

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).

## Nuevos conceptos para la interpretación del antibiograma

### Perfusión extendida o continua de beta-lactámicos

El grupo PROA-CAIB ha preparado su primera nota informativa. Se trata de un documento de consenso para el uso de perfusiones extendidas como parte de la optimización del uso de antimicrobianos, preparado por los farmacéuticos hospitalarios y revisado y aprobado por los coordinadores PROA de todas las gerencias. Para contextualizarlo, se ha incluido también la información de la dosificación según los criterios de EUCAST que creemos que pueden ser de utilidad.

#### Antimicrobianos que requieren dosis más elevadas en infecciones por microorganismos sensibles a exposición incrementada.

Antimicrobiano	Dosis estándar	Dosis para sensible exposición incrementada	Observaciones
Ampicilina	2 g c/8 h IV	2 g c/6 h IV	Meningitis: 2 g c/4 h IV
Amoxicilina	500 mg/8 h VO	1 g c/8 h VO	ITU "no complicada": 500 mg/8 h VO
Amoxicilina/clavulánico IV	1 g/0,2 g c/-8 h IV	2 g/0,2 g c/8 h IV	
Amoxicilina/clavulánico VO	500/125 mg c/8 h VO	875/125 mg c/8 h VO	ITU "no complicada": 500/125 mg c/8 h VO
Aztreonam	1 g/8 h IV	2 g/6 h IV	Limitar al máximo su empleo por utilidad en el tratamiento de microorganismos multiresistentes.
Cefazolina	1 g c/8 h IV	2 g c/8 h IV	
Cefotaxima	1 g/8 h IV	2 g c/8 h IV	
Ceftarolina	600 mg/12 h IV	600 mg/8 h IV	IPPBc: <i>S. aureus</i> con MIC 4 mg/l tratar con dosis altas.
Ceftazidima	1 g c/8 h IV	1 g/6h o 2 g/8 h IV	
Ceftriaxona	2 g/24 h IV	2 g/12h o 4 g/24 h IV	Meningitis: emplear dosis alta. Gonorrea no complicada: 0,5-1 g IM en DU.
Cefuroxima IV	750 mg/8 h IV	1.500 mg c/8 h IV	
Cefuroxima VO	250 mg/12 h VO	500 mg/12 h VO	250 mg/12 h VO
Ciprofloxacino IV	400 mg/12 h IV	400 mg/8 h IV	
Ciprofloxacino VO	500 mg/12 h VO	750 mg/12 h VO	
Clarithromicina	250 mg/12 h VO	500 mg c/12 h VO	



## Antimicrobianos que requieren dosis más elevadas en infecciones por microorganismos sensibles a exposición incrementada.

