



## O-008 - ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN CIRUGÍA GENERAL. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD

Mora-Guzmán, Ismael<sup>1</sup>; Maqueda González, Rocío<sup>1</sup>; Sáez Coronado, Sara<sup>1</sup>; Rubio-Pérez, Inés<sup>2</sup>; Domingo García, Diego<sup>1</sup>; Correa Bonito, Alba<sup>1</sup>; de la Hoz Rodríguez, Ángela<sup>1</sup>; Martín-Pérez, Elena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Las infecciones por bacterias productoras de carbapenemasas conllevan un aumento de morbi-mortalidad y opciones terapéuticas limitadas. El objetivo de este estudio es analizar la epidemiología de estas infecciones, conocer perfiles de resistencia y la terapia antimicrobiana más apropiada, e identificar factores predictores de mortalidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, de una serie de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Se incluyeron todos los pacientes con aislamiento positivo de bacterias productoras de carbapenemasas, realizando un seguimiento hasta el alta hospitalaria o fallecimiento. Se incluyeron comorbilidades, procedimientos y complicaciones en el ingreso, fuente de infección, microorganismos implicados, perfiles de resistencia y terapia antimicrobiana. Se utilizó el test de Fisher para evaluar variables cualitativas, evaluando la fuerza de asociación ( $\phi$ ); y el test de t de Student o la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se realizó un análisis univariante y regresión logística multivariante para identificar predictores de mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes, 6 colonizados (13%) y 40 con infección clínica (87%). La edad media fue  $70,6 \pm 13,9$  años, siendo 24 varones (52,2%) y 22 mujeres (47,8%), y la mediana del índice de Charlson 3 (1-5). La evolución temporal de los aislamientos fue: 4 pacientes (8,7%) en 2013, 9 (19,5%) en 2014, 13 (28,3%) en 2015, y 20 (43,5%) en 2016. La fuente intraabdominal fue la más frecuente con 25 pacientes (54,3%). Las especies identificadas y los aislamientos fueron: *Klebsiella pneumoniae* (43), *Escherichia coli* (3), *Enterobacter cloacae* (2). La carbapenemasa fue OXA-48 en 46 bacterias, y VIM en 2. Existió coinfección con bacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido en 6 casos (13%). La mediana de estancia hospitalaria fue 41,5 días (25,7-73,5). La respuesta clínica fue: curación con tratamiento inicial en 1 paciente (2,2%), con tratamiento extra en 28 (60,9%), con tratamiento quirúrgico adicional en 3 (6,5%), y fallecimiento en 6 (13%). Los perfiles de resistencia según antibiograma fueron (48 aislamientos): amikacina 0%, tigeciclina 4,2%, colistina 14,6%, meropenem 20,8%, imipenem 39,6%, ertapenem 77,1%, gentamicina 81,3%, ciprofloxacino 89,6%. En 29 pacientes infectados (72,5%) se administró antibioterapia adecuada, de los cuales 33 (82,5%) recibieron terapia combinada, incluyendo un carbapenémico en 18 (45%). En el análisis univariante según mortalidad se identificó como factor de riesgo la transfusión ( $p = 0,02$ ;  $\phi = 0,4$ ), siendo factor protector la combinación de dos antibióticos ( $p = 0,04$ ;  $\phi = -0,4$ ); como variables muy cercanas a la significación estadística: cardiopatía previa

( $p = 0,08$ ;  $\phi = 0,3$ ), neoplasia sólida ( $p = 0,06$ ;  $\phi = 0,3$ ), inmunodepresión ( $p = 0,05$ ;  $\phi = 0,4$ ) y shock séptico ( $p = 0,07$ ;  $\phi = 0,4$ ). En el modelo de regresión logística multivariante con ajuste según edad, sexo e índice de Charlson, la combinación de dos antibióticos fue factor protector independiente (OR: 0,09; IC95%: 0,01-0,93;  $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Las infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas constituyen un problema real y creciente en nuestro medio. La enterobacteria más común es *Klebsiella pneumoniae* OXA-48, aislada en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades y factores de riesgo. La principal herramienta es el tratamiento antimicrobiano dirigido mediante una terapia combinada.