

PREVALENCIA E IMPACTO CLINICO DE LA COLONIZACION RECTAL POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE CRITICO

V. Prado^{1*}, F. Marco², M. Arteaga¹, E. Reverter¹, A. Escorsell¹, A.
Carpio, G. Mezzano, S. Rodríguez, J. Mensa³, P. Gines¹, A.
Soriano³, J. Vila², J. Fernández¹

¹Liver Unit, ²Microbiology Department, ³Infectious Disease
Department

HOSPITAL CLINIC BARCELONA, Barcelona, Spain

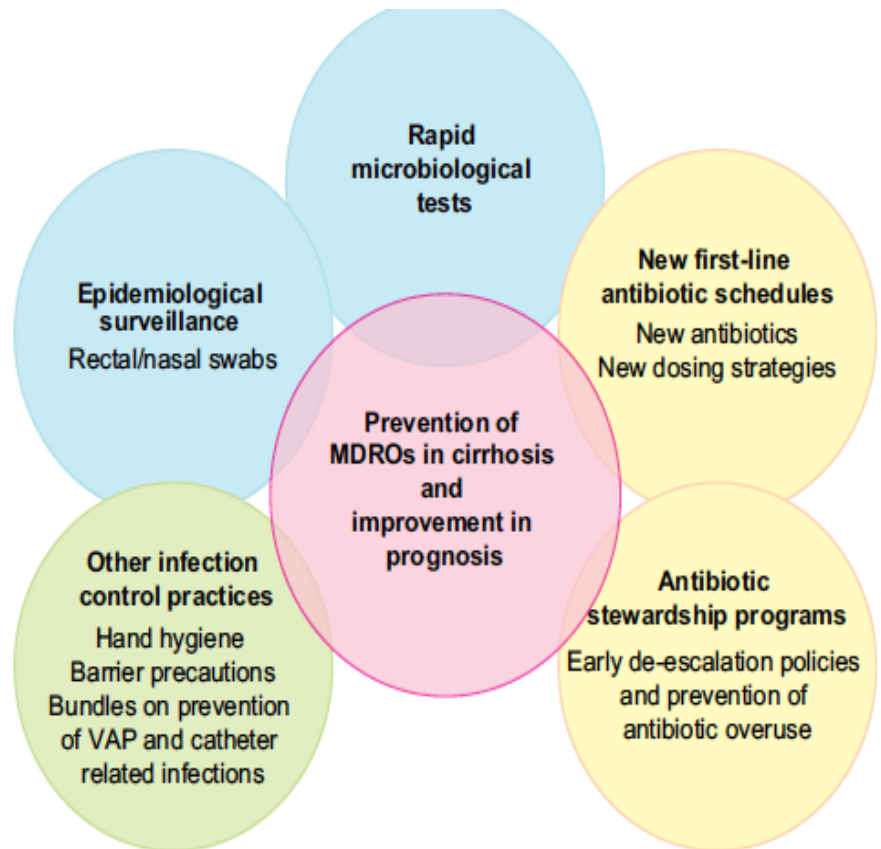
INTRODUCCIÓN

- El desarrollo de infecciones causadas por BMR es un problema creciente tanto en la población general como en los pacientes cirróticos.
- Se trata de gérmenes difíciles de tratar (MARSA, VRE, enterobacterias productoras de BLEA o carbapenemasas) que aumentan la morbi-mortalidad del episodio infeccioso.
- Impacto en Europa: 25,000 muertes/año atribuidas a infecciones por BMR.

INTRODUCCIÓN

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL DESARROLLO DE BMR

- Estrategias de vigilancia epidemiológica, basadas en la realización de frotis rectales/nasales periódicos, podrían ser de utilidad en la prevención del desarrollo de multiresistencias (aislamiento de contacto) y podrían servir para perfilar estrategias antibióticas empíricas más adecuadas.
- Sin embargo, se desconoce la tasa de colonización rectal por BMR en la población cirrótica y su impacto clínico real.



