



<https://www.revclinesp.es>

EA-016 - KLEBSIELLA BLEE EN PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA EN AISLAMIENTO DE CONTACTO

M. Ulla Anes, R. Pacheco, B. Escolano, F. P-Rojas, B. G-Olid, M. Bellver, I. Ramírez y F. Solís

Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Resumen

Objetivos: La infección/colonización (I/C) por gérmenes multirresistentes (GMR), en relación con el uso generalizado de ATB en el contexto de ingresos hospitalarios frecuentes, es un problema relevante que en el paciente anciano con enfermedad crónica compleja (PECC) adquiere una mayor relevancia incrementando la morbilidad y el coste sanitario.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio preliminar sobre 30 PECC, ingresados consecutivamente con aislamiento de contacto (AC), siendo Klebsiella BLEE (KB) el germen más prevalente sobre otros (E. coli BLEE (EB), SAMR, Pseudomonas multirresistente (PM), Stenotrophomonas, etc.). Se realiza un estudio epidemiológico, clínico, microbiológico y de sensibilidad/resistencia a ATB en los pacientes con I/C por KB.

Resultados: PECC con I/C por KB: 16c; 7V:9M; edad X (83,9) R (66-90), HTA 11c (68,75%), DM 6c (37,5%), DL 8c (50%), ICC 5c (31,25%), EPOC/neumopatía 5c (31,24%), ACVA 4c (25%), FA 6c (37,5%), neoplasias 4c (25%), ERC 1c (6,25%). Estado de portador de KB previo al ingreso: 12c (62,5%). perineal: 7c (4c Oxa), rectal 5c (aislamiento simultaneo al perineal, 4c Oxa 48). Esputo 1c (Oxa 48), aislamiento simultaneo perineal y/o rectal con otros gérmenes: 4c (3KB+EB; 1KB+PM). Aislamientos de KB durante el ingreso: 11c (56,25%), de ellos 9c en urocultivo (1 Oxa 48) y 2c en espuma (1 Oxa 48). Estudios de portador durante el ingreso: Perineal 9c (56,25%), de ellos 1c (11,1%) Oxa 48. Rectal 10c (62,5%). Antibiotograma: imipenem sensible (S) 75% de los casos testados, meropenem S 50%, ertapenem S 43,75%, gentamicina S 43,75%, tobramicina S 43,75%, amikacina S 81,25%, colistina S 100%, fosfomicina S 30%.

Discusión: KB es un GMR prevalente en PECC en relación con ingresos frecuentes y tratamiento con múltiples ciclos antibióticos. La aparición de carbapenemasas confiere resistencia a todos los betalactámicos. Estas enzimas pertenecen en su mayoría a tres clases, según la clasificación de Ambler: Clase A: KPCs; Clase B principalmente tipos VIM, IMP y NDM, y Clase D: principalmente OXA 48. En nuestra serie, KB oxa 48 supone el 41,6% de los aislamientos en pacientes con estado de portador previo al ingreso. De los 11 casos con aislamiento de KB de novo, 9 se obtuvieron en urocultivo (1 Oxa 48) y 2 en espuma (1 Oxa 48). El tratamiento de estos pacientes con infección por gérmenes productores de carbapenemasas resulta complicado y debe ser individualizado en función de la gravedad y de la CMI de carbapenems. Se recomienda combinación de al menos 2 fármacos: un carbapenem (si CMI > 8 mg/L) y al menos otro antibiótico activo in vitro (colistina, aminoglucósidos, fosfomicina o tigeciclina), aunque en series de ITU por KB productora de carbapenemasas se ha descrito éxito con un régimen más simple basado en monoterapia con un aminoglucósido o un carbapénemico (si S in vitro). En nuestra serie, el antibiotograma muestra una S del 100% a colistina (habitualmente reservada como ATB de última línea) y elevada a

imipenem y amikacina, que se expresan como las mejores opciones de tratamiento en estos casos. Respecto a la fosfomicina, en nuestra serie, presenta elevada resistencia (70%) posiblemente por su uso frecuente en el PECC con ITUs de repetición. No obstante, lo expuesto debe interpretarse en el contexto de nuestra serie (16c).

Conclusiones: 1. KB es un patógeno de elevada prevalencia en PECC, siendo el aislamiento de cepas productoras de carbapenemas un problema emergente que dificulta el tratamiento e incrementa el gasto farmacéutico. 2. En nuestra serie, las ITU son la causa más prevalente de aislamiento de novo de KB. 3. Imipenem y amikacina son las mejores opciones de tratamiento, si bien este debe individualizarse en base al antibiograma y al perfil de resistencias de cada centro hospitalario. 4. Colistina, dado su perfil de sensibilidad (100%), debe reservarse para los casos en que carbapenems y aminoglicósidos, así como el resto de ATB testados, presenten elevada resistencia.