



<https://www.revclinesp.es>

## 1103 - DINÁMICA DE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN POR GÉRMENES GRAMNEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN ENFERMOS CRÓNICOS AVANZADOS Y EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

**Alba Sillero-Herrera<sup>1</sup>, Ana Moreno-Giraldo<sup>1</sup>, Elena González-Pavía<sup>1</sup>, Perla Rodríguez-García<sup>1</sup>, Concepción Galdeano-Osuna<sup>2</sup>, Paulino Montiel-Gómez<sup>1</sup>, J.A. García-García<sup>1</sup> y Salvador Vergara-López<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>GEPACP, Servicio de Medicina Interna, Hospitales de Valme y el Tomillar. AGS Sur de Sevilla, Sevilla, España. <sup>2</sup>Atención primaria, Centro Coordinador Emergencias, Sevilla, España.

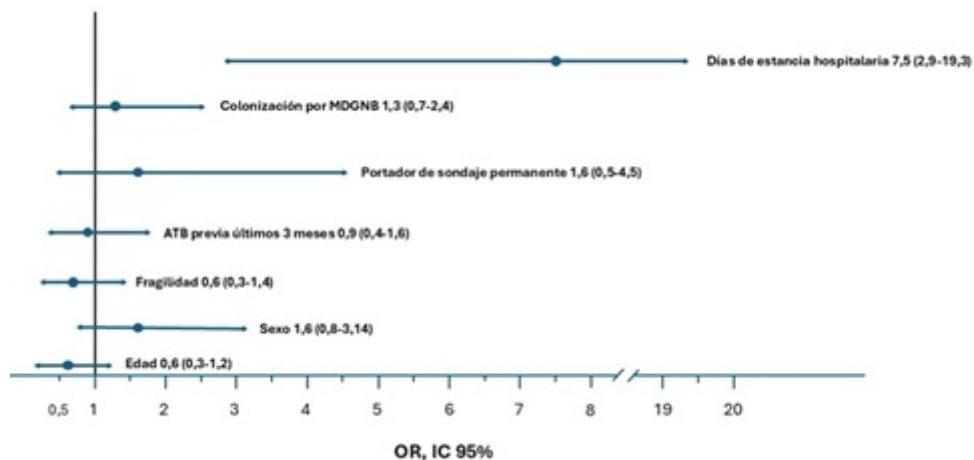
### Resumen

**Objetivos:** Las bacterias gram-negativas multirresistentes (MDRGNB) son el grupo más importantes de bacterias multirresistentes (MDRB), y la descripción de su dinámica colonización/infección se ha realizado mayoritariamente en contextos altamente endémicos (UCI), describiéndose una prevalencia de colonización del 14%, un riesgo de progresión a infección entre colonizados del 11-17% y mortalidad en pacientes infectados del 30-70%. Sin embargo, esta descripción no está suficientemente documentada en otros contextos endémicos, como en pacientes crónicos avanzados y/o en situación de cuidados paliativos (CCPP). El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia/incidencia de colonización por MDRGNB y conocer su impacto clínico en estos pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó pacientes ingresados por cualquier causa en una unidad de CCPP entre el junio/2022-junio/2023, que hubieran seguido las directrices del protocolo de vigilancia y control de infecciones por MDRB. Se estudió la colonización por MDRGNB en cualquier momento de la hospitalización, eventos infecciosos incidentes y mortalidad por cualquier causa.

**Resultados:** Se han incluido 674 ingresos, siendo 422 (62,5%) mujeres, con mediana de edad de 85 (78-90) años, 518 (76,7%) tenían un Charlson  $\geq 5$ , 191 (28,3%) pacientes residían en un centro sociosanitario. La mediana de estancia hospitalaria fue 8 (6-13) días y la mortalidad global intrahospitalaria del 25,5%. De estos ingresos, 240 (35,5%) estaban colonizados por MDRGNB de forma prevalente y 62 (9,1%) se colonizaron de forma incidente durante la hospitalización, siendo la prevalencia total de colonización 44,7%. Se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de residencia en centro sociosanitario, 137 (45,5%) en el grupo colonizados frente a 54 (14,5%) en el grupo no colonizado,  $p < 0,001$ . Los gérmenes multirresistentes colonizadores más frecuentes fueron *Escherichia coli* BLEE con 145 (52,7%) casos, *Klebsiella pneumoniae* BLEE con 70 (25,4%) y *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 con 34 (12,3%) casos. Estas proporciones se mantuvieron en ambos grupos. La incidencia de infección durante el ingreso hospitalario fue de 6,9% en general, con 24 (7,9%) casos de infección en el grupo de colonizados y 23 (6,2%) en el grupo no colonizado ( $p = 0,37$ ). Solo un 25,8% fueron producidas por gérmenes multirresistentes [1 (7,7%) infección en el grupo no colonizado y 7 (38,9%) en el grupo colonizado,  $p = 0,05$ ]. La infección del tracto urinario fue la más frecuente en ambos grupos [15 (62,5% de las infecciones) casos en ingresos colonizados y 18 (78% de las infecciones) en ingresos no colonizados ( $p = 0,68$ )]. La tasa global de infecciones incidentes fue de 6,37 por 1.000 personas-día (IC95% 4,69-8,48). La mortalidad en pacientes con infección incidente no muestra

diferencias entre grupos [7(29,2%) casos en el grupo de colonizados y 6 (26,1%) en el grupo no colonizado ( $p = 0,81$ )]. En el análisis multivariante, solo el tiempo de ingreso hospitalario se asoció de forma independiente la adquisición de infección incidente durante el ingreso ( $p < 0,001$ ; IC95% 2,93-19,39).



**Conclusiones:** La prevalencia de colonización por MDRGNB se duplica en pacientes paliativos (oncológicos y no oncológicos) respecto a los contextos endémicos habituales (UCI). A pesar de ello, la incidencia de infección en enfermos colonizados es menor, presenta una menor tasa de mortalidad y no se asocia a la colonización por MDRBGN.