



## 591 - ESTUDIO DE COLONIZACIÓN POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES QUE INGRESAN EN MEDICINA INTERNA: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Andrea Albás Sorrosal<sup>1</sup>, Ana Belén Maroto Torres<sup>1</sup>, Pablo Sánchez Quesada<sup>1</sup>, Jairo López Gómez<sup>1</sup>, Sergio Fernández Ontiveros<sup>2</sup>, Alberto Benavente Fernández<sup>1</sup> y Fidel Moreno Verdejo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España. <sup>2</sup>Hospital de Baza, Baza, España.

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de colonización por bacterias multirresistentes en los pacientes que ingresan en Medicina Interna y los factores de riesgo asociados a la misma.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se determinó durante un año la existencia de colonización al ingreso por bacterias multirresistentes. Para ello se seleccionaron a todos los pacientes que ingresaron a cargo de Medicina Interna entre marzo de 2022 y marzo de 2023, excluyendo a aquellos que se encontraban en situación de extrema gravedad, pacientes ubicados en sala de hospitalización de otro servicio o aquellos que habían ingresado inicialmente a cargo de otra especialidad. A todos los pacientes incluidos se les hizo firmar un consentimiento informado y se les solicitó un exudado perianal de colonización por bacterias multirresistentes dentro de las primeras 48 horas tras el ingreso. Se dividieron los resultados en dos grupos, colonizados y no colonizados, y se analizaron y compararon 7 variables (institucionalización, dependencia severa definida como un Barthel menor de 60, pluripatología, ingresos hospitalarios y antibioterapia en los seis meses previos, sonda de alimentación y sondaje vesical en los últimos tres meses). Se utilizó el programa IBM-SPSS realizando el test estadístico chi-cuadrado para variables cualitativas, asumiendo significación estadística si  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 563 pacientes identificados, 191 no cumplían criterios de inclusión, 53 no dieron su consentimiento y en 146 no se realizó el exudado perianal. Finalmente, se obtuvo una muestra de 173 pacientes, de los cuales 37 estaban colonizados. La bacteria más frecuentemente aislada fue *Escherichia coli* productor de betalactamasas de espectro extendido (28), seguida de *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido (6). Se obtuvo además un aislamiento de cada una de las siguientes: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas tipo kpc y *Pseudomonas aeruginosa* productora de carbapenemasas tipo VIM. Un paciente estaba colonizado por dos bacterias multirresistentes de forma simultánea. Al comparar las variables se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de institucionalización, pluripatología y dependencia severa con un valor de p de 0,000, 0,037 y 0,023 respectivamente. No se obtuvo significación estadística en el resto de comparaciones realizadas.

**Conclusiones:** Los resultados muestran una mayor frecuencia de colonización por bacterias

multirresistentes en pacientes institucionalizados, pluripatológicos y con dependencia severa, alcanzando significación estadística. Pese a no haber hallado diferencias estadísticamente significativas en el resto de comparaciones realizadas, se observa una mayor frecuencia de colonización en pacientes con hospitalizaciones, tratamientos antibióticos y sondajes recientes. Esta ausencia de significación estadística probablemente esté en relación con el pequeño tamaño muestral debido a la importante pérdida de pacientes, lo cual interpretamos como la mayor limitación del estudio. Para concluir creemos que este trabajo pone de manifiesto no solo la alta prevalencia de bacterias multirresistentes en nuestro medio, sino también la necesidad de identificar al ingreso los pacientes con potenciales factores de riesgo para solicitar los estudios de colonización y guiar la toma de decisiones.

602

## ¿TIENEN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS CRÓNICOS, CON RESPECTO A LOS QUE NO LO SON, ETIOLOGÍAS DIFERENTES EN CUANTO AL SÍNDROME CONSTITUCIONAL?

**Fabiola Campo Lobato**, Sara Jiménez González, Víctor Vega Rodríguez, Pablo Martínez Rodríguez, Gloria Alonso Claudio, Rosa Tejera Pérez, Jaime Miguel Martín y Leticia Moralejo Alonso

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

*Objetivos:* 1. Analizar las características de pacientes pluripatológicos que son derivados a una Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) para estudio de síndrome constitucional, así como etiología, pruebas complementarias realizadas y diagnóstico definitivo. 2. Comparar si los diagnósticos son diferentes en estos pacientes respecto a los pacientes no pluripatológicos derivados por el mismo motivo a una unidad de diagnóstico rápido (UDR).