Antimicrobiano	Dosis estándar	Dosis para sensible exposición incrementada	Observaciones
Clindamicina IV	600 mg/8 h IV	900 mg c/8 h IV	El empleo de la dosis más elevada está indicado en casos de infecciones más graves o la disponibilidad del fármaco en el lugar de infección.
Clindamicina VO	300 mg c/12 h VO	300 mg c/6 h VO	El empleo de la dosis más elevada está indicado en casos de infecciones más graves o la disponibilidad del fármaco en el lugar de infección.
Cloxacilina IV	1 g c/6 h IV	2 g c/4 h IV	El empleo de la dosis más elevada está indicado en casos de infecciones más graves o la disponibilidad del fármaco en el lugar de infección.
Cloxacilina VO	500 mg c/6 h VO	1.000 mg c/6 h VO	El empleo de la dosis más elevada está indicado en casos de infecciones más graves o la disponibilidad del fármaco en el lugar de infección.
Cotrimoxazol IV (trimetoprim/sulfametoxazol)	160 mg/800 mg c/12 h IV	240 mg/1.200 mg/12 h IV	
Cotrimoxazol VO (trimetoprim/sulfametoxazol)	160 mg/800 mg c/12 h VO	240 mg/1.200 mg/12 h VO	160 mg c/12 h VO
Ertapenem	1 g/24 h IV	-	
Fosfomicina IV	4 g c/8 h IV	8 g c/8 h IV	
Fosfomicina VO	-	3 g VO en dosis única	
Imipenem IV	500 mg c/6 h IV	1.000 mg c/6 h IV	
Levofloxacino IV	500 mg c/24 h IV	500 mg c/12 h IV	
Levofloxacino VO	500 mg c/24 h VO	500 mg c/12 h VO	
Meropenem IV	1 g c/8 h IV	2 g c/8 h IV	
Penicilina G sódica (bencilpenicilina)	1 MUI c/6 h IV	2 MUI c/4-6 h IV	<p>Meningitis por <i>S. pneumoniae</i>: CMI ≤ 0,06 mg/l → 4 MUI c/4 h IV</p> <p>Neumonía por <i>S. pneumoniae</i>: CMI ≤ 0,5 mg/l → 2 MUI c/6 h IV</p> <p>CMI 0,5-1 mg/l → 4 MUI c/6 h IV o 2 MUI c/4 h IV</p> <p>CMI 1-2 mg/l: 4 MUI c/4 h IV.</p>
Piperacilina/tazobactam	4/0,5 g c/8 h en PF ext de 4 h o 4/0,5 g/6 h IV en 30min	4/0,5 g/6 h IV en PF ext de 3 h	La dosis de 4/0,5 g c/8 h IV es una opción aceptable para tratar: ITU complicada, infecciones intraabdominales y pie diabético, pero no para tratar infecciones por microorganismos resistentes a cefalosporinas de 3ª generación.
Rifampicina	600 mg/24 h VO o IV		
Teicoplanina	400 mg/24 h IV	800 mg c/24 h IV	

