

La **Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política de antibióticos** elabora este boletín informativo con el objetivo de dar a conocer:

- Los datos disponibles sobre el consumo de antibióticos, la sensibilidad de los microorganismos más habituales y de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en el Hospital.
- Los indicadores DDD (dosis diaria definida) de consumo de antibióticos (global, por áreas y por subgrupos de familias) monitorizados por el Servicio de Farmacia.
- Los indicadores de resistencia, % de sensibilidad a los antibióticos de los microorganismos más frecuentes, aislados en los diferentes servicios del Hospital por una parte, y, por otra parte, aislados en Urgencias y en Consultas Externas. Así como el % de microorganismos con fenotipo de resistencia, monitorizados por el Servicio de Microbiología.
- Los indicadores de: prevalencia de IRAS, incidencia de IRAS por microorganismos con fenotipo de multiresistencia, incidencia de IHQ limpia e higiene de manos, monitorizados por el Servicio de Medicina Preventiva.
- Los indicadores clínicos (procesos y resultados) sobre la adecuación de la utilización de antibióticos, monitorizados por el Servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, ejemplo: número de bacteriemias, % de resueltas, % de mortalidad, % con indicación adecuada de antibiótico (empírica y específica).

INFORME ENVIN 2020

M. Asunción Colomar y J. Ignacio Ayestarán

La pandemia del virus SARS-CoV-2, iniciada en nuestro país hace algo más de un año, ha supuesto una dura prueba para el sistema sanitario y, especialmente, para las unidades de cuidados intensivos (UCI). En un corto periodo de tiempo se tuvieron que expandir el número de camas de críticos y adaptar los recursos humanos a esta nueva situación. Las condiciones de los pacientes COVID-19 y la enorme carga asistencial a la que se tuvo que hacer frente durante los primeros meses de la pandemia modificaron la dinámica habitual de trabajo en las unidades.

En junio de 2020, el Comité asesor de los proyectos de seguridad en pacientes críticos (Tolerancia Zero) del Ministerio de Sanidad, ante la percepción por parte del personal asistencial de un importante incremento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS), emitió una declaración en la que recomendaba, entre otras medidas, realizar un estudio retrospectivo para analizar las IRAS identificadas en pacientes COVID-19, teniendo en cuenta la dificultad de su realización a la vista de la situación asistencial, con los objetivos de identificar las insuficiencias relacionadas con la asistencia sanitaria, analizar los aspectos que han influido en su aparición y proponer los medios para evitarlas en el futuro.

El informe ENVIN del año 2020 recoge datos en dos periodos distintos:

1. ENVIN-COVID: incluye todos los pacientes con diagnóstico de SARS-CoV-2 que ingresaron en UCI entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de mayo de 2020 (1ª ola).
2. ENVIN-COMPLETO: incluye todos los pacientes que ingresaron en UCI, independientemente de su diagnóstico de ingreso, entre el 15 de setiembre de 2020 y el 15 de diciembre de 2020.

RESULTADOS DE ENVIN-COVID (1 de marzo de 2020 - 31 de mayo de 2020, 1ª ola)

En el ámbito nacional, ENVIN-COVID incluye a 1.525 pacientes COVID-19 ingresados en UCI entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2020, pertenecientes a 61 unidades de 54 hospitales. Se trata de una muestra pequeña si la comparamos con la participación anual del registro ENVIN de los últimos años; pero, en todo caso, representativa de las UCI del país. En la UCI del HUSE, ingresaron en ese periodo 56 pacientes con diagnóstico de SARS-CoV-2.

Se han constatado importantes incrementos de la densidad de incidencia en las infecciones relacionadas con dispositivos que nos han situado con tasas iguales o superiores a las que se registraban previamente a la implementación de los distintos programas de intervención (Proyectos Zero) (tabla 1).

	ENVIN-COVID NACIONAL Hospitales > 500 camas	ENVIN-COVID HUSE
Prevalencia IRAS	36%	46%
Tasa NAVM x 1.000 días VM	14,31	11,27
Tasa BPC x 1.000 días de catéter	12,42	7,93
Tasa ITU x días de catéter	6,54	4,73
Bacteriemia 2ª x 1.000 días de estancia	3,3	5

IRAS= infección relacionada con asistencia sanitaria; NAVM= neumonía asociada a ventilación mecánica; VM= ventilación mecánica; BPC= bacteriemia por catéter; ITU= infección del tracto urinario.

Tabla 1. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

RESULTADOS DEL ESTUDIO ENVIN COMPLETO (15 de setiembre de 2020 – 15 de diciembre de 2020)

Se han registrado en el Hospital Universitario Son Espases, 308 pacientes, que ingresaron en UCI entre el 15 de setiembre de 2020 y el 15 de diciembre de 2020, que cumplían el criterio de inclusión de más de 24 horas de estancia en UCI. La media edad fue de 63 años y un 66% fueron hombres. La principal causa de ingreso fue la patología médica. La mortalidad global del 16% fue superior a la mortalidad presentada en los registros de la última década. La estancia media pasó de 7,85 días en el año 2019 a 11,18 días, circunstancia que puede atribuirse al gran número de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 atendidos en la UCI durante el periodo del estudio.

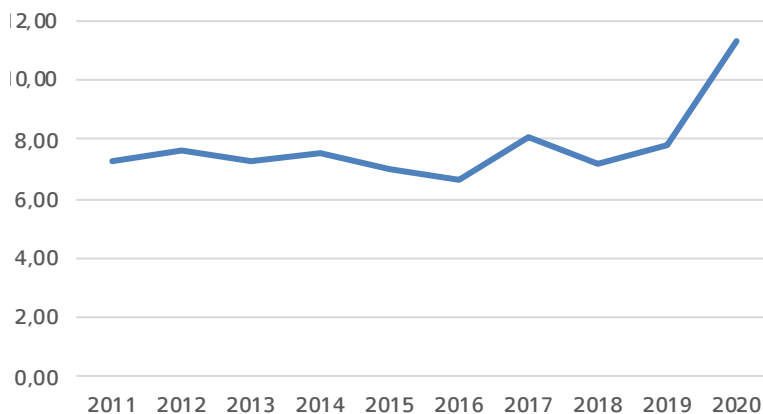


Fig. 1. Comparativa de estancia media.

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM)

Tras una década de descenso progresivo en nuestra UCI de las tasas de infección asociada a VM, este año ha aumentado, durante el periodo ENVIN con respecto al año anterior, del 6,1 al 13,1 NAVM/1.000 días de VM. Tras las elevadas tasas del periodo COVID (1ª ola), atribuimos este aumento al porcentaje de pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 que permanecían ingresados todavía en la UCI en el periodo de estudio, con una estancia y un tiempo de VM prolongados.

