



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-032 - INFECCIONES INTRABDOMINALES EN CIRUGÍA GENERAL POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* CARBAPENEMASA OXA-48

Mora Guzmán, Ismael¹; Maqueda González, Rocío¹; Rubio Pérez, Inés²; Sáez Coronado, Sara¹; Correa Bonito, Alba¹; de la Hoz Rodríguez, Ángela¹; Domingo García, Diego¹; Martín Pérez, Elena¹

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar el perfil clínico y factores de riesgo en pacientes con infección intrabdominal (IIA) por *Klebsiella pneumoniae* OXA-48 (KP-OXA48), perfiles de resistencia, terapia antimicrobiana útil y predictores de mortalidad.

Métodos: Revisión de pacientes consecutivos ingresados en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo con IIA y aislamiento de KP-OXA48 entre enero 2013 y febrero 2018. Se incluyeron pacientes con datos de infección clínica y foco principal intrabdominal con identificación de KP-OXA48, excluyendo aquellos pacientes colonizados sin IIA y aquellos con infección de herida quirúrgica exclusivamente. Se evaluaron comorbilidades, hospitalización previa, procedimientos y complicaciones, fuente de infección, microorganismos, perfiles de resistencia y terapia antimicrobiana. El análisis de las variables cualitativas se realizó mediante el test de chi-cuadrado o test de Fisher y las variables cuantitativas con el test de t de Student para muestras independientes o test no paramétricos, evaluando la fuerza de asociación (phi). Se realizó un análisis univariante y regresión logística multivariante para identificar predictores de mortalidad. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$ de forma bilateral.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con IIA por KP-OXA48 con una edad media de $66,2 \pm 11,6$ años, siendo 11 (40,7%) mujeres, y la mediana del índice de Charlson 5 [1-7]. La mediana del tiempo de ingreso hasta el aislamiento fue de 13 [8-22] días, siendo la mediana de estancia 43 [26-67] días. La procedencia principal por localización fue: colorrectal 10 casos (37%), páncreas 7 casos (25,9%), vías biliares 6 casos (22,2%), gastrointestinal 2 casos (7,4%), pared abdominal 2 casos (7,4%). Existió co-infección con bacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido en 6 casos (22,2%). Los perfiles de resistencia según antibiograma fueron (considerando resistente categoría intermedia o resistente): ceftazidima-avibactam 0/5 (0%), amikacina 1/27 (3,7%), tigeciclina 2/23 (8,7%), colistina 5/17 (29,4%), imipenem 10/26 (38,5%), meropenem 9/22 (40,9%), cotrimoxazol 15/26 (57,7%), gentamicina 22/27 (81,5%), ertapenem 24/26 (92,3%), ciprofloxacino 24/26 (92,3%). En 24 pacientes (88,9%) se administró antibioterapia dirigida apropiada, con terapia combinada en 22 (85,2%), incluyendo carbapenémicos en 12 (44,4%). En 15 pacientes (55,6%) hubo ingreso hospitalario en los 12 meses previos, precisando estancia > 48 horas en unidad de cuidados intensivos durante el ingreso actual 16 pacientes (59,3%). Hubo 5 fallecimientos (18,5%) posteriores al diagnóstico de IIA, identificándose los siguientes predictores de mortalidad según análisis

univariante: inmunodepresión ($p = 0,016$; $\phi = 0,49$), transfusión ($p = 0,017$; $\phi = 0,53$), neoplasia sólida ($p = 0,047$; $\phi = 0,43$). Como variables muy cercanas a la significación estadística: shock séptico ($p = 0,056$; $\phi = 0,43$), índice Charlson ≥ 3 ($p = 0,060$; $\phi = 0,39$), nutrición parenteral ($p = 0,060$; $\phi = 0,39$), cardiopatía previa ($p = 0,091$; $\phi = 0,37$). La combinación de dos antibióticos activos asoció menor mortalidad (10,5% vs 28,6%), sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. En el modelo de regresión logística multivariante ajustado por índice Charlson, se identificó la inmunodepresión como factor de riesgo independiente (OR: 0,06; IC95%: 0,005-0,640; $p = 0,020$).

Conclusiones: El perfil del paciente quirúrgico con IIA por KP-OXA48 es un paciente anciano con inmunodepresión y un índice de comorbilidad alto, sometido a múltiples procedimientos y con estancia larga. En el tratamiento dirigido deberá valorarse la utilidad de la terapia combinada.