

PREVALENCIA DE BACTERIAS EN PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FQ.

Andrea Appendino,¹ Laura Biglieri,¹ Ana Sangoy,¹ Silvia Guaycochea,² Georgina Grambicka,² Patricia Malamud¹
¹Servicio de Bacteriología, Hospital Antonio A. Cetrángolo, Vicente López, Buenos Aires
²Servicio de Clínica Neumonológica, Hospital Antonio A. Cetrángolo, Vicente López, Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

Las bronquiectasias según Laenec (1819), se definen como la dilatación anormal y permanente de bronquios y bronquiolos, debido a la destrucción de los componentes estructurales de la pared bronquial, usualmente asociada a infección o inflamación de la misma. En la actualidad, aunque es un problema menor en países desarrollados, es una patología frecuente, en países en vías de desarrollo.

La progresión de las bronquiectasias, fundamentalmente, depende de la persistencia de la infección bacteriana.



OBJETIVO:

Determinar la prevalencia y el perfil de la sensibilidad a antimicrobianos de bacterias aisladas en pacientes con bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (FQ).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de corte transversal para determinar la prevalencia de bacterias y su sensibilidad in vitro a antimicrobianos en bronquiectasias no FQ.

Período de estudio: 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2012.

Población de estudio: los datos clínicos y bacteriológicos fueron recolectados de un total de 59 pacientes, que presentaban diagnóstico clínico y tomográfico de bronquiectasias.

Según criterio de Murray y Washington, se consideraron muestras aptas para cultivo, solo aquellas que al examen microscópico directo con tinción de Gram, tienen menos de 10 células epiteliales y más de 25 polimorfonucleares por campo. Fueron excluidas del estudio, aquellas muestras que presentaron flora habitual de vías aéreas superiores. Se sembraron en Agar Sangre, Agar Chocolate, Levine E.M.B Agar y Agar salado Manitol (Chapman). Los cultivos se incubaron 48hs a 37°C en condiciones aerobias y con atmósfera de 5-10% CO₂. La identificación de bacterias se llevó a cabo por el método automatizado VITEK 2 y pruebas bioquímicas, y el método de difusión de Kirby-Bauer y colaboradores, para el estudio de la sensibilidad. La interpretación de los resultados se realizó de acuerdo a las normas provistas por el CLSI.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos de los 59 pacientes adultos fueron:

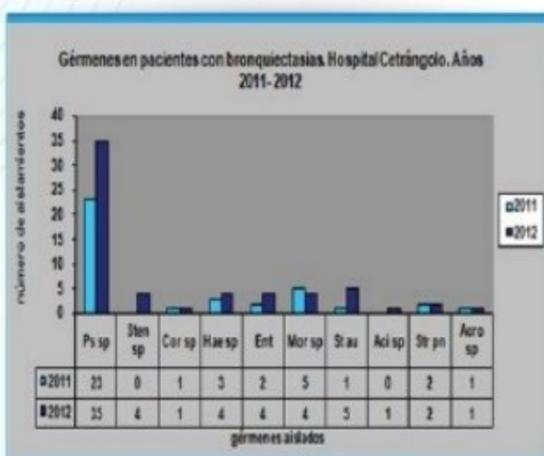
Pseudomonas sp. 58%, *Moraxella catarrhalis* 9%, *Haemophilus influenzae* 7%, *Staphylococcus aureus* 6% (4% en 2011 y 8% en 2012), *Stenotrophomonas maltophilia* 4% (0% en 2011 y 6% en 2012), *Streptococcus pneumoniae* 4%. Con relación al perfil de la sensibilidad a antimicrobianos:

***Pseudomona* sp:** Amikacina 95%, Piperacilina/Tazobactam 94%, Imipenem 93%, Meropenem 92%, Cefepime 90%, Ceftazidima 89%, Gentamicina 86%, Ciprofloxacina 54%.

S. aureus: Ciprofloxacina 100%, Trimetoprima sulfametoxazol (TMS) 100%, Eritromicina/ Clindamicina 80%, Beta lactámicos 60%.

S. maltophilia: TMS 80%.

S. pneumoniae: Penicilina 100%



Ps sp: *Pseudomonas* sp; Sten sp: *Stenotrophomonas maltophilia*; Cor sp: *Corynebacterium* sp;
 Hae sp: *Haemophilus* sp; Ent: *Enterobacterias*; Mor sp: *Moraxella*; St au: *Staphylococcus aureus*;
 Act sp: *Acinetobacter* sp; Str pn: *Streptococcus pneumoniae*; Acro sp: *Acromobacter* sp

	Porcentajes de sensibilidad				
	Ps. Sp	St. Au	Sten. Sp	Str. Pn	Hae.sp
Amikacina	95				
Betalactámicos		60			73
Cefepime	90				
Ceftazidima	89				
Ciprofloxacina	54	100			
Clindamicina		80			
Eritromicina		80			
Gentamicina	86	100			
Imipenem	93				
Levofloxacina	54				
Meropenem	92				
Penicilina				100	
Ptz	94				
TMS		100	80		

CONCLUSIONES:

La bacteria predominante como causa de infección fue *Pseudomonas* sp. Se observó, además, un aumento de aislamientos de bacterias emergentes como *Stenotrophomonas maltophilia*.

La recuperación de *Staphylococcus aureus*, se incrementó notoriamente con la introducción de un medio selectivo como Agar Manitol Salado (Chapman).

La progresión de las bronquiectasias depende de la persistencia de la infección bacteriana y aunque ésta es difícil de erradicar, debe reducirse su carga. Siendo los antibióticos la base del tratamiento, estos, deben dirigirse a los gérmenes específicos, convirtiéndose el cultivo de esputo, en el mejor medio para su identificación y sensibilidad antibiótica como guía para el tratamiento.