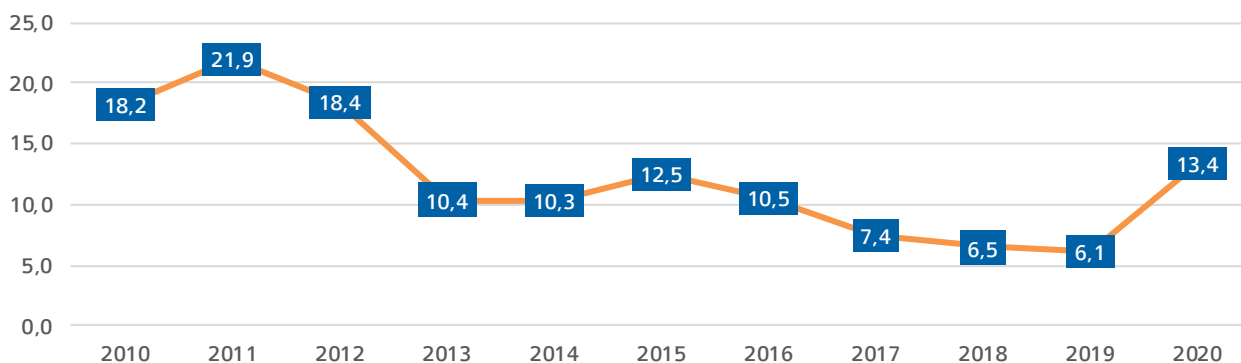


Fig. 2. Comparativa de tasa de incidencia NAVM.

BACTERIEMIA POR CATÉTER

Se objetiva un aumento de las tasas de bacteriemia por catéter y de bacteriemias primarias a 2,5/1.000 días de catéter. A pesar de un menor número de ingresos en UCI respecto al periodo anterior estudiado, la mayor complejidad de estos pacientes ha supuesto un aumento del número de días de dispositivos intravasculares, se ha pasado de 3.600 días a 4.310 días de catéter.

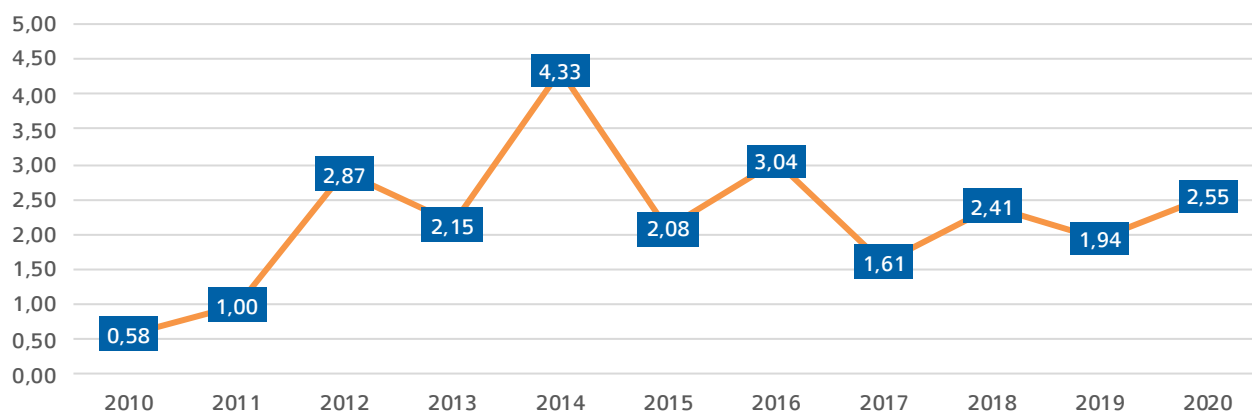


Fig. 3. Comparativa de tasas de incidencia BPC.

BACTERIEMIAS SECUNDARIAS A OTROS FOCOS

Se ha detectado un mayor número de bacteriemias intraUCI no asociadas a dispositivos en relación, principalmente, a bacteriemias secundarias a infección de foco respiratorio. En el periodo ENVIN completo del año 2019, se detectaron 2 bacteriemias con una tasa de 0,79/1.000 días de estancia en UCI; mientras que, en el periodo actual de estudio, la tasa ha aumentado hasta llegar al 5,03/1.000 días de estancia en UCI con un total de 14 bacteriemias; 12 de ellas de foco respiratorio.

TASAS DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A CATÉTER VESICAL

Este ha sido el año desde el registro ENVIN en que se ha objetivado una menor tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical. Nuestra UCI está adherida al proyecto ITU-Zero. La tasa de infecciones urinarias asociadas a sondaje vesical ha sido de 1,8/1.000 días de catéter vesical.

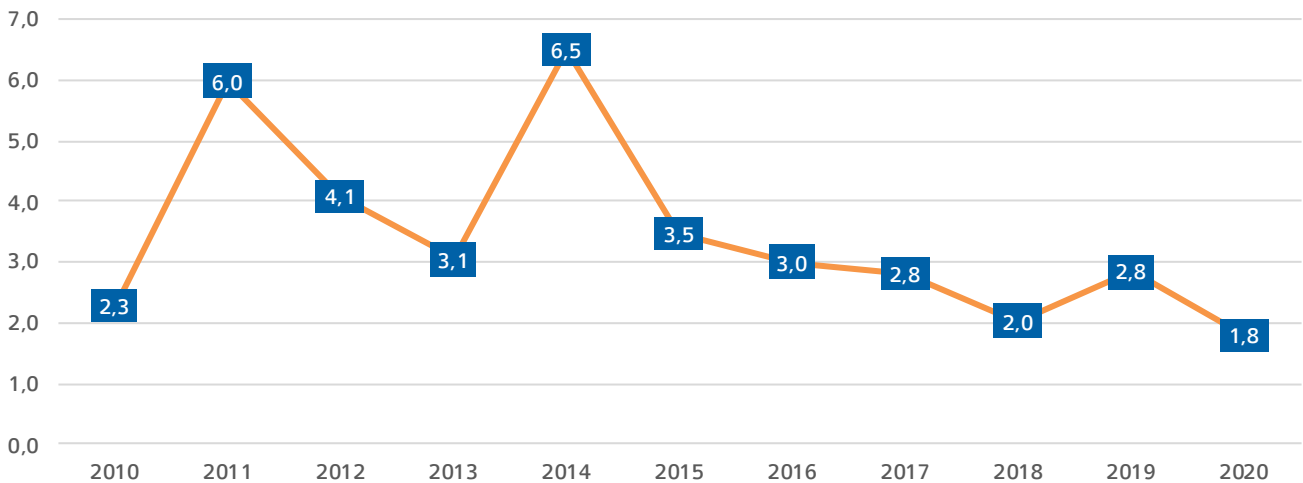
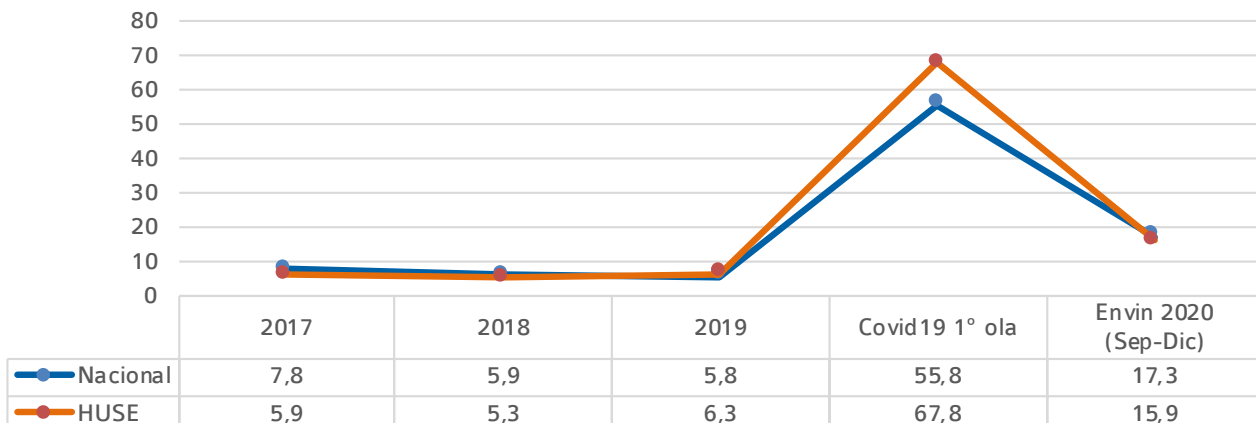