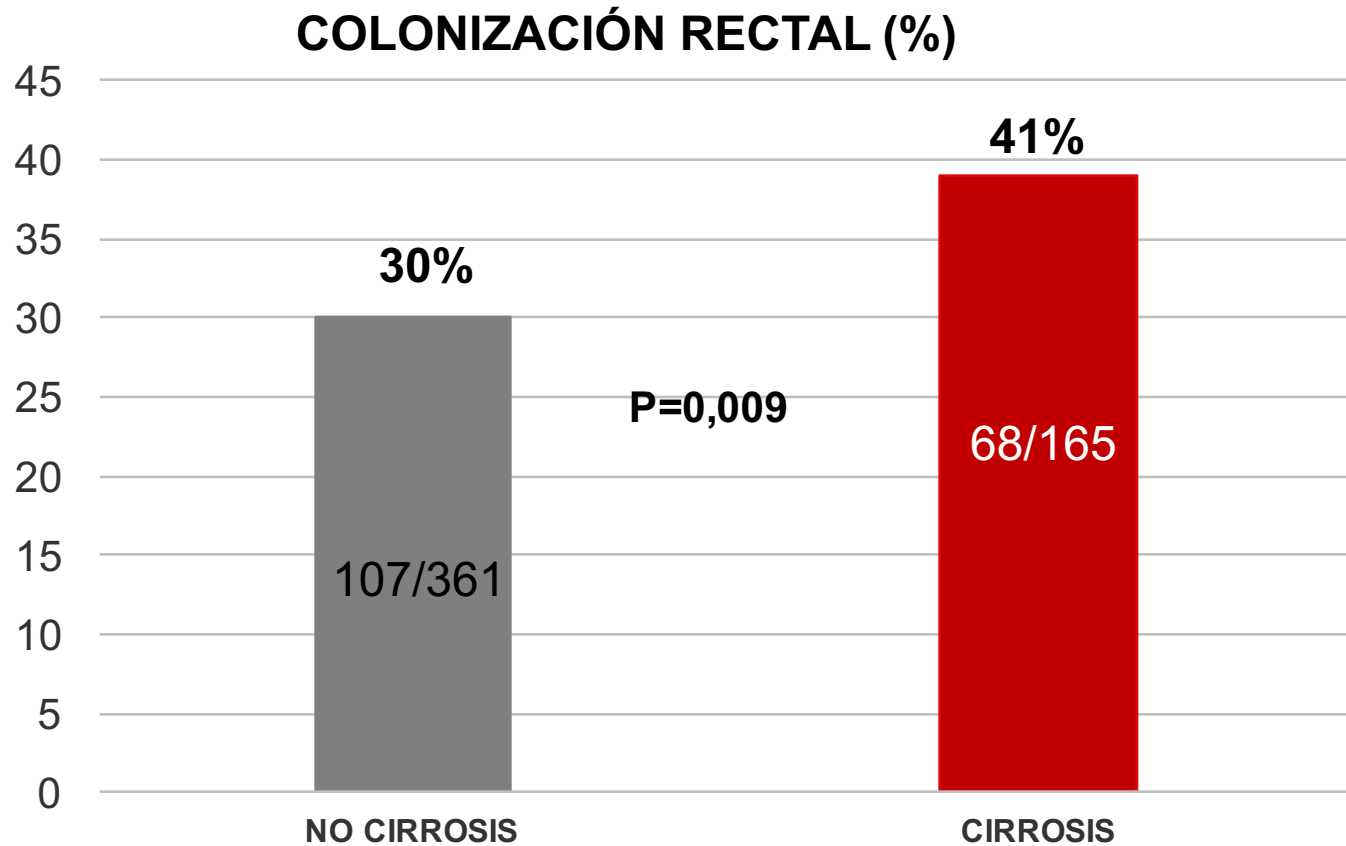
OBJETIVOS

- Investigar la prevalencia de colonización rectal por BMR en pacientes críticos con y sin cirrosis en nuestra área.
- Evaluar si existe una correlación clínica entre la colonización rectal y la infección por BMR.
- Describir los factores de riesgo asociados a la colonización rectal por BMR.
- Evaluar su impacto clínico: incidencia de infecciones causadas por BMR y supervivencia hospitalaria en pacientes colonizados y no colonizados por BMR

MÉTODOS

- Estudio prospectivo, unicéntrico que incluyó 526 pacientes críticos ingresados consecutivamente en UCI durante un año (octubre 2015-octubre 2016)
- Se obtuvieron frotis rectales al ingreso y semanalmente hasta el alta de la UCI y se realizaron cultivos específicos para detectar enterobacterias MR.
- Seguimiento de los pacientes durante su hospitalización evaluando la incidencia de infecciones causadas por BMR y la supervivencia hospitalaria.

