



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-384 - PREDICTORES DE RIESGO DE ADQUISICIÓN DE INFECCIÓN INTRAABDOMINAL ASOCIADA A ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN CIRUGÍA GENERAL: ESTUDIO CASO-CONTROL

Mora Guzmán, Ismael<sup>1</sup>; Rubio Pérez, Inés<sup>2</sup>; Martín Pérez, Elena<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>3</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar predictores de riesgo de adquisición de infección intraabdominal (IIA) asociada a enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en pacientes de Cirugía General y Digestivo.

**Métodos:** Estudio caso-control con relación 1:3 comparando IIA-EPC (casos) vs IIA y aislamiento de enterobacterias sensibles (controles, pareados según fecha de hospitalización y localización de la IIA), con ajuste según edad, sexo e índice de comorbilidad. Se incluyeron pacientes hospitalizados en Cirugía General y Digestivo en el periodo enero 2013-diciembre 2018, con al menos un cultivo positivo a partir de 48 horas tras el ingreso, asociando datos clínicos de IIA (se excluyeron portadores asintomáticos). Se evaluaron comorbilidades, factores clínicos incluyendo variables intrínsecas y extrínsecas del paciente como hospitalización o procedimientos diagnóstico-terapéuticos, variables de la infección, tratamiento antibiótico y datos microbiológicos. En el análisis se utilizó regresión logística binaria para la identificación de las variables independientes de riesgo. Se construyó una escala predictora de riesgo de IIA-EPC con la validación correspondiente en la población estudiada. Se consideraron significativos valores de  $p < 0,05$  de forma bilateral.

**Resultados:** Se incluyeron 40 casos de IIA-EPC (destacando en el 85% el aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* OXA-48), y 120 controles. Los predictores independientes de adquisición de IIA por EPC fueron: hospitalización previa (OR 2,56; IC95% 1,01-6,49;  $p = 0,047$ ), endoscopia digestiva (OR 4,11; IC95% 1,40-12,07;  $p = 0,010$ ), carbapenémicos (OR 9,54; IC95% 3,33-27,30;  $p < 0,001$ ) y aminoglucósidos (OR 45,41; IC95% 7,90-261,06;  $p < 0,001$ ). En la muestra estudiada, el modelo de regresión logística binaria incluyó un área bajo la curva ROC de 0,844 (IC95% 0,766-0,922;  $p < 0,001$ ). Se desarrolló una escala de puntuación aditiva predictora de IIA-EPC, derivada de los coeficientes de las variables independientes de riesgo (0-17 puntos): hospitalización 2 puntos, endoscopia digestiva 3 puntos, carbapenémicos 4 puntos, aminoglucósidos 8 puntos. Se asignó una probabilidad de riesgo a cada puntuación obtenida, catalogando el riesgo de forma cualitativa al establecer cuatro categorías según las diferentes probabilidades: riesgo bajo 0-2 puntos (0-10%), riesgo moderado 3-6 puntos (10-50%), riesgo alto 7-10 puntos (50-75%), riesgo muy alto (75-100%). Se incluyeron los parámetros de validez interna de prueba diagnóstica, en la muestra estudiada el punto de corte óptimo se situó en 5 puntos: sensibilidad 75%, especificidad 81%, valor predictivo

positivo 64%, valor predictivo negativo 81%. La máxima sensibilidad (99%) se obtuvo con menos de 2 puntos, y la máxima especificidad (100%) con 11 puntos o más.

**Conclusiones:** El reconocimiento de cuatro variables clínicas puede facilitar la identificación de pacientes con alto riesgo de IIA-EPC, a través de una escala predictora que debería ser validada prospectivamente. La utilización de la escala predictora de riesgo puede ser una herramienta aplicable en la práctica clínica, útil para establecer un criterio para realizar el cribado activo y favorecer la identificación precoz de portadores de EPC en el ámbito de estudio.