Para más información, consulte

**AQUL**

o

escanee el código QR



### ELABORADO POR:

**Abel Trujillano Ruiz**

Servicio de Farmacia  
Hospital de Manacor

**Carla Lliana Granell**

Servicio de Farmacia  
Hospital Mateu Orfila

**Fernando Becerril Moreno**

Servicio de Farmacia  
Hospital Can Misses

**Leonor del Mar Periañez**

Servicio de Farmacia  
Hospital Universitario

Son Espases

**Maria Jaume Gayà**

Servicio de Farmacia  
Hospital Comarcal de Inca

**Nora Izko Gartzia**

Servicio de Farmacia  
Hospital Universitario Son Llàtzer



## Perfusiones extendidas o continuas de beta-lactámicos

Antimicrobiano	Dosis de choque			Dosis mantenimiento (iniciar tras dosis de choque)				
	Dosis	Dilución	Tiempo de infusión	Dosis por toma	Dilución	Frecuencia de cambio	Tiempo de infusión	Estabilidad (concentración)
Penicilina sódica (bencilpenicilina) Recomendable vía central para pf	2.000.000 UI	100 ml SF	30 min	9-12 MUI (dosis diaria 18-24 MU)	100 ml SF*	c/12 h	12 h	12 h a TA; 7 d N (133.333 UI/ml)
Ámpicilina Recomendable vía central para pf	2 g	100 ml SF	30 min	12 g	500 ml SF*	c/24 h	24 h	24 h a TA; 72 h N (20 mg/l)
Cloxacilina Recomendable vía central para pf	2 g	50 ml SF	60 min	1-2 g 12 g	50-100 ml SF 100 ml SF*	c/4-6 h c/24 h	30 min 24 h	48 h a TA (50 mg/ml) 24 h TA (6 g/48 ml)
Piperacilina-tazobactam	4 g/0,5 g	100 ml SF	30 min	4g 12-16 g	100 ml SF 250 SF*	c/8 h c/24 h	4 h 24 h	48 h TA 14 d a TA; 28 d h N (60/7,5 mg/mL)
Aztreonam	2 g	100 ml SF	30 min	2 g 6-8 g	100 ml SF 500 ml SF	c/6-8 h c/24 h	4 h 24 h	48 h TA; 7 d N (20 mg/ml)
Imipenem Recomendable vía central para pf	0,5 - 1 g	100 ml SF	30 min	0,5-1 g	250 ml SF	c/6-8 h	3 h	8 h a TA; 72 h N (5 mg/ml)
Meropenem	0,5 - 2 g	50 ml SF	30 min	1-2 g	100 ml SF 100 ml SF	c/8 h c/8 h	4 h 8 h	10 h a TA; 48 h N (20mg/ml)
Cefotaxima	1-2 g	100 ml SF	30 min	1-2 g 6-8 g	100 ml SF 500 ml SF	c/6-8 h c/24 h	4 h 24 h	24 h a TA (10 a 20 mg/l)
Ceftazidima	2 g	100 ml SF	30 min	2 g 6 g	100 ml SF 250 ml SF	c/8 h c/24 h	4 h 24 h	24 h a TA; 14d N (40 mg/ml)
Cefepime	2 g	100 ml SF	30 min	2 g 6 g	100 ml SF 250 ml SF	c/8 h c/24 h	4 h 24 h	24 h TA; 10d N (40 mg/ml)
Cefotolozano-tazobactam 1000 mg/500 mg	1 g/0,5 g	100 ml SF	30 min	1 g/0,5 g ó 2 g/1 g 3 g/1,5 g 6 g/3 g	100 ml SF 250 ml SF 500 ml SF	c/8 h c/24 h	3 h 24 h	24 h TA; 7dN (20/10 mg/l)
Ceftazidima-avibactam	2 g/0,5 g	100 ml SF	30 min	2 g/0,5 g 2 g/0,5 g	100 ml SF 100 ml SF	c/8 h c/8 h	2 h 8 h	12 h a TA; 24h N (8-40/2-10 mg/ml)

## BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER (BAC)

María Luisa Martín Pena  
Helem Vélchez Rueda

Periodo Enero - Marzo 2022

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 2022 (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 2018-2021.

Bacteriemia asociada a catéter por 1.000 estancias por servicio

	2018	2019	2020	2021	Enero Marzo 2022
ANR	0,94	2,72	6,68	6,31	3,16
HEM	3,89	4,05	6,05	5,99	7,10
CGD	1,01	0,94	1,16	1,02	0
CTO	0,78	0,81	0	0,42	0
NCR	0,62	0,67	0,45	0,97	1,13
NEF	0,49	0,81	1,06	1,86	1,63
CAR	0,74	0,78	0,73	0,45	0,92
MIF	0,86	0,74	0,50	0,74	0,51
NRL	0,94	0,81	0,51	0,91	1
CCA	1,09	0,58	0,68	0	0
NML	0,08	0,57	0,43	0,75	0,72
CMF	1,15	1,42	0,80	0,71	0
DIG	1,18	0,93	0,81	0,64	1,42
MIR	0,67	0,53	0,69	0,31	0
ONC	0,59	0,67	0,80	1,36	0,41
TRA	0,31	0,13	0,19	0,51	0
ORL	0,39	0,98	1,72	0	0
ACV	0,26	0	0	0,52	0
CPL	0,77	0	0	0	0
URO	0,30	0,56	0,21	0,37	0,71
END	0	1,20	2,10	0	0
GINE	0	0	1,27	0	0

Tipos de catéter

Tipos de catéter	Ene-Mar. 2022
Catéter venoso central	21
Catéter venoso central de inserción periférica	2
Catéter periférico	11
Catéter permanente	4
	<b>TOTAL 38</b>

Etiología de las bacteriemias asociadas a catéter

Etiología	Ene-Mar. 2022
<i>S. epidermidis</i> (6 resistente a linezolid y 3 resistente también a teicoplanina)	16
<i>Enterococcus (faecalis y faecium)</i>	5
<i>S. haemolyticus</i>	4
<i>S. aureus</i>	3
<i>E. coli</i> (1 BLEE)	3
<i>Enterobacter cloacae</i> (1 MBL)	2
Otros	5