Fig. 4. Comparativa de tasas de incidencia ITU.

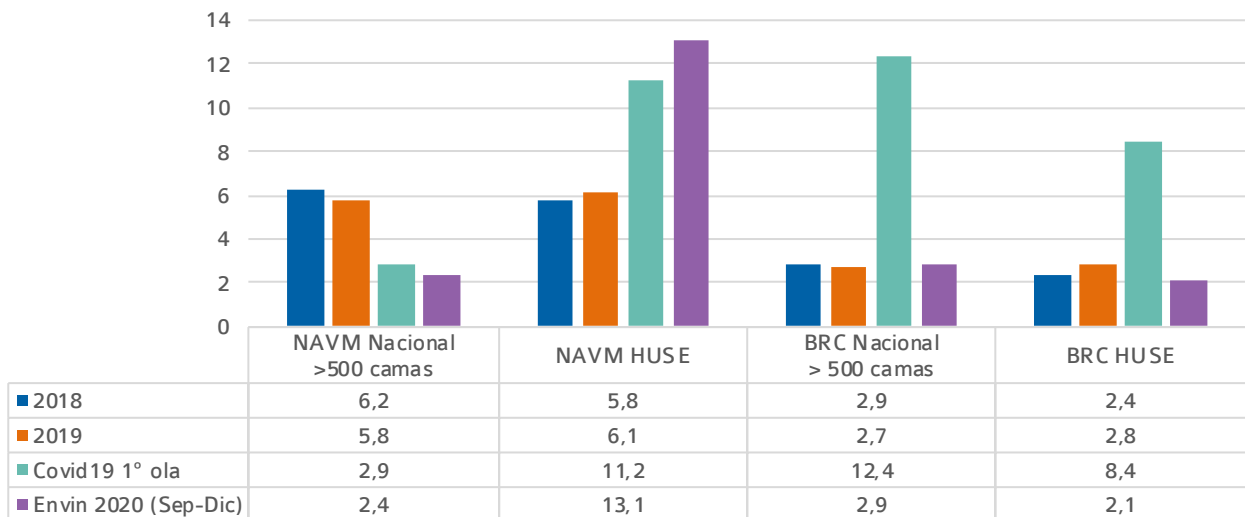
COMPARACIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL ENTRE PERIODO COVID-19 Y OTROS

Como ya se ha comentado, las características propias de los pacientes COVID-19 y la enorme carga asistencial a la que se tuvo que hacer frente durante los primeros meses de la pandemia modificaron la dinámica habitual de trabajo en la UCI, lo que supuso un aumento generalizado de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Las altas tasas de infección tienden a reducirse en el segundo periodo de estudio, una vez se ha "adaptado" la asistencia a los pacientes COVID-19 y se ha "normalizado" la actividad en la UCI, sin llegar a recuperar las tasas de periodos previos, posiblemente, por la persistencia, todavía en ese período, de algunos nuevos ingresos de pacientes COVID-19, junto con la persistencia de pacientes COVID-19 de larga estancia.

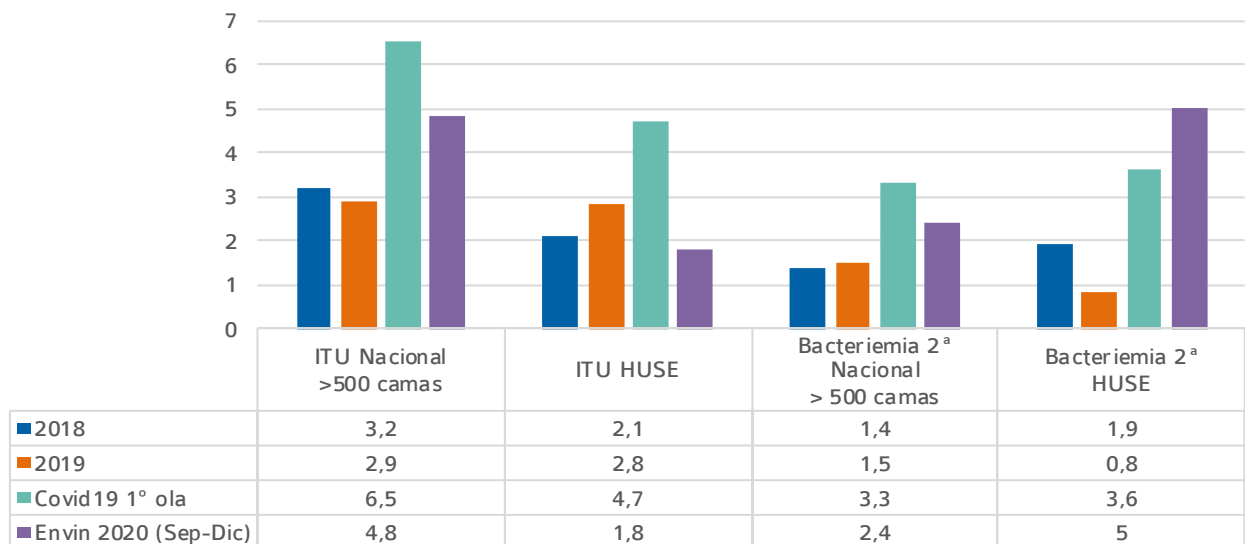
Tasa de incidencia de IRAS x 100 pacientes



Tasa x 1.000 días de dispositivo



ITU: Tasa x 1.000 días de dispositivo - Bacteriemia 2ª: tasa x 1.000 estancias



CONCLUSIÓN

La pandemia de SARS-CoV-2 ha supuesto un aumento de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en las UCI de todo el país. Desde el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC), se insta a los profesionales sanitarios que trabajan en UCI a adaptar las recomendaciones de los Proyectos Zero a las excepcionales condiciones asistenciales de los periodos epidémicos.

