



<https://www.revclinesp.es>

EA-013 - PERFIL MICROBIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA INGRESADOS EN AISLAMIENTO DE CONTACTO

M. Ulla Anes, R. Pacheco, B. Escolano, M. Duffort, V. Pardo, B. S-Artola, M. Bellver y F. Solís

Medicina Interna. Hospital Infanta Leonor. Madrid.

Resumen

Objetivos: La infección/colonización (I/C) por gérmenes multirresistentes (GMR) es prevalente en el ámbito hospitalario. El uso generalizado de ATB para el tratamiento o profilaxis es el principal factor generador de resistencia. En el paciente anciano con enfermedad crónica compleja (PECC), institucionalizado y/o con ingresos frecuentes, el aislamiento de GMR empeora el pronóstico, incrementa la morbimortalidad y el coste del tratamiento. Objetivo: conocer el espectro de GMR en PECC ingresados en nuestro hospital con medidas de Aislamiento de Contacto (AC).

Material y métodos: Estudio preliminar. 30 PECC ingresados consecutivamente, con AC, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor. Se ha revisado parámetros epidemiológicos, clínicos y microbiológicos.

Resultados: PECC: 30c (14V:16M), Edad X 80,3 R (66-91). HTA 26c (86,6%), 12V:14M; DM 13c (43,3%), 8V:5M; DL 18C (60%), 10V:8M; ICC/cardiopatía 12c (40%) 7V:5M; EPOC 16c (53,3%) 9V:7M; ACVA 6c (20%) 2V:4M; FA 12c (40%) 5V:7M; ERC 5c (16,6%) 2V:3M; Neoplasias 5c (16,6%) 4V:1M. X ingresos/paciente.año 4,5. Motivo de Ingreso: GEA 3c (10%), ITU/sepsis urinaria 12c (40%), Infección Resp/Neumonía 12c (40%), ICC 1c (3,3%), Fractura cadera 2c (6,6%), Sepsis por cateter 1c (3,3%). Estado de portador previo al ingreso: 19 pacientes (63,3%). 1. Perineal: Klebsiella BLEE (KB) 7c (36,8%) 4c (57%) epc Oxa 48; E. coli BLEE (EB) 1c (5,26%). 2. Rectal: KB 5c (26,3%) simultaneo con perineal, 4c (80%) epc Oxa 48. 3. Esputo: KB epc Oxa48 1c (5,26%), SAMR 1c (5,26%). 4. Nasal: SAMR 1c (5,26%). 5. Faríngeo: SAMR 1c (5,26%). Estado de portador previo con 2 gérmenes simultáneos: 1. Perineal y/o rectal: KB + EB 3c (10%); Pseudomonas MR (PM) + EB 1c (3,3%); PM + SAMR 1c/3,3%); PM + KB 1c (3,3%). 2. Esputo: SAMR + Stenotrophomonas maltophilia (SM) 1c (3,3%). Aislamientos microbiológicos durante el ingreso: 1. Orina: 14c (46,6%); KB 8c (57%); KB epc Oxa 48 1c (7%); EB 3c (21,4%); E. cloacae 2c (14,3%). 2. Esputo: 8c (26,6%); SAMR 4c (50%); KB 1c (12,5%); KB epc Oxa48 1c (12,5%); SM 1c (12,5%); PM 1c (12,5%). 3. Heces: Clostridium difficile 4c (13,3%). Estudios de portador durante el ingreso: 1. Perineal: KB 9c (30%), 1c (11,1%) Oxa 48; PM 2c (6,6%); EB 3c (10%). 2. Rectal: KB 10c (33,3%); PM 3c (10%), EB 4c (13,3%). 3. Nasal: SAMR 5c (16,6%). 4. Faríngeo: PM 4c (13,3%), SAMR 5c (16,6%).

Discusión: Los PECC sufren ingresos y tratamiento ATB frecuentes que condicionan la aparición de un estado de portador, habitualmente por GMR. En nuestra serie, el 63,3% de los PECC ingresados en AC eran portadores previos de GMR, 11 casos (36,6%) recibieron aislamiento de contacto por la detección de GMR de novo. Actualmente los gérmenes más prevalentes en pacientes I/C por GMR son SAMR, Enterococcus sp resistente a vancomicina (ERV), Acinetobacter baumannii MR (sólo sensible a colistina y/o otra familia de

antibióticos), PM (colistina y/o otra familia de antibióticos) y SM. En nuestra serie, el germen predominante ha sido KB, seguido de SAMR, no se ha detectado ningún caso de I/C por Enterococcus sp o Acinetobacter (relacionados con ingresos en UCI, en los PECC por su edad y situación basal suele evitarse ingreso en UCI y tratamientos de alta invasividad).

Conclusiones: 1. La I/C por GMR es un problema creciente en el PECC. 2. En nuestra serie, KB ha sido el germe más prevalente, siendo preocupante el aislamiento de cepas productoras de carbopenemasa ($> 50\%$ de los portadores crónicos –previos al ingreso- de KB en exudado perineal/rectal). 3. Es esencial realizar un adecuado control y aislamiento de los pacientes I/C por GMR mediante medidas que incluyan según proceda higiene de manos, uso de guantes, bata y mascarillas. 4. En el paciente PECC, la evitación de ingresos innecesarios y una adecuada utilización de la antibioterapia, es fundamental para reducir la I/C por GMR.