*Métodos:* Estudio descriptivo observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes derivados a la UCA para estudio de síndrome constitucional desde octubre 2023 hasta marzo 2024 (50 de un total de 170 pacientes, 29,41%). Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 28.

*Resultados:* En la tabla 1 se reflejan los principales resultados del estudio. La etiología más frecuente de síndrome constitucional en nuestro trabajo fue la neoplásica (24%) siendo las más comunes el cáncer de páncreas y de pulmón. Por otro lado, hasta en el 14% de los pacientes se identificó un fármaco como principal causa de la pérdida de peso. Los principales fármacos fueron iSGLT-2, antidiabéticos orales y diuréticos.

En la tabla 2 se muestran causas de síndrome constitucional comparadas con una UDR.

<b>Tabla 1</b>	
Características	N (50)
Sexo	
Hombres	23 (46%)
Mujeres	27 (54%)
Edad (años)	80,46 ± 7,82
Derivado desde:	
Atención Primaria	38 (76%)
Urgencias	9 (18%)
Otros	3 (6%)
Duración del estudio	33,53 días ± 30,34
Barthel	82,30 ± 19,06

Pfeiffer	1,08 ± 1,47
Índice PROFUND	4,84 ± 4,31
Número de fármacos	10,22 ± 3,62
Pruebas complementarias:	
Rx de tórax	33 (66%)
Ecografía	22 (44%)
TAC	24 (48%)
Endoscopias	16 (32%)
Ingreso hospitalario durante el estudio	5 (10%)
Destino al alta de la consulta	
Atención Primaria	32 (64%)
Otros	9 (18%)
Ingreso	4 (8)
Oncología	5 (10%)
Exitus	1 (2%)

<b>Tabla 2</b>		
Causas de síndrome constitucional	UCA	UDR
Neoplasias	24,5%	9-26%
Enfermedades psiquiátricas	18,4%	14%
Farmacológico	<b>14%</b>	-
Enfermedades del aparato digestivo	10,2%	21%
Enfermedades del sistema circulatorio	<b>10,2%</b>	-
Otros	22,7%	39%
Necesidad de ingreso	8%	6-10%

*Discusión:* En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes derivados por síndrome general presentaban un Barthel mayor de 60 (dependencia leve), un Pfeiffer sin deterioro cognitivo y un índice Profund de 4,84 (mortalidad al año 21-31%). Es llamativo que en menos de la mitad de los pacientes se utilizase como prueba de imagen la realización de una TAC, probablemente por presentar insuficiencia renal y/o por sospechar una etiología no tumoral. El porcentaje de pacientes que tenían como diagnóstico una causa tumoral es similar al grupo de pacientes descritos en la bibliografía relativa a las UDR. No obstante, el resto de diagnósticos son diferentes con un 14% de causas farmacológicas que no se encuentran descritas en el grupo de las UDR, ya que la mayoría de los pacientes pluripatológicos presentaban polimedicación extrema (> 10 fármacos). Por otro lado, un 10,2% de pacientes pluripatológicos tenían como causa enfermedades del sistema cardiocirculatorio (principalmente insuficiencia cardíaca avanzada), no descrito como causa de síndrome constitucional en los pacientes de UDR. El porcentaje de pacientes que han precisado ingreso durante el estudio ha sido similar entre los dos grupos, a pesar de que en la UCA la edad media y la pluripatología de los pacientes es muy superior a los pacientes de las UDR.

*Conclusiones:* 1. El síndrome constitucional es un motivo de derivación frecuente en pacientes pluripatológicos. 2. A pesar de que el primer diagnóstico de estos pacientes lo constituyen las neoplasias, el resto de diagnósticos difieren en relación a los pacientes valorados en las UDR, debiendo hacer una adecuada historia farmacoterapéutica. 3. En pacientes pluripatológicos, las enfermedades orgánicas avanzadas constituyen otra causa importante de síndrome constitucional. 4. La solicitud de una TAC es menos frecuente tanto por contraindicación por la insuficiencia renal que presentan muchos pacientes como por barajar un diagnóstico diferente a las neoplasias. 5. A pesar de ser pacientes pluripatológicos, el porcentaje de ingresos durante el estudio no es superior al del

resto de grupos.