El personal sanitario de las UCI ha demostrado su capacidad de adaptación a las demandas asistenciales ya que ha respondido con profesionalidad, con diligencia y con rigor. Hemos acogido en nuestras unidades a muchos especialistas con otras competencias, siempre con la voluntad de colaborar y ayudar, con el objetivo de llegar al máximo número de pacientes. Estas sinergias nos ayudarán a ver la medicina de un modo más colaborativo y multidisciplinario.

AGRADECIMIENTOS. Desde estas páginas, el equipo de facultativos que compone el Grupo de Trabajo ENVIN quiere agradecer a todo el personal de UCI, especialmente al personal de enfermería, a los técnicos auxiliares en enfermería y a los celadores, su profesionalidad, su esfuerzo y dedicación en el cuidado del enfermo crítico demostrado durante estos difíciles meses de pandemia.

GRUPO DE TRABAJO ENVIN-UCI HUSE: Asunción Colomar, José Ignacio Ayestarán, Celia Sánchez, Albert Figueras, María Carmen Barbado, Tomás Lirón, María Begoña Guardiola, Isabel García-Cuadrado, Luis Arturo Rayo, Francisco Javier Berrocal, María Teresa Janer, Laura Soliva, Catalina March, María Magdalena Garcías, Marta Ocón, Joaquín Colomina y Mariana Andrea Novo.

BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER (BAC)

María Luisa Martín Pena
Helem Vilchez Rueda

Período: Enero-Marzo 2021

Los resultados del análisis obtenido en nuestro Hospital se describen como bacteriemias asociadas a catéter por 1.000 estancias durante el primer trimestre del año 2021 (Enero-Marzo). En primer lugar, se describen por servicios y, después, por unidades de hospitalización. Se ha realizado una comparativa con las bacteriemias asociadas a catéter durante los años 2018, 2019 y 2020.

Tabla 1. Bacteriemia asociada a catéter por 1.000 estancias por servicio.

	2018	2019	2020	Ene.- Mar. 2021
ANR	0,94	2,72	6,68	23,13
HEM	3,89	4,05	6,05	3,14
CGD	1,01	0,94	1,16	1,33
CTO	0,78	0,81	0,00	0,00
NCR	0,62	0,67	0,45	0,62
NEF	0,49	0,81	1,06	0,74
CAR	0,74	0,78	0,73	0,00
MIF	0,86	0,74	0,50	0,78
NRL	0,94	0,81	0,51	1,57
CCA	1,09	0,58	0,68	0,00
NML	0,08	0,57	0,43	0,24
CMF	1,15	1,42	0,80	0,00
DIG	1,18	0,93	0,81	0,90
MIR	0,67	0,53	0,69	0,25
ONC	0,59	0,67	0,80	1,79
TRA	0,31	0,13	0,19	0,00
ORL	0,39	0,98	1,72	0,00
ACV	0,26	0,00	0,00	1,07
CPL	0,77	0,00	0,00	0,00
URO	0,30	0,56	0,21	0,00
END	0,00	1,20	2,10	0,00
GINE	0,00	0,00	1,27	0,00

Tabla 2. Bacteriemia asociada a catéter por 1.000 estancias por unidad de hospitalización.

	2018	2019	2020	Ene.- Mar. 2021
UHOP	2,70	3,51	4,29	2,39
UH00	0,44	0,47	0,56	0,00
UH0N	0,79	0,71	1,06	1,05
UH0M	0,81	0,91	0,38	0,79
UH1P	0,32	0,16	0,16	0,64
UH1O	0,59	0,60	0,76	1,28
UH1N	0,00	0,00	0,15	0,00
UH1M	0,43	0,32	0,59	1,07
UH2P	0,80	0,80	0,59	0,00
UH2O	0,59	0,52	0,55	0,53
UH2N	0,94	0,93	1,49	0,99
UH2M	1,00	1,07	0,53	0,51
UH3P	0,84	0,39	0,44	0,00
UH3O	1,25	0,57	0,17	0,91
UH3N	0,31	0,67	0,59	0,77
UH3M	0,32	0,59	0,46	0,39

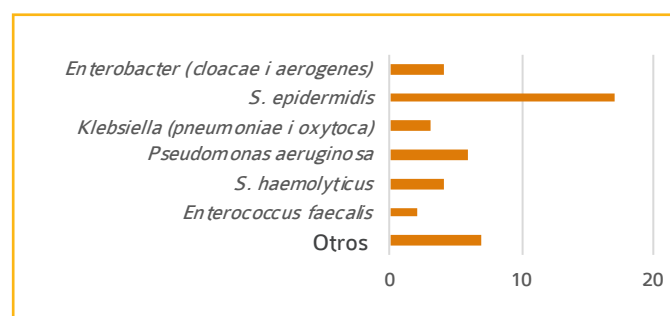


Figura 1. Etiología de las bacteriemias asociadas a catéter.

Etiología de las bacteriemias asociadas a catéter	Enero - Marzo 2021	Observaciones
<i>Enterobacter (cloacae y aerogenes)</i>	4	
<i>S. epidermidis</i>	17	7 resistente al linezolid
<i>Klebsiella (pneumoniae y oxytoca)</i>	3	1 MBL
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6	
<i>S. haemolyticus</i>	4	
<i>Enterococcus faecalis</i>	2	
Otros	7	

Tipo de catéter	Enero - Marzo 2021
Catéter venoso central	24
Catéter venoso central de inserción periférica	1
Catéter periférico	11
Catéter permanente	3
Otros (nefrostomía, epidural)	4
TOTAL	43

CONCLUSIONES

Un total de 43 episodios de bacteriemias asociadas a catéter durante este primer trimestre del año 2021, principalmente asociadas a infecciones de catéter central. El Servicio de Anestesiología ha presentado 18 episodios. Ha acumulado una tasa de incidencia de 23,13/1.000 estancias en el periodo. Los servicios de Hematología, Neurología y de Oncología han presentado 4 episodios cada uno de los servicios.

Varios servicios quirúrgicos (Cirugía Cardíaca, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Torácica, Cirugía Plástica, Ginecología, Otorrinolaringología, Urología y Traumatología) no han tenido ningún episodio de bacteriemia asociada a catéter.

BACTERIEMIA NOSOCOMIAL (BN)

María Luisa Martín Pena
Helem Vilchez Rueda

Periodo: Enero-Marzo 2021

Los resultados del análisis obtenido en nuestro Hospital se describen como bacteriemias nosocomiales por 1.000 estancias durante el primer trimestre del año 2021 (enero-marzo). Se ha realizado una comparativa con las bacteriemias nosocomiales durante los años 2018, 2019 y 2020.

Tabla 1. Bacteriemia nosocomial por 1.000 estancias por servicio.