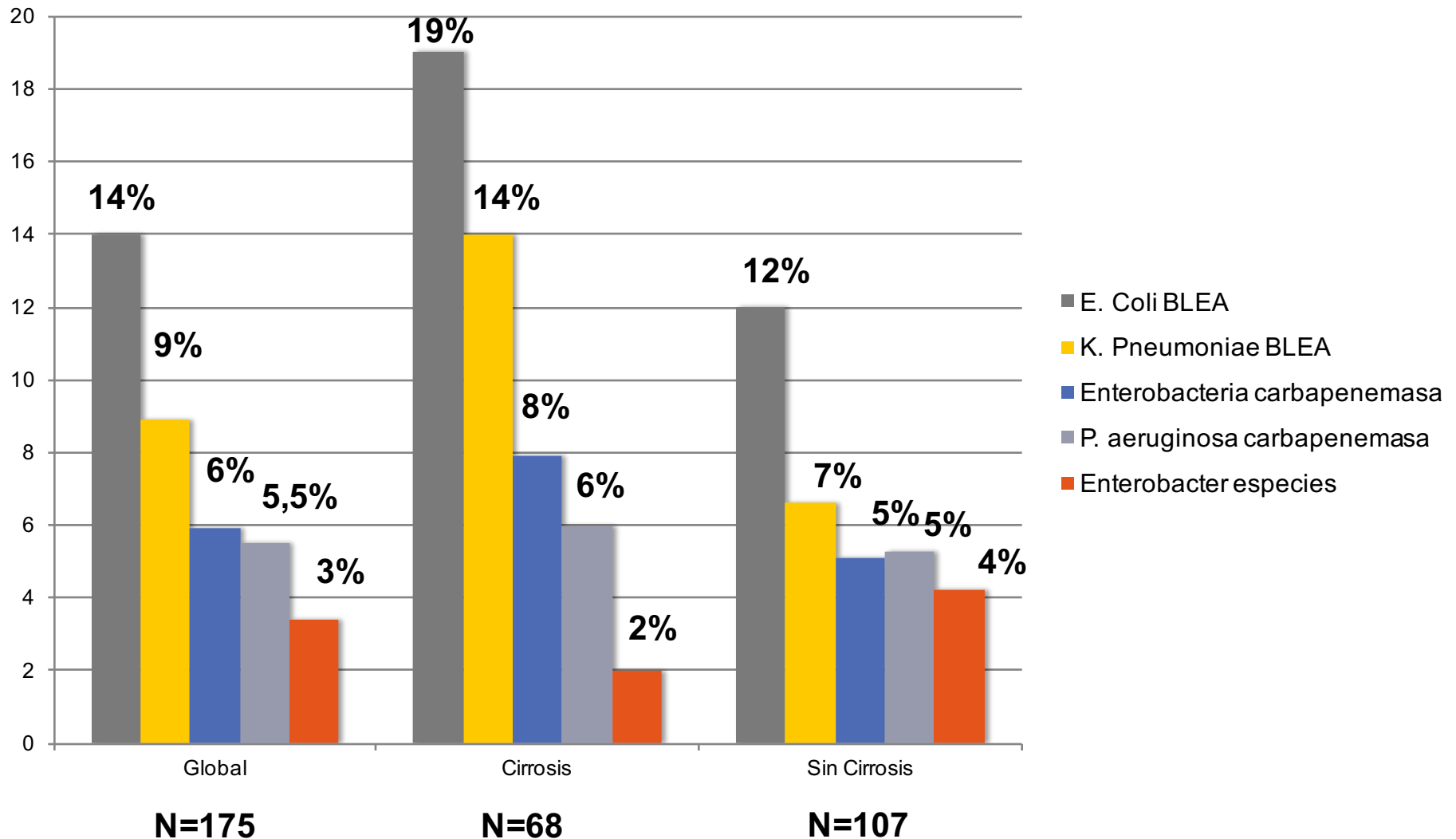
PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN RECTAL POR BMR



