

VII Foro de Investigación en Salud

Eje

Gestión Sanitaria y Clínica del Sistema de Salud Mendocino

Brote por *Serratia marcescens* productora de carbapenemasas en un unidad de cuidados intensivos de adultos

Outbreak by serratia marcescens producing carbapenemases in an adult intensive care unit

P Prieto; ML Vernazzi; I Donaire; N Capriolo; G Scala; M Cabral

Unidad de Infectología y Control de Infecciones - Hospital Central. Mendoza. Argentina

Contacto: mlvernazzi@hotmail.com

Palabras clave: Serratia m; KPC ; Brote

Key Words: Serratia m; KPC ; Outbreak

Introducción: *Serratia marcescens* (SM) es un bacilo Gram-negativo perteneciente a la familia Enterobacteriaceae, reconocido como patógeno oportunista asociado a brotes nosocomiales. Es naturalmente resistente a tetraciclina, amoxicilina, amoxicilina-clavulánico, cefalotina y colistin. En los últimos años existe preocupación por la gran dispersión de los bacilos gramnegativos resistentes a los carbapenémicos (KPC), también causantes de brotes nosocomiales; éstas aumentan la morbimortalidad, los costos hospitalarios y prolongan la internación. En nuestro hospital en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el año 2012 tuvimos el primer caso de Infección por SM KPC, constituyéndose un gran desafío médico y de control de infecciones en cuanto al tratamiento, y medidas de control.

Objetivos: describir las características del brote por SM KPC en nuestro hospital. Evaluar si las medidas de control fueron adecuadas para limitación del mismo. Establecer factores de riesgo (FR) relacionados con la adquisición de infección Evaluar el impacto de la infección en la estancia hospitalaria.

Evaluar la tasa de mortalidad por infecciones por SMKPC

Metodología: periodo del brote 18/09/12 al 5/10/13, en UCI con 20 camas. Estudio caso-control para identificar FR. Se definió como caso a todo paciente internado en la UCI, durante el periodo, que presentó episodio infeccioso, documentado mediante examen clínico y exámenes complementarios, con cultivos positivos para SM KPC sensible a amikacina y ciprofloxacina y con sensibilidad intermedia o resistente a gentamicina. Se excluyeron los colonizados. Control: pacientes internados en la UCI, durante el periodo del brote, por más de 48 hs y que no hubieran estado previamente en otro servicio. Ambos grupos fueron apareados por edad.

Resultados: hubo 23 casos. 78,2% hombres, edad: Mediana de 47. Los diagnósticos de ingreso más frecuentes politraumatismo grave y heridas por arma de fuego. Uso dispositivos invasivos: 100% sonda vesical

y asistencia respiratoria mecánica y 87% catéteres venosos centrales(CVC), 56,5% intervención quirúrgica. El 100% habían recibido antibióticos (ATB). El score APACHE II al ingreso: Mdn 17. Foco infeccioso: Bacteriemias asociadas CVC (52,2%), abdominal (17,4%), desconocido (14%), Infección asociada SV (8,7%) y Neumonía. Estudio caso control: Controles: N=68., no se encontraron diferencias respecto al sexo, dispositivos invasivos e intervención quirúrgica. Hubo diferencia en los días de estancia en UCI de 4,66 ($p < 0,0001$) y estancia hospitalaria 2,43($p= 0,01$) e indicación previa de antibióticos $p=0,001$. Mortalidad global:OR 3,43, IC 95% 1,15 – 10,67, $p=0,01$. Medidas de control implementadas: aislamiento de contacto a pacientes colonizados/infectados, Baño diario con paños de clorhexidina al 2%. Enfatizar el uso apropiado de antibióticos. Elementos exclusivos para cada paciente. Restricción del ingreso de personas a la unidad. Capacitación al personal. Monitoreo de adherencia a Higiene de manos: tres cortes de prevalencia: Media : 63% de cumplimiento Consumo de gel alcohólico: 59.6 %o días paciente Monitorización de la limpieza con ATP: 68% de aceptabilidad. Cultivos de vigilancia en búsqueda de colonizados: Media 19.99 % días paciente. Cultivos de superficie y líquidos posibles reservorios (15) negativos

Conclusiones: no se pudo detectar cual fue el causante de este brote, por la curva epidémica creemos que empezó por una fuente común y luego se propagó de forma horizontal, las medidas de control fueron efectivas para la resolución del mismo. El factor de riesgo relacionado con la adquisición de la infección fue la exposición previa a antibióticos. El evento infeccioso impacta negativamente en la estancia hospitalaria (en UCI y sala común). La infección por SM KPC aumenta el riesgo de morir. Limitación: no haberse analizado las cepas por biología molecular para caracterización del mismo