

Posters
Nuevos patógenos

Poster NP-1

Candida no albicans en paciente pediátrica inmunodeprimida

M.P. Barba González-Albo, M. Menéndez-Rivas Villamil, C. Omeñaca Teres,
M.A. Menéndez-Rivas Villamil y A. Magaña Sánchez

Departamento de Microbiología. Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid

Introducción

Presentamos el caso de una niña de catorce años con LLA-T intermedia CALL+, sometida a trasplante y con tratamiento inmunosupresor que ha desarrollado numerosas infecciones bacterianas y fúngicas, por *C. krusei* y *C. glabrata*. Fue tratada con voriconazol, caspofungina, anfotericina B liposomal y fluorocitosina persistiendo *C. krusei* en los diferentes hemocultivos, exudados y medula ósea.

Tras iniciarse el tratamiento con fluorocitosina más anfotericina B se observa la desaparición de *C. krusei* y la aparición de *C. glabrata*, produciéndose el óbito unos días después.

Material y método

Hemocultivos BD BACTEC PEDS PLUS/F, BACTEC mycosis-IC/F, BACTEC PLUS + ANAEROBIC/F positivos se les realiza un Gram donde se observa la presencia de la levadura. Se procede al cultivo en placas de Sabouraud-dextrosa (gentamicina 100 µg/ml) y Colorex. A las 48 horas se procede a la realización de Gram y test de filamentación asegurando así la presencia de levaduras *Candida no albicans*.

Posteriormente se realiza la identificación por el sistema VITEK (Biomérieux) y confirmación por el Servicio de Micología del Centro Nacional de Microbiología.

Resultados y conclusiones

Se presenta un caso de una paciente pediátrica con linfoma e inmunodeprimida en la que se observa un cambio de espectro fúngico de cepas *Candida no albicans* más resistentes y más difíciles de erradicar.

Se puede constatar así que las infecciones fúngicas son causa de alta morbilidad y mortalidad, y cada vez más por la súbita emergencia de especies nuevas de levaduras; las causas son inciertas pero se puede destacar entre ellas el uso de antibióticos de amplio espectro, el uso de agentes antineoplásicos, la administración de vancomicina, el cateterismo intravenoso, y fundamentalmente el crecimiento del número de pacientes con neutropenia e inmunosupresión.

Destacamos el aislamiento de *C. krusei* y *C. glabrata* como cepas poco frecuentes.

Poster NP-2

Estudio de los factores de riesgo para la infección y/o colonización por una cepa de *Acinetobacter baumannii* con un mecanismo multifactorial de resistencia a carbapenemes en un brote nosocomial

M. Tomás¹, A. Beceiro¹, M. Cartelle¹, E. Gil¹, F. Molina¹, R. Moure¹, P. Llinares², R. Villanueva¹ y G. Bou¹

¹Servicio de Microbiología, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, La Coruña

Introducción y objetivos: desde octubre 2001 a agosto del 2002 treinta pacientes ingresados en dos UCI distintas de nuestro hospital fueron infectados y/o colonizados por una cepa epidémica de *Acinetobacter baumannii* multirresistente (AbMR). Estudios preliminares han demostrado que la resistencia a los carbapenemes de la cepa epidémica está asociada a pérdida de porinas junto a una bomba de expulsión de antibióticos. Nuestros objetivos fueron: mediante un estudio de casos y controles determinar los factores de riesgo asociados a la infección y/o colonización por esta cepa epidémica multirresistente.

Materiales y métodos: las cepas fueron identificadas fenotípicamente por MicroScan y otras pruebas bioquímicas. Las CMI fueron confirmadas mediante *E-test*. La epidemiología molecular del brote se efectuó mediante REP-PCR. Como casos 30 pacientes infectados y/o colonizados por la cepa epidémica del brote fueron incluidos en el estudio. Como controles (n=31) se seleccionaron de modo aleatorio pacientes que habían presentado cultivo microbiológico positivo para cualquier otro microorganismo tras ingreso en las mismas UCI durante el mismo periodo de tiempo. Variables del estudio: edad, sexo, motivo de ingreso, enfermedades crónicas y estado inmunológico, días en UCI previo al aislamiento, presencia y duración de aparatos invasivos así como de administración antibiótica previo al aislamiento del microorganismo. La comparación de variables numéricas entre casos y controles se ha realizado con el test t de Student o el test de Mann-Whitney, según procediese. La normalidad de las variables se contrastó con el test de Kolmogorov-Smirnov. Para estudiar la asociación de variables cualitativas con los casos y controles se utilizó el test chi-cuadrado o el test exacto de Fisher, con el cálculo del odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) al 95%. Para ajustar por el efecto de diferentes variables se realizó un análisis de regresión logística.

Resultados: comparación de los casos y controles según las diferentes variables mostró como estadísticamente significativo ($p < 0.05$): 1) variables cualitativas: presencia de cateter intravascular, intubación o traqueotomía, administración de antibióticos en general o separadamente amikacina, vancomicina e imipenem; administración de carbapenemes (imipenem y/o meropenem) previo al aislamiento de la cepa AbMR; 2) variables cuantitativas: tiempo de estancia en UCI, de presencia de cateter vesical, de presencia de cateter intravascular, de nutrición parenteral, de intubación o traqueotomía, de administración de carbapenemes o amikacina, vancomicina e imipenem previo al aislamiento. En el modelo de regresión logística para predecir la infección y/o colonización por AbMR ajustando por diferentes variables se mostró como estadísticamente significativo ($p < 0.05$): presencia de cateter intravascular, OR 1,131 (IC95% 1,028-1,245); y la administración de carbapenemes, OR 11,128 (IC95% 2,332-53,093).

Conclusiones: se han estudiado los factores de riesgo para la infección y/o colonización por una cepa de AbMR con un mecanismo multifactorial de resistencia a carbapenemes en un modelo de brote epidémico nosocomial. La administración de carbapenemes se muestra como la variable más influyente dentro de los factores de riesgo con un OR de 11,128.