



I-185 - CASOS DE AGUDIZACIONES DE EPOC EN LOS QUE SE AÍSLA UN GERMEN MULTIRRESISTENTE Y FACTORES DE RIESGO QUE FAVOREZCAN EL AISLAMIENTO DE ESTE TIPO DE MICROORGANISMOS

C. Roig Martí¹, I. Pérez Catalán¹, A. Cardenal Álvarez¹, P. Rubert Monzó¹ y P. Albiol Viñals²

¹Medicina Interna. Hospital General de Castelló. Castellón. ²Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizar en pacientes ingresados en el servicio de Neumología por agudización de EPOC (AEPOC) durante los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018, la frecuencia de cultivos de esputo en los que se aísla una bacteria multirresistente (BMR), entendiéndose bajo este concepto bacterias resistentes a dos o más familias de antibióticos. Describir las características de esta población y factores de riesgo que pudiesen estar asociados a la presencia de BMR. Se estudiará también la relación entre aislamiento de BMR o no y estancia media hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes ingresados en Neumología por AEPOC durante los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018, a través de la historia clínica electrónica. Se realiza estudio descriptivo de variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas. Se utilizará el test χ^2 y U Mann-Whitney para analizar si existen diferencias significativas entre estas variables. Se elabora una base de datos con las siguientes variables: sexo, edad, estancia media e institucionalización, diabetes mellitus, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis, tratamiento inmunosupresor crónico, ingreso hospitalario > 5 días en los últimos 3 meses y antibioterapia durante más de 7 días en el mes previo.

Resultados: 114 pacientes ingresados con AEPOC. 98 varones (86%). Edad media 71,4 años. Estancia media 7,89 días. Se solicita cultivo de esputo en el ingreso a 68 pacientes (59,6%). 27 cultivos fueron negativos (39,7%), en 21 (30,9%) la muestra resultó insuficiente sin poderse aislar germen y 20 (29,4%) resultaron positivos (6 neumococos (8,8%), 4 MARSAs (5,9%), 3 Pseudomonas aeruginosa (4,4%) una multirresistente, 3 Aspergillus spp (4,4%), 1 Klebsiella pneumoniae BLEE (1,5%), 1 Enterobacter cloacae multirresistente (1,5%), 1 Haemophilus influenzae (1,5%) y 1 Candida glabrata (1,5%). De éstos, 7 se consideraron multirresistentes (35%). Los pacientes con BMR, 3 eran diabéticos (43%), 3 (42,9%) habían recibido antibioterapia durante más de 7 días el mes previo y 2 habían ingresado durante los últimos 3 meses previos al ingreso más de 5 días. A 2 de ellos se solicita hemocultivos siendo negativos (en los 5 restantes no se solicitan). Ningún paciente con BMR estaba institucionalizado, era cirrótico, estaba en programa de hemodiálisis ni fallece durante el ingreso. No se observan diferencias significativas en ninguna de las anteriores variables en relación al aislamiento o no de BMR ($p > 0,05$). La PCR y procalcitonina de los pacientes con BMR es de 146 mg/L y 0,34 ng/mL respectivamente y en los que no se aísla BMR 134 mg/L y 0,29 ng/mL ($p > 0,05$).

La estancia media de los pacientes en los que en el cultivo, recogido de forma correcta, no se aísla BMR es de 7,10 días mientras que en los que sí se aísla BMR es de 16,86 días ($p = 0,007$).

Discusión: En la muestra estudiada se aíslan 7 BMR que no se relacionan de forma significativa con las variables clínicas estudiadas que podrían considerarse como factor de riesgo para el aislamiento de este tipo de gérmenes; tampoco se objetiva asociación entre el valor de PCR y procalcitonina entre los pacientes con BMR o no en esputo. Quizá esto se deba al pequeño tamaño muestral. Por el contrario sí que existe asociación en cuanto al número de días de ingreso entre pacientes en los que se aísla BMR y en los que no, probablemente porque el tiempo de antibioterapia sea más prolongado y la evolución más tórpida.

Conclusiones: Cada vez son más frecuentes las infecciones por BMR lo que conlleva ingresos más prolongados. En nuestra muestra la procalcitonina no sería un factor asociado al aislamiento de BMR que pueda guiar la utilización de antibioterapia empírica de amplio espectro y mejorar así el pronóstico de los pacientes.