CARACTERÍSTICAS BASALES (I)

Características Basales	Cirrosis n=165	Sin Cirrosis n=361	Valor p
Edad (años)	61 (52-67)	65 (54-78)	<0,001
Sexo M/F (%)	72%/28%	62%/38%	0,024
Diabetes (%)	29%	21%	0,052
Motivo de ingreso			-
Cirugía	32%	36%	
Hemorragia digestiva alta	29%	14%	
Infección	16%	26%	
Otros	12%	23%	
AKI	8%	1%	
Encefalopatía hepática	4%	1%	
Ingreso Hospitalario en los 3 meses previos	82/50%	107/30%	<0,001
Ingreso en UCI en los 3 meses previos	28/17%	20/6%	<0,001
Infecciones en los 3 meses previos	50/30%	63/18%	0,001
BMR en los 6 meses previos	13/8%	13/4%	0,035
SOFA score (puntos mediana, IQR)	6 (2-9)	3 (1-6)	<0,001
APACHE score (puntos mediana, (IQR)	12 (9-18)	11 (7-16)	0,001

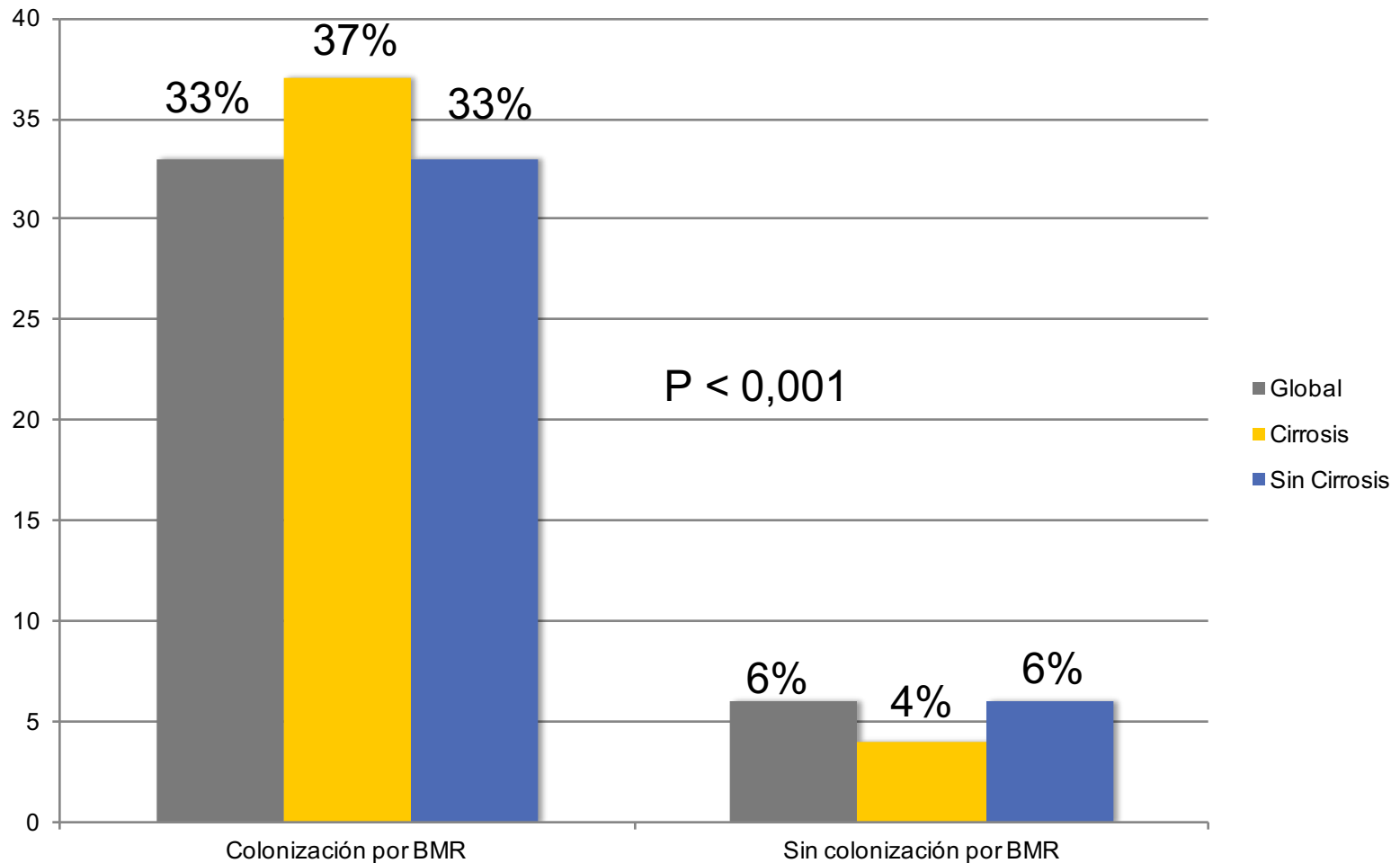
TIPO DE BMR EN PACIENTES CIRRÓTICOS Y NO CIRRÓTICOS