Bacteriemia asociada a catéter por 1.000 estancias por unidad de hospitalización

	2018	2019	2020	2021	Enero Marzo 2022
UH0P	2,70	3,51	4,29	4,61	6,14
UH0O	0,44	0,47	0,56	0,86	1,45
UH0N	0,79	0,71	1,06	0,84	1,05
UH0M	0,81	0,91	0,38	0,63	1,04
UH1P	0,32	0,16	0,16	0,56	0
UH1O	0,59	0,60	0,76	1,04	0,33
UH1N	0	0	0,15	0	0
UH1M	0,43	0,32	0,59	0,71	0
UH2P	0,80	0,80	0,59	0,22	0,88
UH2O	0,59	0,52	0,55	0,48	0,34
UH2N	0,94	0,93	1,49	0,58	0
UH2M	1,0	1,07	0,53	0,66	1,84
UH3P	0,84	0,39	0,44	0,47	0,41
UH3O	1,25	0,57	0,17	0,69	0
UH3N	0,31	0,67	0,59	0,66	0,31
UH3M	0,32	0,59	0,46	0,92	0,41

### CONCLUSIONES

Un total de 38 episodios de bacteriemias asociadas a catéter durante este primer trimestre del año 2022, principalmente asociadas a infecciones de catéter central, pero con un número no despreciable de casos asociados a catéter de inserción periférica. Llama la atención el número importante de casos producidos por cepas de *S. epidermidis*, de los 16 casos hubo 9 con resistencia al linezolid y 3 de ellos resistente al linezolid y también a la teicoplanina. Varios servicios quirúrgicos como Cirugía Cardíaca, Vascular, Maxilofacial, Torácica, Plástica, Ginecología, Otorrinolaringología, Cirugía General, y Traumatología no han tenido episodios de BAC durante este periodo.



## BACTERIEMIA NOSOCOMIAL (BN)

María Luisa Martín Pena  
Helem Vilchez Rueda

Periodo Enero-Marzo 2022

Los resultados del análisis obtenido en nuestro Hospital se describen como bacteriemias nosocomiales por 1.000 estancias durante el primer trimestre del año 2022 (Enero-Marzo) por servicios. Se ha realizado una comparativa con las bacteriemias nosocomiales durante los años 2018-2021.

Bacteriemia nosocomial por 1.000 estancias por servicio

	2018	2019	2020	2021	Enero Marzo 2021
ANR	6,26	6,82	13,66	17,30	16,89
HEM	7,78	8,38	10,22	12,13	10,93
CGD	2,38	3,24	3,38	2,33	0,89
CTO	1,97	1,22	0	0,84	1,52
NCR	1,04	1,23	0,90	2,15	1,7
NEF	1,65	1,42	2,76	3,10	2,45
CAR	1,64	1,39	1,66	1,16	1,23
MIF	1,93	1,38	1,01	1,28	1,03
NRL	1,69	1,54	0,92	1,82	1,67
CCA	1,36	1,17	2,38	0,31	1,18
NML	0,44	1,05	0,77	1,27	1,45
CMF	1,15	1,42	1,60	2,13	2,97
DIG	2,79	2,49	2,68	2,97	3,9
MIR	1,86	0,91	1,68	0,87	0,72
ONC	2,12	2,03	3,34	3,45	1,23
TRA	0,85	0,62	0,97	1,10	0,81
ACV	0,78	0,75	0,27	0,78	0
ORL	1,18	1,31	1,72	0,64	0
CPL	0,77	1,01	0,82	0	0
URO	1,52	2,65	1,27	2,78	3,57
GINE	1,25	0	1,27	1,47	0
END	0	1,20	2,10	0	0

Origen de las bacteriemias nosocomiales

Origen de las bacteriemias nosocomiales	Ene-Mar. 2022
Catéter	38
Bacteriemia primaria	13
Intrabdominal	10
Infección urinaria	7
Infección respiratoria	9
Herida quirúrgica	5
Neutropenia febril	4
ORL	2
Piel y partes blandas	1
Osteoarticular	1
TOTAL	97