	2018	2019	2020	Ene.- Mar. 2021
ANR	6,26	6,82	13,66	32,13
HEM	7,78	8,38	10,22	7,08
CGD	2,38	3,24	3,38	1,33
CTO	1,97	1,22	0,00	1,86
NCR	1,04	1,23	0,90	0,62
NEF	1,65	1,42	2,76	2,21
CAR	1,64	1,39	1,66	1,21
MIF	1,93	1,38	1,01	1,04
NRL	1,69	1,54	0,92	1,96
CCA	1,36	1,17	2,38	0,00
NML	0,44	1,05	0,77	0,48
CMF	1,15	1,42	1,60	2,87
DIG	2,79	2,49	2,68	3,16
MIR	1,86	0,91	1,68	0,51
ONC	2,12	2,03	3,34	4,04
TRA	0,85	0,62	0,97	0,81
ACV	0,78	0,75	0,27	1,07
ORL	1,18	1,31	1,72	0,00
CPL	0,77	1,01	0,82	0,00
URO	1,52	2,65	1,27	4,79
GIN	1,25	0,00	1,27	3,33
END	0,00	1,20	2,10	0,00

Tabla 2. Etiología de las bacteriemias nosocomiales.

N	Microorganismo
9	<i>E. coli</i> (1 BLEE)
4	<i>S. aureus</i> (1 MRSA)
19	<i>S. epidermidis</i> (7 multiR)
13	<i>P. aeruginosa</i> (3 multiR)
5	<i>Klebsiella</i> (1 BLEE, 1 MBL)
6	<i>Enterobacter</i>
7	<i>Enterococcus</i>
4	<i>S. haemolyticus</i>
3	<i>Bacteroides</i>
3	<i>Serratia</i>
12	Otros

Origen de las bacteriemias nosocomiales	Octubre - Diciembre 2020
Bacteriemia primaria	5
Catéter	43
Absceso	1
Herida quirúrgica	4
Infección respiratoria	5
Infección urinaria	12
Intrabdominal	8
Neutropenia febril	5
Prostatitis	1
Osteoarticular	1
TOTAL	85

Tabla 3. Origen de las bacteriemias nosocomiales.

CONCLUSIONES

Hubo un total de 85 episodios de bacteriemias de origen nosocomial, principalmente infección de catéter, infección urinaria. Los microorganismos más frecuentemente aislados en las bacteriemias nosocomiales fueron *S. epidermidis* (casi la mitad de ellos con fenotipo de resistencia al linezolid), *P. aeruginosa* seguido de *E. coli*. En 14 casos, el microorganismo aislado presentaba algún patrón de resistencia, lo que supone el 16% de los casos de bacteriemia nosocomial.

INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Olga Hidalgo Pardo, Jaime Garí Parera y Yolanda Rodríguez Santos

Durante el año 2020, se siguió a un total de 1.023 pacientes que presentaron muestras clínicas o de colonización por microorganismos multirresistentes (MDR).

Número de pacientes con MDR:

Primer semestre 2020 (enero-junio)	521
Segundo semestre 2020 (julio-septiembre)	502

De estos, los pacientes que presentaron muestras clínicas positivas para microorganismos MDR que cumplían criterio de infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), con más de 3 días de ingreso, fueron 378.

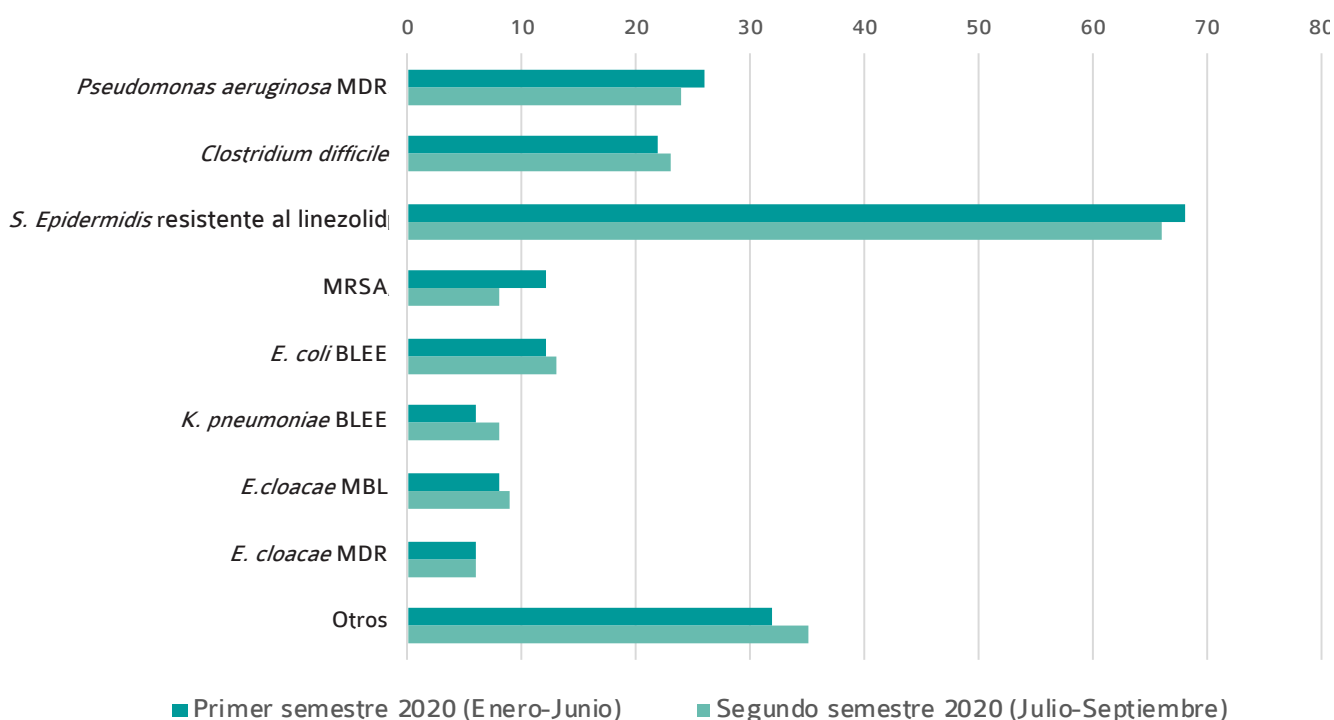
Número de pacientes con IRAS:

Primer semestre 2020 (enero-junio)	192
Segundo semestre 2020 (julio-diciembre)	186

Densidad de incidencia:

Primer semestre 2020 (enero-junio)	0,5‰
Segundo semestre 2020 (julio-diciembre)	0,2‰

En la gráfica, se pueden ver los microorganismos MDR más frecuentes en la infección relacionada a la asistencia sanitaria (IRAS) durante los periodos analizados.



CONCLUSIONES

La situación del Hospital durante el año 2020 ha estado condicionada por la pandemia de SARS-CoV-2. Durante este año 2020, hemos seguido prácticamente los mismos de pacientes con MDR (muestras clínicas o de colonización) que el año anterior.

El criterio de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (más de 3 días de ingreso) se ha cumplido en 192 pacientes en el primer semestre y 186 en el segundo semestre. La densidad de incidencia de infección (número de casos nuevos por 1.000 días de estancia) ha sido de 0,5‰ para el primer semestre y de 0,2‰ para el segundo. Estos datos están muy condicionados por el número de estancias, las cuales han disminuido con respecto al año anterior.

En cuanto a los microorganismos más frecuentes, relacionados con la infección nosocomial, destacamos *S. epidermidis* linezolid-resistente, seguido de la *P. aeruginosa* MDR y de *C. difficile*.