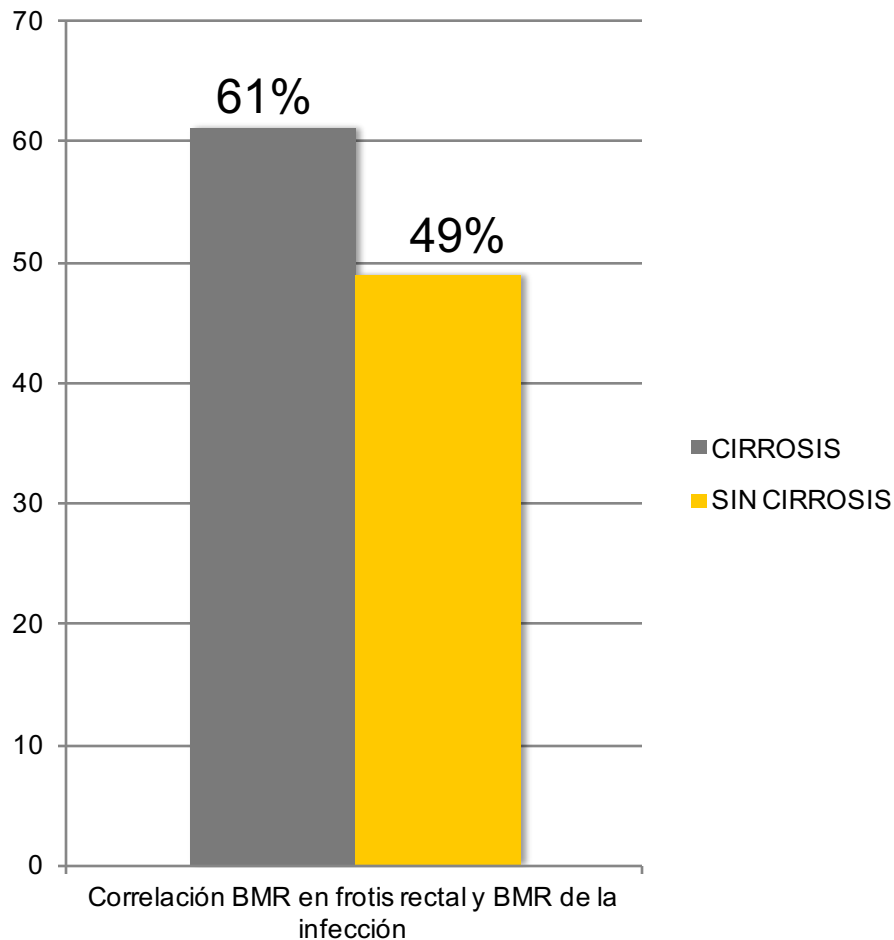
FACTORES DE RIESGO DE COLONIZACIÓN POR BMR

