

menos, un fármaco de segunda línea que se administren por vía parenteral.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han aislado un total de 74 cepas de MTB, de las cuales, 66 (89%), fueron sensibles a las cuatro drogas de primera línea. El 11% restante, 8 cepas, presentaron el siguiente perfil de resistencia (nombrado con letras de la A a la E): Cepas A: 5 cepas resistentes a isoniazida. 4 fueron hombres y 1 mujer, todos de edad media, y de origen español. Cepa B: 1 cepa resistente estreptomina. Pertenecía a un varón de edad media de origen español. Cepa C: 1 cepa resistente a las 4 drogas 1ª línea. Se trataba de una chica joven de origen sudamericano. Presentó sensibilidad a etionamida, amikacina y moxifloxacino y resistencia a pirazinamida. Cepa D: 1 cepa resistente a isoniazida, etambutol, estreptomina y rifampicina. Se trataba de un varón de 47 años originario de los países del Este. Presentó sensibilidad a etionamida, ofloxacino, pirazinamida y resistencia a amikacina. Todos fueron casos de tuberculosis pulmonar, excepto un caso de tuberculosis extrapulmonar (pleural). Se trataba de una de las cepas A.

Conclusiones: El perfil de resistencia se asemeja al encontrado en otros trabajos publicados. La mayoría de casos resistentes presentaron resistencia única a isoniazida. No tenemos ningún caso de cepas XDR-TB. Los dos casos que presentaron resistencia a múltiples fármacos, fueron sensibles a quinolonas. Se trataba de casos importados, de países con altas tasas de resistencia a los fármacos tuberculostáticos.

170. PREVALENCIA DE LAS RESISTENCIAS A ANTITUBERCULOSOS DE 1ª LÍNEA EN CÓRDOBA

J. Gutiérrez Aroca, P. Ruiz-Martínez, M. Causse del Río y R. Bañón Arias

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La tuberculosis sigue siendo en nuestro país un problema de salud pública, a pesar del evidente descenso, en gran parte debido a la mejora del nivel socioeconómico. En la actualidad la endemia se mantiene en parte por los pacientes inmunodeprimidos (VIH positivos sobre todo) y por las resistencias a los fármacos específicos. Por estas razones queremos saber el grado de resistencia a los antituberculosos, que hace ineficaces los regímenes terapéuticos.

Material y métodos: El estudio abarca un periodo de 12 años, desde 2001 hasta el 2012. Se estudiaron un total de 49.674 muestras clínicas de pacientes con sospecha de tuberculosis, de estas resultaron 737 cepas de *M. tuberculosis* a las que se les hizo el estudio de resistencias; todas fueron aisladas para descartar mezclas, e identificadas mediante procedimientos de Accuprobe o Genotype. A todas ellas se les realizó estudio de sensibilidades a estreptomina (SM), rifampicina (RF), etambutol (EB), isoniácida (INH) y pirazinamida (PZ), según los protocolos BACTEC 960 TB (MGIT).

Resultados: Se expresan en la tabla.

Conclusiones: A la vista de los resultados se observa un incremento en las resistencias, en los últimos años, sobre todo a la estreptomina, isoniácida o rifampicina, siendo no obstante bajos. No se observan unos porcentajes elevados frente a la multiresistencia (MDR).

171. ESTUDIO DE LOS AISLAMIENTOS DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS Y SU SIGNIFICADO CLÍNICO (PERÍODO 2000-2013)

A. Garrido, S. Salvo, J. Gil, I. Sanjoaquin, E. Sánchez y A. Vitoria

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) se encuentran ampliamente distribuidas en la naturaleza (agua, suelo, animales, plantas) y también pueden colonizar materiales médico-quirúrgicos. En los últimos años, está aumentando el aislamiento de MNT; el VIH, el tratamiento con inmunosupresores, el descenso de casos de tuberculosis, junto con un mayor conocimiento de las micobacterias y el desarrollo de nuevas técnicas de identificación, han contribuido a este hecho. Analizamos los aspectos clínico-epidemiológicos y microbiológicos de las infecciones por MNT aisladas en nuestro hospital durante el periodo 2000-2013.

Material y métodos: La identificación de las micobacterias se realizó de forma fenotípica hasta el año 2006, e identificación genotípica (GenoType® Mycobacterium CM/AS Hain lifescience) a partir de ese año. Para establecer el carácter patógeno, consideramos 2 grupos según el origen de las muestras: pulmonar o extrapulmonar. En el grupo de las muestras pulmonares se siguieron los criterios clínicos y microbiológicos establecidos por ATS/IDSA (American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America), para valorar el papel patógeno de las MNT. En ambos grupos se descartaron todos los aislamientos pertenecientes a *M. gordonae* por su discutible papel patógeno. Se revisó la base de datos de la sección de micobacterias de los años incluidos en el estudio y las historias clínicas de los pacientes con aislamientos significativos a nivel pulmonar y extrapulmonar.

Resultados: En el periodo de estudio, se aislaron 315 MNT de 341 pacientes (178 de crecimiento lento y 137 de crecimiento rápido), distribuidas en 25 especies diferentes, destacando por su frecuencia *M. fortuitum* (103), *M. avium complex* (MAI) (76) y *M. kansasii* (41). 297 de estos aislamientos tenían un origen pulmonar, y el resto (18) extrapulmonar. De los 252 pacientes con aislamientos en muestras pulmonares, 19 (7,54%) cumplían los criterios de la ATS: 7 de ellos con aislamiento de MAI, 6 con *M. fortuitum* y 5 con *M. kansasii*. En otro paciente se aisló en 5 muestras *M. fortuitum* y en otras 5 *M. avium* a lo largo de 12 años. En cuanto a las 18 casos extrapulmonares, 6 de ellas eran ganglionares, 4 abscesos, 3 biopsias cutáneas, 2 líquido articular, 1 líquido pericárdico, 1 disfunción de marcapasos y 1 hemocultivo. La micobacteria más frecuentemente hallada fue MAI (9) seguido de *M. chelonae* y *M. kansasii* (3), *M. marinum* (2) y *M. fortuitum* (1). Respecto a los 37 pacientes, 18 eran varones y 19 mujeres, 9 VIH positivos y 3 extranjeros.

Conclusiones: En nuestro estudio, todas las micobacterias aisladas de muestras extrapulmonares fueron consideradas como el patógeno responsable del proceso infeccioso instaurándose tratamiento mientras que sólo el 8,77% de los aislamientos de muestras pulmonares se comportaron como patógenos. La especie más frecuente fue MAI tanto en muestras pulmonares como extrapulmonares.

Tabla. Comunicación 170

Años	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Estreptomina	1,5	0	0	0	4,6	1,7	5,8	5,5	9,6	9,4	0	0	3,5
Rifampicina	3	2,5	5	6	10,8	5	1,4	4,1	0	1,9	0	7,3	3,4
Etambutol	1,5	0	0	4	1,5	0	0	2,7	1,4	1,9	0	7,3	1,1
Isoniácida	6	1,3	3,3	6	13,8	6,7	7,2	8,2	8,2	15	0	19,5	7,2
Pirazinamida	0	0	0	2	4,6	0	5,8	1,4	2,7	3,8	4,8	2,9	1,8
Multiresist. (MDR)	1,5	1,3	3,3	4	6,1	3,3	0	0	0	1,9	0	4,8	1,8