, multicéntrico, de ITU en MI. Criterios de inclusión: diagnóstico definitivo (aislamiento microbiológico de E. coli en urocultivo y/o hemocultivo y manifestaciones clínicas compatibles). Criterios de exclusión: presencia simultánea de otros focos infecciosos, bacteriuria asintomática.

Resultados: 196 (56%) del total de episodios fueron causadas por E. coli: 91% como único aislamiento. El 57,2% mujeres, edad 82 ± 13 . Procedencia: 91 (46,9%) comunitarias, 49 (25,3%) residencia, y 54 (27,8%) nosocomial. ITU complicadas 158 (80,6%). Las formas más comunes de presentación fueron SRIS 48%, sepsis grave o shock 18,4% y síndrome cístico 15,3%. En 62 (49,2%) de los 126 episodios con HC extraídos se detectó bacteriemia. Un 24% de los aislamientos de E. coli fueron BLEE+ encontrando que el origen del paciente en residencia [OR 2,5 (IC 1,3-5,06), p 0,006], el tratamiento AB en 6 meses previos [OR 7,6 (IC 3,2-17,9), p = 0], la presencia de ITU previa [OR 2,2 (IC 1,1-4,3), p 0,021] y la presencia de ingreso en los 3 meses previos [OR 3,4 (IC 1,6-7,4), p 0,01] fueron los factores más relacionados con la detección de cepas E. coli BLEE+. Aunque la mortalidad global de la ITU por E. coli fue baja, sólo 8,2%; la presentación sepsis/shock séptico [OR 3 (IC 1,1-8,8), p 0,039], el perfil de resistencias (BLEE+) [OR 4,8 (IC 1,5-14,8), p 0,03] y la elección de un AB empírico inadecuado (según antibiograma final) [OR 5,9 (IC 1,9-18), p = 0] fueron los factores asociados a una mayor mortalidad. En el análisis multivariable sólo los dos primeros se asociaron independientemente a la mortalidad. El perfil de otras resistencias dentro de las cepas E. coli BLEE+ fue: ciprofloxacino 100%, amoxicilina-clavulánico 81%, piperazilina-tazobactam 38,5%, gentamicina 24%, fosfomicina 6,5% y carbapenem 0%, encontrándose multirresistencia (resistencia > 3 familias) en un 22% de los aislamientos.

Discusión: La ITU es una de las infecciones hospitalarias más frecuentes. Conocer mortalidad, espectro bacteriano y perfil de resistencias es fundamental para el desarrollo de estrategias de manejo y su implantación local. Así nuestro trabajo abarca una población de pacientes ingresados en 4 servicios de MI de 4 hospitales de Castilla y Leon, centrándonos en este caso en el microorganismo más frecuente, E. coli. Sabemos que las resistencias son un problema creciente, en ese sentido hemos querido analizar el estado

actual en nuestra población de las BLEE: factores de riesgo y perfil de resistencia. Nuestro trabajo avala un importante número de aislamientos en nuestro medio, mayor al esperando. Nos parece importante destacar las bajas resistencias para carbapenémicos, apoyando la idea de ser utilizados en situaciones realmente indicadas.

Conclusiones: *E. coli* constituye más de la mitad de las ITU en el anciano y son frecuentemente bacteriémicas. La existencia de BLEE es en esta población mucho más alta que la esperable en nuestro medio. Los factores predictores de cepas BLEE son la institucionalización, el tratamiento antibiótico previo y el ingreso en los 3 meses previos; y es uno de los factores predictores independientes de mortalidad. Encontramos un perfil de multirresistencia en número elevado de aislamientos, objetivando que antibióticos como fosfomicina y carbapenémicos conservan datos bajos de resistencia.