Características Basales	Colonizados por BMR n=165	Sin colonización por BMR n=361	Valor p
Edad (años) (media±SD)	63 (±15)	62 (±16)	0,28
Sexo M/F (%)	67%/33%	64%/36%	0,58
Diabetes (%)	28%	22%	0,11
Motivo de ingreso			
Cirugía	30%	37%	-
Hemorragia digestiva alta	25%	15%	
Infección	22%	23%	
Otros	18%	21%	
AKI	3%	3%	
Encefalopatía hepática	2%	2%	
Cirrosis	68/39%	97/28%	0,009
Antibióticos en los 3 meses previos	75/43%	101/29%	0,001
Ingreso Hospitalario en los 3 meses previos	95/54%	94/27%	<0,001
Ingreso en UCI en los 3 meses previos	25/14%	23/7%	0,004
Infecciones en los 3 meses previos	53/30%	60/17%	0,001
BMR en los 6 meses previos	18/11%	8/2%	<0,001
SOFA score (puntos mediana, IQR)	5(2-8)	4 (1-7)	0,007
APACHE score (puntos mediana, IQR)	12 (9-17)	10 (7-16)	0,004

RIESGO DE INFECCIÓN POR BMR EN PACIENTES COLONIZADOS

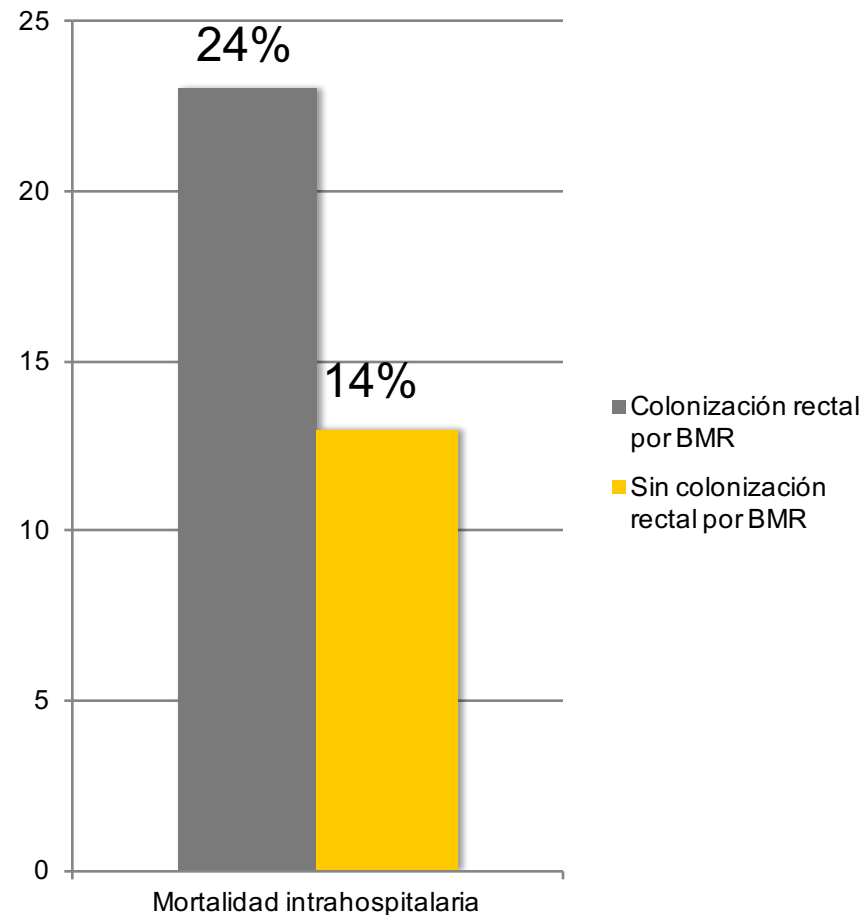


RIESGO DE INFECCIÓN POR LA MISMA CEPA MR



P=0,26

SUPERVIVENCIA: COLONIZADOS/NO COLONIZADOS



P=0,003

CONCLUSIONES

- La colonización por BMR es frecuente en pacientes críticos, siendo extremadamente prevalente en la población cirrótica en nuestro área.
- Los pacientes colonizados por BMR desarrollan con más frecuencia infecciones por BMR.
- Existe una clara correlación entre la BMR que coloniza al paciente y la que lo infecta.
- La mortalidad entre los colonizados por BMR es superior a la de los no colonizados.
- La vigilancia epidemiológica podría ser de utilidad en la prevención de la diseminación intrahospitalaria de BMR.