Etiología de las bacteriemias nosocomiales

N.	Microorganismo
24	<i>S. epidermidis</i> (9 resistente al linezolid y 4 resistentes a la teicoplanina y linezolid)
17	<i>E. coli</i> (2 BLEE)
8	Enterococo
6	<i>S. aureus</i> (1 MRSA)
6	<i>S. haemolyticus</i>
5	<i>Enterobacter cloacae</i> (1MBL, 1 multiR)
4	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
3	<i>Serratia marcescens</i>
3	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
14	Otros

### CONCLUSIONES

Hubo un total de 90 episodios de bacteriemias de origen nosocomial, siendo la más frecuente la de origen de infección de catéter. Hubo 13 casos de bacteriemia primaria siendo la segunda causa más frecuente, donde no se pudo identificar el origen de la misma. La infección intrabdominal y la respiratoria ocuparon el tercer y cuarto lugar en frecuencia.

Como era esperable los servicios de Anestesiología y de Hematología fueron los que agruparon el mayor número de bacteriemias nosocomiales.

El servicio de Hematología tuvo 20 casos de BN, la mayoría de ellas por infección de catéter (13 casos).

El servicio de Anestesiología y Reanimación tuvo 16 casos de BN, de los cuales las causas más frecuentes fueron: infección respiratoria (8 casos), asociada a catéter (3 casos) e infección de herida quirúrgica (2 casos).

Llama la atención los 11 episodios de BN en el servicio de Aparato Digestivo, por infección intrabdominal (5 casos) y por infección asociada a catéter (4 casos).

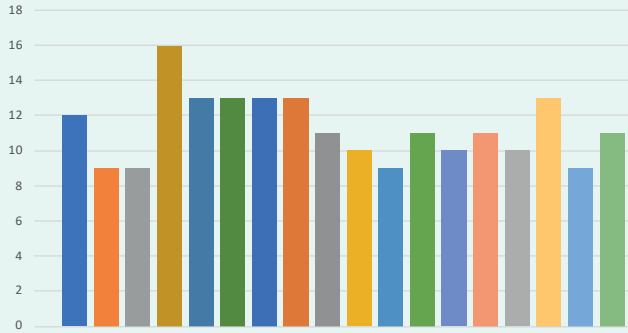
## INDICADORES DE RESISTENCIA

Antonio Oliver  
Estrella Rojo  
Xavier Mulet

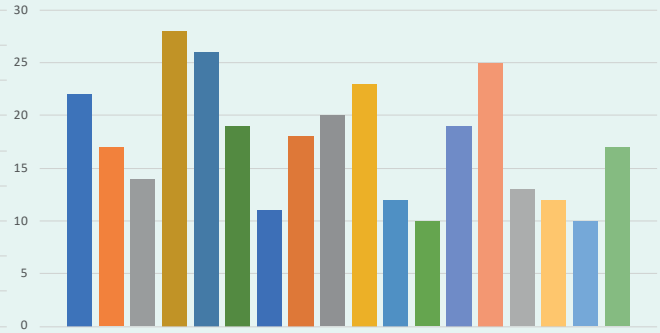
Se ofrecen los datos comparativos de los principales indicadores de resistencia por trimestres (T) desde el año 2018 hasta el el segundo trimestre del 2022.