Los cambios originados por la pandemia en cuanto al cuidado de los pacientes pueden haber influido en este aumento de casos de *S. epidermidis* linezolid-resistente.

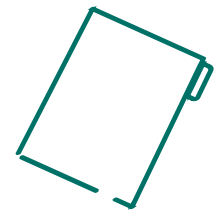
Prevención de la infección relacionada con la administración de nutrición parenteral por vía venosa central

M. Magdalena Gacías Gilet, Olga Hidalgo Pardo, Yolanda Rodríguez Santos, Elena M. Polo Santos y Aránzazu López Pérez

La administración de nutrición parenteral (NP), que se realiza habitualmente a través de vías venosas centrales, es un procedimiento que requiere especial atención desde el punto de vista de la aplicación de medidas asépticas para evitar eventos adversos infecciosos en los pacientes.

En la nutrición parenteral, rica en lípidos e hidratos de carbono, existe una alta probabilidad de crecimiento bacteriano en caso de una contaminación microbiológica. Además, la vía de administración de la nutrición parenteral suele ser principalmente una vía venosa central (VC). Este tipo de dispositivos, de uso frecuente en la atención sanitaria, están asociados con una de las complicaciones infecciosas de más impacto para los pacientes: las bacteriemias. La inserción y el mantenimiento (acceso a las luces, lavado, sellado, conexiones y desconexiones) deben realizarse con la máxima asepsia posible, tal como indica la evidencia científica disponible. Por todo esto, se constata que cuando unimos nutrición parenteral y vía venosa central (NP + VC) nos encontramos ante una situación especialmente delicada.

Ante la necesidad de tener disponible material de consulta sobre este tema, el Servicio de Medicina Preventiva ha elaborado un documento (se puede encontrar en la intranet del HUSE) en el que se presentan las secuencias de actuación en los procesos de administración de nutrición parenteral a través de una vía venosa central: inicio de la nutrición parenteral, cambio de bolsa y retirada de la nutrición parenteral. Se ha puesto especial énfasis en el mantenimiento de la asepsia en el manejo de todo el material y de los dispositivos implicados. En el documento, se encuentran los procedimientos estandarizados, ya que la estandarización es una herramienta esencial que permite a los profesionales mejorar la aplicación de medidas de asepsia en los procedimientos invasivos.



Id. del documento:
6299



Este documento se complementa con un video, actualmente disponible en el canal de Youtube del Hospital. Dicho video se ha elaborado con la colaboración de Raul de la Yeza, enfermero de la Unidad de Hospitalización de la planta 3, módulo O (UH3O).

son Espases
hospital universitari

INSTRUCCIÓ
de **SEGURETAT**



UNITAT DE QUALITAT
Col·labora: A. Contreras, A. Escrivà i M. J. Arévalo
(Grup de Gestió de Riscos)

miqueltorres.es

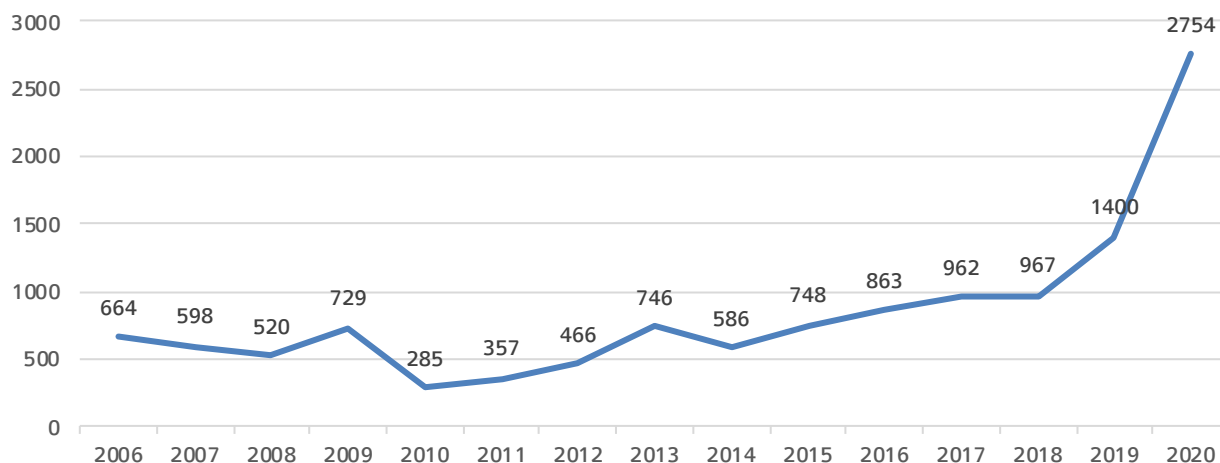
AUD 35/734

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Se presentan los datos vacunación antigripal 2020-2021 en los trabajadores del Hospital y se comparan con los de los años anteriores. Se muestran las vacunaciones realizadas en el Hospital, no se contabilizan las vacunaciones realizadas de manera independiente o en centros de salud.

Número de vacunaciones



Las tasas de vacunaciones durante esta temporada 2020-2021 han aumentado de manera global tanto en el personal facultativo como en el personal sanitario no facultativo y no sanitario.

Año	Facultativos	No facultativos	No sanitarios	Total
2017	36,7%	14,2%	14%	18,5%
2018	31%	14%	16%	17,8%
2019	46%	21%	22%	26%
2020	67%	40%	36%	38%

Este año se ha observado un aumento de la tasa de vacunación en el ámbito global, principalmente en el sector de facultativos (ha pasado del 46% al 67%) y en el sector de personal sanitario no facultativo (ha aumentado del 21% al 40%).

Probablemente, la pandemia por COVID-19 ha propiciado un notable aumento en la cifra de personas vacunadas frente a la gripe en la campaña de vacunación 2020-2021.

ii Actualización de protocolos!!



Id. 4731- Neutropenia febril

Id. 6881- Espondilodiscitis

Id. 6471- Infecciones en el trasplante hepático

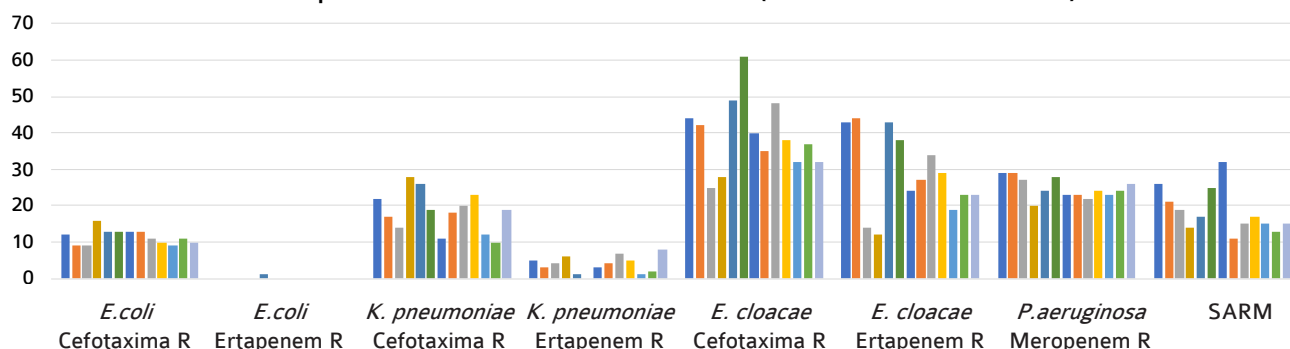
Id. 6473- Diagnóstico de infecciones en población gestante

