



I-042 - EVALUACIÓN PROYECTO RESISTENCIA ZERO COMO PREDICTOR DE COLONIZACIÓN POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES AL INGRESO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

P. Albiol Viñals¹, B. Orobitg Doménech¹, R. Reig Valero², C. Mínguez Gallego¹, R. Moreno Muñoz³, N. Montañana Rosell¹, C. Usó Marco¹, P. Rubert Monzó¹

¹Medicina Interna, ²Unidad de Cuidados Intensivos, ³Microbiología. Hospital General de Castelló. Castellón.

Resumen

Objetivos: La colonización por bacterias multirresistentes (BMR) es un problema creciente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de todo el mundo que ha suscitado diversas estrategias de prevención y vigilancia, en España lideradas por el proyecto Resistencia Zero (RZ). El objetivo principal del estudio es determinar si la presencia de algún factor de riesgo (FR) estipulado en este proyecto predice la colonización por BMR en los pacientes a su ingreso en UCI. Los objetivos secundarios son analizar otros posibles factores de riesgo y describir la población colonizada por BMR.

Material y métodos: Estudio cohortes retrospectivo de los pacientes adultos ingresados en UCI desde el 1 de octubre de 2014 al 31 de marzo de 2014.

Resultados: De los 177 pacientes estudiados, 25 presentaron colonización por alguna BMR: 14 para enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido, 11 para *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, 1 para *Acinetobacter baumannii* multirresistente; con una prevalencia para cualquier BMR de 14,12% (IC95%: 9,35- 20,14%). Casi el 50% de los pacientes tenían uno o más FR (n: 79, 44,6%). De los 79, 17 estaban colonizados por BMR a su ingreso [VPP del proyecto RZ para colonización por BMR de 21,52% (IC95% 13,06-32,20%)]. No se encontró relación significativa en el análisis univariante o tras agruparlos para ninguno de los FR incluidos en el programa RZ: patología pulmonar crónica, enfermedad renal crónica en diálisis, ingreso hospitalario > 5 días en los 3 meses previos, antibioterapia > 7 días en el mes previo, colonización/infección conocida por BMR y pacientes institucionalizados; ni para los otros FR estudiados (diabetes, tabaquismo, alcoholismo o inmunodepresión). No existieron diferencias entre la población colonizada por BMR a su ingreso en UCI y la no colonizada para variables demográficas (edad y sexo), procedencia, índice de gravedad, días de ingreso y mortalidad.

Discusión: La prevalencia de colonización por BMR es similar a la obtenida en estudios realizados en residencias de larga estancia o pacientes atendidos en urgencias. La presencia de los FR incluidos en programa RZ presenta VPP muy bajo para colonización por BMR, con gran cantidad de pacientes asilados de forma preventiva innecesariamente, lo que aumenta el gasto hospitalario y es responsable de efectos indeseados sobre el paciente (dificultad asistencial, tiempo invertido en atención o impacto psicológico). A pesar de no encontrar asociación significativa entre FR y colonización; todos, a excepción de los pacientes en hemodiálisis, se encuentran en mayor proporción en los pacientes colonizados por BMR y podrían obtenerse resultados significativos al ampliar la muestra. De los otros 4 factores de riesgo estudiados, ninguno de se

asoció de forma significativa con la colonización por BMR. Destaca la práctica igualdad en días estancia en UCI y mortalidad intra-UCI; que apoya el concepto de que la colonización por BMR en sí misma, no ensombrece el pronóstico del paciente.

Conclusiones: La presencia de alguno de los FR del proyecto RZ predice mal la colonización por BMR a su ingreso en UCI, con un gran porcentaje de pacientes aislados no colonizados, aumentando el gasto y efectos adversos. Tampoco se han encontrado otros FR posiblemente relacionados con la colonización, ni podido demostrar la relación entre colonización por BMR y mayor mortalidad o días de ingreso en UCI. A la luz de los resultados, deberían realizarse nuevas investigaciones para redefinir estos FR y concretar mejor el tipo de pacientes a los que se les instaura el aislamiento preventivo.