■ 18T1 ■ 18T2 ■ 18T3 ■ 18T4 ■ 19T1 ■ 19T2 ■ 19T3 ■ 19T4 ■ 20T1  
■ 20T2 ■ 20T3 ■ 20T4 ■ 21T1 ■ 21T2 ■ 21T3 ■ 21T4 ■ 22T1 ■ 22T2

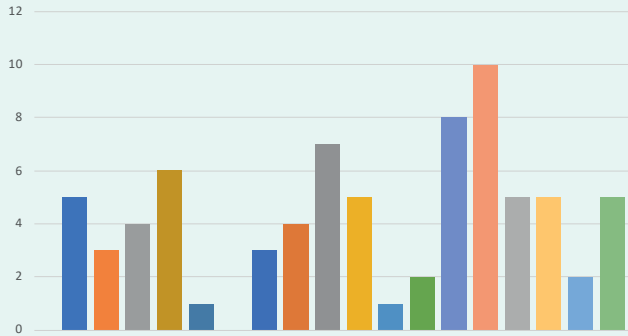
*E. coli* resistente a cefotaxima (% aislados resistentes)



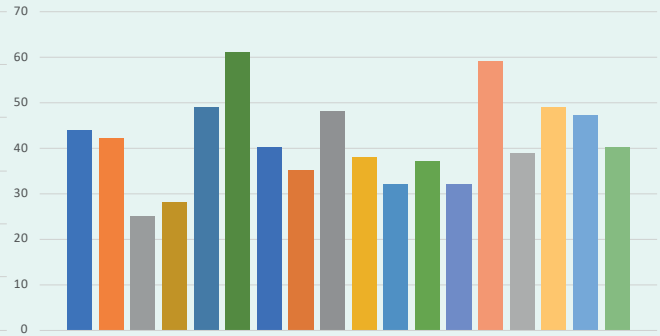
*K. Pneumoniae* resistente a cefotaxima (% aislados resistentes)



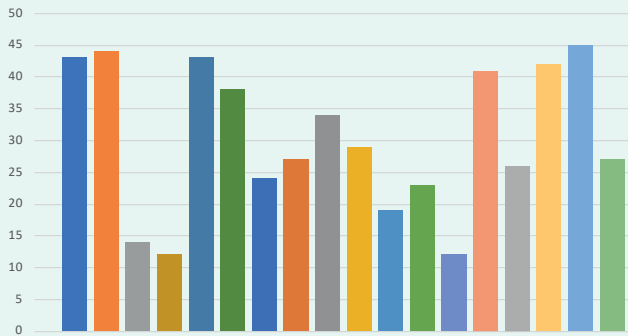
*K. Pneumoniae* resistente a ertapenem (% aislados resistentes)



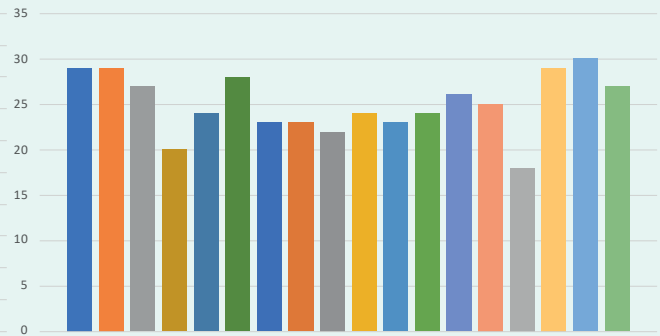
*E. cloacae* resistente a cefotaxima (% aislados resistentes)



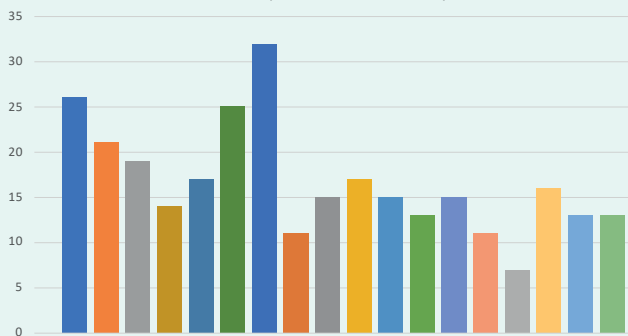
*E. cloacae* resistente a ertapenem (% aislados resistentes)



*P. aeruginosa* resistente a meropenem (% aislados resistentes)



SARM (% aislados resistentes)



• Respecto a las enterobacterias, cabe destacar un aumento de la resistencia a la cefotaxima (indicador de BLEE) y al ertapenem (indicador de carbapenemasas) en *K. pneumoniae*, en el segundo trimestre, frenando una tendencia favorable. Por el contrario, la resistencia a la cefotaxima y al ertapenem en *E. cloacae* disminuyeron en el segundo trimestre después de una tendencia al alza.