INDICADORES DE RESISTENCIA

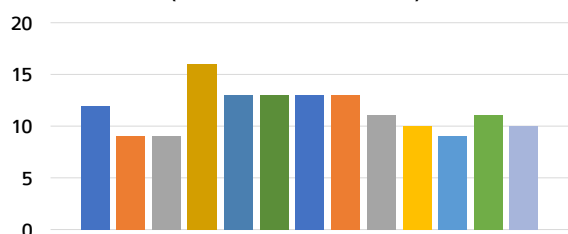
Antonio Oliver Palomo, Estrella Rojo Molinero y Xavier Mulet Aguiló

Se ofrecen los datos comparativos de los principales indicadores de resistencia por trimestres (T) de los años 2018, 2019 y 2020.

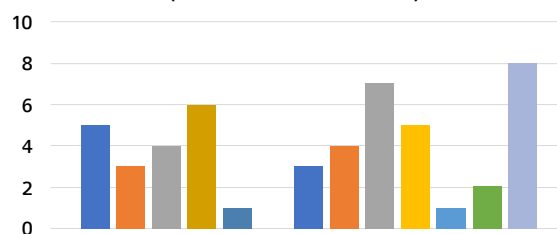
Principales indicadores de resistencia (% aislados resistentes)



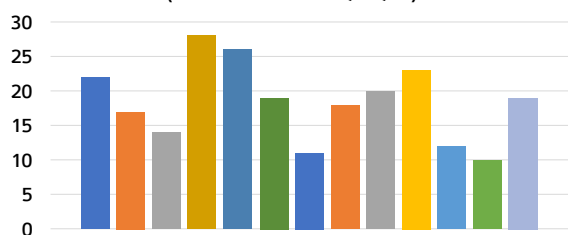
E. coli resistente a cefotaxima (% aislados resistentes)



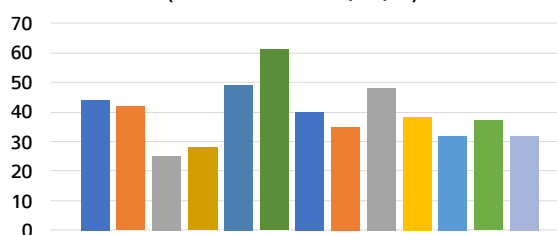
K. Pneumoniae resistente a ertapenem (% aislados resistentes)



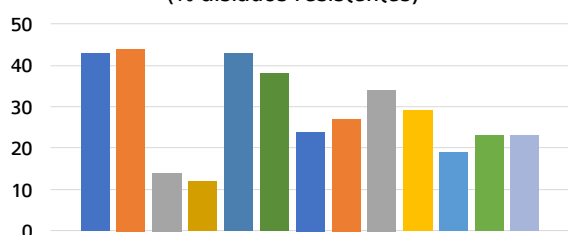
K. Pneumoniae resistente a cefotaxima (% aislados resistentes)



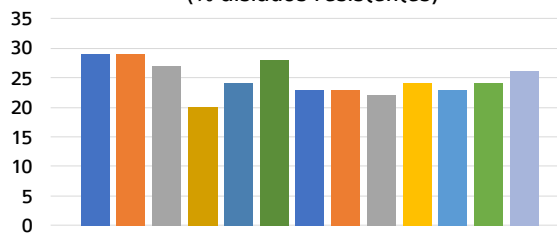
E. cloacae resistente a cefotaxima (% aislados resistentes)



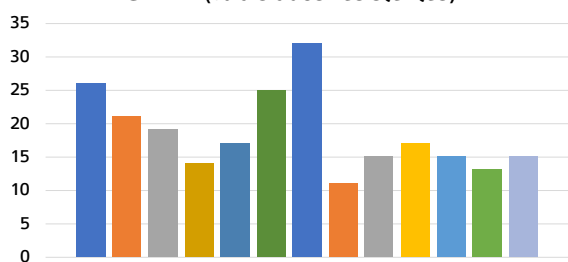
E. cloacae resistente a ertapenem (% aislados resistentes)



P. aeruginosa resistente a meropenem (% aislados resistentes)



SARM (% aislados resistentes)



■ 18T1 ■ 18T2 ■ 18T3 ■ 18T4 ■ 19T1 ■ 19T2 ■ 19T3
 ■ 19T4 ■ 20T1 ■ 20T2 ■ 20T3 ■ 20T4 ■ 21T1

- Respecto a las enterobacterias, cabe destacar un aumento de la resistencia a la cefotaxima (indicador de BLEE) y al ertapenem (indicador de carbapenemasas) en *Klebsiella pneumoniae* y un descenso en *Enterobacter cloacae*, en comparación con trimestres anteriores de 2020.
- Se documenta una ligera tendencia ascendente en la prevalencia de resistencia al meropenem en *Pseudomonas aeruginosa*. Para mantener la coherencia de la serie, los datos incluidos son la suma de las cepas I, sensibles exposición incrementada (10%), y R, resistentes (16%).
- El SARM permanece estable en el primer trimestre de 2021 con porcentajes en torno al 15%, similar a todos los trimestres del año anterior.

El Servicio de Microbiología ha publicado los datos correspondientes al conjunto de cepas aisladas en el Hospital durante 2020

Servicio de Microbiología

informe de sensibilidad antibiótica

En 2019 se produjeron cambios conceptuales en las recomendaciones del *European Committee of Antimicrobial Susceptibility Testing* (EUCAST) y Comité Español del Antibiograma (COESANT). Hasta 2018, las tres categorías interpretativas eran sensible (S), intermedio (I) y resistente (R). Sin embargo, desde 2019 las categorías son las siguientes: sensible, régimen de dosificación estándar (S); sensible, cuando se incrementa la exposición (I), y resistente (R). El cambio más importante, en relación a la generación de informes de sensibilidad acumulada como este, es que cuando se analizan cifras de sensibilidad globales ahora se considera S+I en vez de solamente S.

Los datos que se presentan corresponden al conjunto de cepas aisladas en todo el Hospital durante el año 2020; aunque pueden existir variaciones específicas en algunas unidades. Los datos específicos de sensibilidad en la UCI están disponibles en la intranet.

Se observa una tendencia creciente al aislamiento de cepas BLEE en *E. coli* y *K. pneumoniae*, como en otras áreas geográficas. Estas cepas son resistentes a las cefalosporinas y al aztreonam.

El problema de resistencia más acusado en el HUSE, actualmente, es el *Enterobacter cloacae* productor de carbapenemasa, particularmente en la UCI.

