

# 0220-Bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC. Estudio comparativo y evolución en 7 años

V Roca<sup>1</sup>, M Lespada<sup>1</sup>, E Córdova<sup>1</sup>, N Gomez, M Badia, C Rodriguez<sup>1</sup>

(1) Unidad de Infectología. Hospital Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina.

(2) Laboratorio de microbiología. Hospital Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina



## INTRODUCCION

Las infecciones por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC (Kp-KPC) representan un importante problema de salud. Luego del caso índice que originó un brote en el año 2009 en nuestro hospital, se convirtió en un patógeno endémico. La bacteriemia por Kp-KPC se asocia a elevada mortalidad, debido a esto es necesario conocer las características en nuestra población.

## OBJETIVOS

Describir las características clínicas, microbiológicas, esquemas terapéuticos y evolución de las bacteriemias por Kp-KPC en nuestro hospital desde la aparición del primer caso (mayo-2010) hasta la actualidad comparando dos periodos.

## MATERIALES Y METODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo en dos periodos: Periodo 1 (P1) 2010-2014 y periodo 2 (P2) 2015-2016. Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con bacteriemia por Kp-KPC en un Hospital General de Agudos. Se definió como droga activa (DA) aquella que presentaba sensibilidad en el antibiograma y en el caso de meropenem con CIM  $\leq 2$   $\mu\text{g/ml}$  en monoterapia o CIM  $\leq 8$   $\mu\text{g/ml}$  en tratamiento combinado (Vitek2-Biomerieux®).

## RESULTADOS

Se analizaron 50 episodios de bacteriemia por Kp-KPC en 45 pacientes (Gráfico 1). (P1: 21 y P2: 29). Las siguientes variables fueron semejantes en ambos periodos: edad mediana: 55 y 52 años. Sexo masculino: 45 y 62%. Sitio de infección: bacteriemia primaria 53 y 47%, bacteriemia asociada a catéter 29 y 14%, otros 18 y 39%. La mediana de APACHE-II fue de 19 y 21, con puntaje Charlson de 3 en ambos periodos. La mediana de estancia previa a la bacteriemia fue de 26 y 22 días. El 94 y 100% recibieron antibiótico (ATB) previamente durante la internación. Con respecto al lugar de adquisición la Unidad de Terapia Intensiva fue más frecuente en el P2 (52 y 83%)  $p=0.02$ .

Patrón de resistencia (R): ciprofloxacina 100 y 89%, amikacina 48 y 34%, fosfomicina 0 y 8%. El P2 registró aumento significativo de R a colistín (28 y 69%)  $p<0.01$ , aumento de CIM a meropenem  $\geq 16$   $\mu\text{g/ml}$  (74 y 97%)  $p=0.02$  y disminución de R a tigeciclina (29 y 4%)  $p=0.02$  (Gráfico 2). El tratamiento empírico inicial (TEI) no contenía ninguna DA más frecuentemente en el P2 (54 vs 70%)  $p=0.04$ . Los ATB utilizados fueron: colistín (67 y 74%), meropenem (27 y 63%) y tigeciclina (33 y 11%). El tratamiento dirigido (TD) se realizó con 1 DA en 23 y 36% y con 2 DA en 77 y 60%. Los ATB utilizados fueron tigeciclina (54 y 56%), colistín (46 y 36%), fosfomicina (38 y 40%). Se registró mayor uso de meropenem en el P2 (54 y 92%)  $p=0.01$ . La mortalidad global fue del 40 y 32%. En ningún periodo se observó diferencia en la mortalidad cuando el TD fue con 1 DA vs 2 DA, así como tampoco entre los diferentes ATB utilizados. Solo la inclusión de meropenem en el esquema ATB mostró una tendencia a menor mortalidad en ambos periodos (14 y 26%) vs cuando no incluyó meropenem (67 y 50%)  $p=0.08$ .

Gráfico 1

N° bacteriemias por Kp-KPC por año

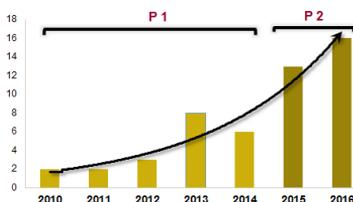
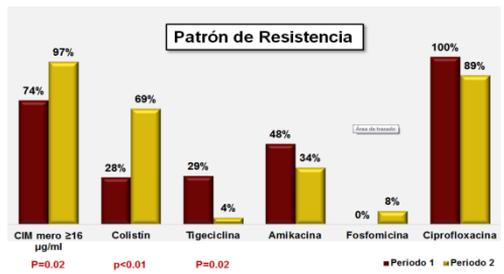


Gráfico 2



**CONCLUSIONES:** Se observó un aumento significativo de las bacteriemias por Kp-KPC y del nivel de R a colistín. Este último fue el TEI más utilizado hecho que nos obliga a elegir otro ATB cuando se sospecha infección grave por KPC. El TD se realizó con 2 DA en la mayoría de los casos a pesar de