

CAM-ALAM 2016 – 26-30/09 ROSARIO, STA FE

MA-0139

Desempeño de cefazolina para la evaluación de la sensibilidad a cefalosporinas orales en infección urinaria de la comunidad por *Escherichia coli* (29091), *Klebsiella pneumoniae* (1971) y *Proteus mirabilis* (1621). Resultados de la red Whonet-arg 2014-15

E Biondi, C Lucero, E Tuduri Franco, M Vázquez, A Corso, M Galas, RED WHONET Argentina

De acuerdo al CLSI, Cefalotina (CTN) sobreestima la resistencia (R) a cefalosporinas orales (cefactor, cefuroxima, cefalexina, cefproxilo, cefdinir y loracarbef) en infección urinaria baja no complicada (IUBNC) producidas por *E. coli* (ECO), *Klebsiella spp* (KPN) y *P. mirabilis* (PMI), recomendando Cefazolina (CFZ) como mejor predictor. Por otra parte, en Argentina se utiliza el alto nivel de R a CTN como indicador de presencia de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) o tipo AmpC. Objetivos: Evaluar el desempeño de CFZ en comparación con CTN: 1) para la determinación de sensibilidad (S) a cefalosporinas orales en IUBNC y 2) para la sospecha de presencia de BLEE o AmpC. Materiales y Métodos: Durante el período septiembre 2014 a diciembre 2015 la Red WHONET-Argentina (95 hospitales de las 24 Jurisdicciones) ensayó CFZ y CTN por difusión con discos (DIF) o mediante equipos automatizados (AUT): Vitek-2C y Phoenix. Se analizaron los resultados de ECO, KPN y PMI con el software WHONET y normas CLSI año 2015. Resultados: El sistema Vitek 2C no tiene CFZ en su tarjeta de sensibilidad. El sistema Phoenix tiene como mayor dilución 8 ug/ml, debajo de lo necesario para aplicar el punto de corte de CLSI ($S \leq 16$ y $R \geq 32$ ug/ml), quedando como indeterminados el 12% de los aislamientos (los de CIMs de 16 ug/ml = S y los de CIMs ≥ 32 ug/ml = R). Los resultados del método de difusión muestran un % de R a CTN de 18,4% y a CFZ de 4,7%. En el grupo de los ECO productores de BLEE, la distribución de halos de CTN (N=3447) y CFZ (N=584) muestra un comportamiento similar, presentando halos de 6mm en el 92,9% y 93,8% de los discos probados respectivamente. La distribución de mecanismos de R inferidos a partir del fenotipo correlacionó con los halos de inhibición a CFZ: I) el 96,7% de los aislamientos con halos de CFZ de 6 mm (5,4% del total) mostraron R a cefalosporinas de 3ª generación (C3G) (BLEE o AMP-C); II) solo en el 20,9% de ECO con halos entre 7 y 14mm (1,8% del total) se observa presencia de mecanismos de R (BLEE o AMP-C), especialmente en halos entre 7 y 12mm, mientras que la mayoría de los halos entre 13 y 14 mm se corresponden con fenotipos de TEM o hiperproducción de TEM, habiendo en esta zona solo un 3% de cepas productoras de BLEE o AMP-C; III) en las cepas con halos mayores de 14 mm no hubo presencia de mecanismos de R a cefalosporinas de espectro extendido. KPN y PMI presentaron comportamiento similar a ECO. Conclusiones: CTN sobreestima la R a cefalosporinas orales en IUBNC en un 13,7%. Los usuarios de AUT deben utilizar la DIF de CFZ para una óptima determinación de la S a cefalosporinas orales. Se debe utilizar la CFZ como indicador de S o R a cefalosporinas orales en IUBNC producidas por ECO, KPN y PMI aplicando los puntos de corte vigentes de CLSI. En el caso de no contar con datos de sensibilidad a C3G, se debería sospechar la presencia de BLEE y AMP-C en cepas con halos de CFZ entre 6 y 14mm y recurrir a pruebas adicionales para su confirmación.