La resistencia a las quinolonas en gram-negativos es elevada, igual que en otros hospitales del país y en la comunidad.

En los últimos años, se observa un aumento significativo de la resistencia a los antibióticos en *P. aeruginosa*. Estos datos llaman a extremar las medidas de vigilancia y control.

La incidencia de *S. aureus* resistente a la meticilina (MRSA) se ha estabilizado (en torno al 10%-20%) aunque sigue reflejando una situación endémica. Se recuerda la conveniencia de que todos tomemos medidas para controlar la situación.

En 2020, ha continuado aumentado el porcentaje de resistencia al linezolid en *S. epidermidis*.

Los datos de sensibilidad a la penicilina para el neumococo desaconsejan su utilización como terapia empírica en la meningitis, pero no en la neumonía.

La resistencia a la eritromicina y la clindamicina sigue siendo elevada en el neumococo y en *S. agalactiae*, lo que puede tener implicaciones en el tratamiento de la otitis media y en la profilaxis de la infección neonatal (madres alérgicas a los β -lactámicos).

GRAM-NEGATIVOS
PORCENTAJES DE CEPAS SENSIBLES

ANTIBIÓTICO	MICROORGANISMO							
	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Enterobacter cloacae</i>	<i>Morganella morganii</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	<i>Haemophilus influenzae</i>
Beta-lactámicos								
Ampicilina	40	0	56	0	0	0		60
Amoxicilina-clavulanato	77	83	85	0	0	0		76
Cefuroxima								91
Cefotaxima	90	85	97	55	89			98
Ceftazidima						88		
Piperacilina-tazobactam						82		
Imipenem						80	0	
Meropenem				87		89	0	
Ertapenem	99	96	99	68	99	0	0	
Aminoglucósidos								
Gentamicina	90	93	77	77	89			
Tobramicina	90	84	84	74	89	79		
Amikacina	98	98	99	93	100	85		
Otros								
Ciprofloxacino	73	80	67	71	77	70		97
Cotrimoxazol	70	78	59	69	79	0	84	
Azitromicina								97
Fosfomicina	96							



Menos del 50% de las cepas sensibles (S+I)
50%-85% de las cepas sensibles (S+I)
Más del 85% de las cepas sensibles (S+I)

NOTA: Está disponible un informe más detallado con datos de evolución temporal de la resistencia y con comentarios de interés, al que se puede acceder mediante el código QR adjunto.

GRAM-POSITIVOS
PORCENTAJES DE CEPAS SENSIBLES

ANTIBIÓTICO	MICROORGANISMO							
	<i>Staphylococcus aureus</i> cepas sensibles a meticilina	<i>Staphylococcus aureus</i> (cepas MRSA)	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	<i>Streptococcus pyogenes</i> (estreptococo del grupo A)	<i>Streptococcus agalactiae</i> (estreptococo del grupo B)	
Beta-lactámicos								
Penicilina	14	0	4		89	100	100	
Oxacilina	100	0	20					
Ampicilina				100				
Cefotaxima					100	100	100	
Aminoglucósidos								
Gentamicina	95	83	36					
Gentamicina alto nivel				72				
Estreptomina alto nivel				79				
Glucopéptidos								
Vancomicina	100	100	100	100	100	100	100	
Teicoplanina	100	100	87	100				
Otros								
Eritromicina	71	49	16		69	85	71	
Clindamicina	75	80	34		83	86	73	
Ciprofloxacino	95	39	31					
Levofloxacino					95			
Cotrimoxazol	99	99	50					
Rifampicina	99	82	64					
Linezolid	100	99	71	100				
Mupirocina		98						
Ácido fusídico		96						



Menos del 50% de las cepas sensibles (S+I)
50%-85% de las cepas sensibles (S+I)
Más del 85% de las cepas sensibles (S+I)

NOTA: Está disponible un informe más detallado con datos de evolución temporal de la resistencia y con comentarios de interés, al que se puede acceder mediante el código QR adjunto.



Queremos recomendar a todos los profesionales la realización del curso en línea de higiene de manos, disponible en la plataforma Moodle del Servicio de Salud.

<https://formacio1.ssib.es>

Pueden acceder a dichos vídeos desde la intranet hospitalaria en la sección de Investigación y Docencia/Docencia/Formación online ssib.



Acceso directo a los vídeos:

“Higiene de manos”



“Observación higiene de manos”



“Prevención de infecciones asociadas a cateterismos intravasculares”



Escanee el código para descargar la aplicación en su móvil de la Guía Terapéutica Antibiótica



Puede acceder al “Programa de Vigilancia de la Bacteriemia asociada a catéter en hospitalización convencional” en el Buscador de Documentos de la intranet hospitalaria.

Redacción

María Luisa Martín Pena. Servicio de Medicina Interna
Helem Vilchez Rueda. Servicio de Medicina Interna
Xavier Mulet Aguiló. Servicio de Microbiología.
Antonio Oliver Palomo. Servicio de Microbiología
Estrella Rojo Molinero. Servicio de Microbiología
Olga Hidalgo Pardo. Servicio de Medicina Preventiva
Magdalena Gacias Gilet. Servicio de Medicina Preventiva
Jaime Garí Parera. Servicio de Medicina Preventiva
Yolanda Rodríguez Santos. Servicio de Medicina Preventiva
Elena M Polo Santos. Servicio de Medicina Preventiva
Aránzazu López Pérez. Servicio de Medicina Preventiva
M^a Asunción Colomar Ferrá. Servicio de Medicina Intensiva
J. Ignacio Ayestarán Rota. Servicio de Medicina Intensiva

Coordinación técnica

Marta Torres Juan
Unidad de Calidad

Diseño y maquetación

Servicio de Audiovisuales

Corrección y traducción

Servicio Lingüístico

Edita

Hospital Universitario Son Espases
Ctra. de Valldemossa, 79 - 07120 Palma

Depósito legal: PM600-2019

ISSN: 2659-7055

COMISIONES HOSPITALARIAS



COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA, PROFILAXIS Y POLÍTICA ANTIBIÓTICA

<http://intranet.hsd.es>

Aretio Pousa, Ana. Vocal
Ayestarán Rota, José Ignacio. Vocal
Delgado Sánchez, Olga. Vocal
Dueñas Morales, Joaquim. Vocal
Gacias Gilet, M. Magdalena. Vocal
Guiu Martí, Alexandra M. Vocal
Hidalgo Pardo, Olga. Secretaria
Martín Pena, Luisa. Presidenta
Mas Morey, María del Mar. Vocal
Montaner Barceló, Francisco. Vocal
Novo Garcia, Andrés. Vocal
Ochogavia Seguí, Aina. Vocal
Oliver Palomo, Antonio. Vicepresident
Palou Rotger, Alexandre. Vocal
Periáñez Párraga, Leonor del Mar. Vocal
Riera Jaume, Melchor. Vocal
Rodrigo Troyano, Ana María. Vocal
Rojo Molinero, Estrella. Vocal
Sanclemente Ansó, M, Carmen. Vocal
Torres Juan, Marta. Vocal
Torres Pedrós, Vicente. Vocal