• En términos generales, se documenta una ligera tendencia al alza en la resistencia al meropenem *Pseudomonas aeruginosa* en los dos primeros trimestres, continuando con la tendencia del último de 2021. Para mantener la coherencia de la serie, los datos incluidos son la suma de las cepas I, sensibles a la exposición incrementada y R, resistentes.

• La prevalencia de SARM se mantiene estable (13%) los dos primeros trimestres.

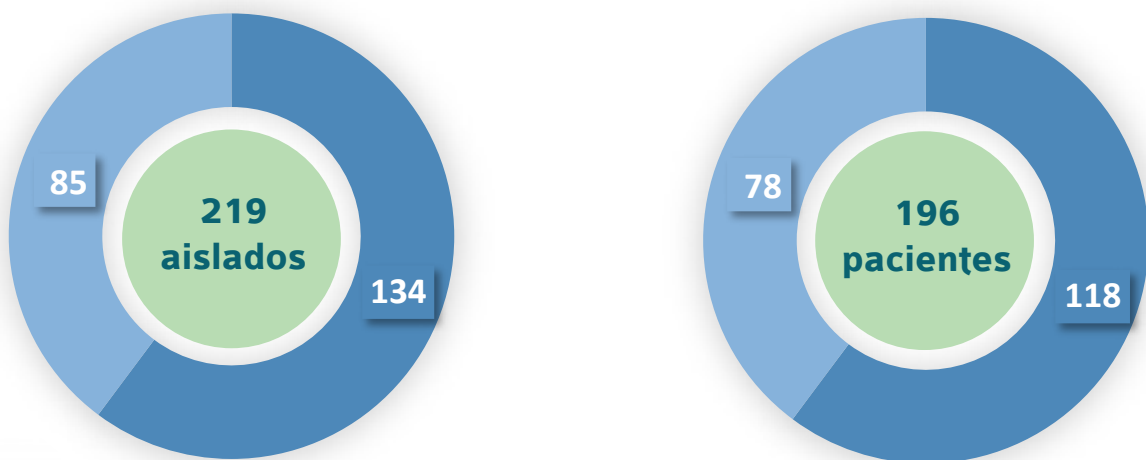


## EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS CIRCULANTES EN LAS ISLAS BALEARES

Estrella Rojo  
 Carla López-Causapé  
 Xavi Mulet  
 Antonio Oliver

La incidencia de las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) ha ido en aumento y su epidemiología ha ido variando a lo largo de los años. Debido a la trascendencia clínica del aislamiento de este tipo de bacterias y al aumento del número de casos detectados, se hace imprescindible una estrecha vigilancia epidemiológica, tanto a nivel clínico como molecular. Así, en el seno del Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos (PRAN), en 2021 se constituyó la Red de Laboratorios para la Vigilancia de Microorganismos Resistentes (RedLabRa) con el objetivo principal de lograr un diagnóstico microbiológico completo y de calidad, integrando la secuenciación genómica, en todos los casos de infección/colonización por microorganismos resistentes a los antibióticos que sean objeto de vigilancia en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las EPC. En la creación de dicha red, el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Son Espases fue designado como el laboratorio de referencia de la comunidad autónoma de las Islas Baleares para la caracterización de los microorganismos de interés.

Por todo ello, y continuando con la labor llevada a cabo en el Laboratorio de Epidemiología Molecular en los últimos años, el presente informe analiza las características y la clonalidad de los aislados de EPC detectados en las Islas Baleares de 2020 a 2021.



■ 2020 ■ 2021

Figura 1. Número de aislados y pacientes estudiados por año.

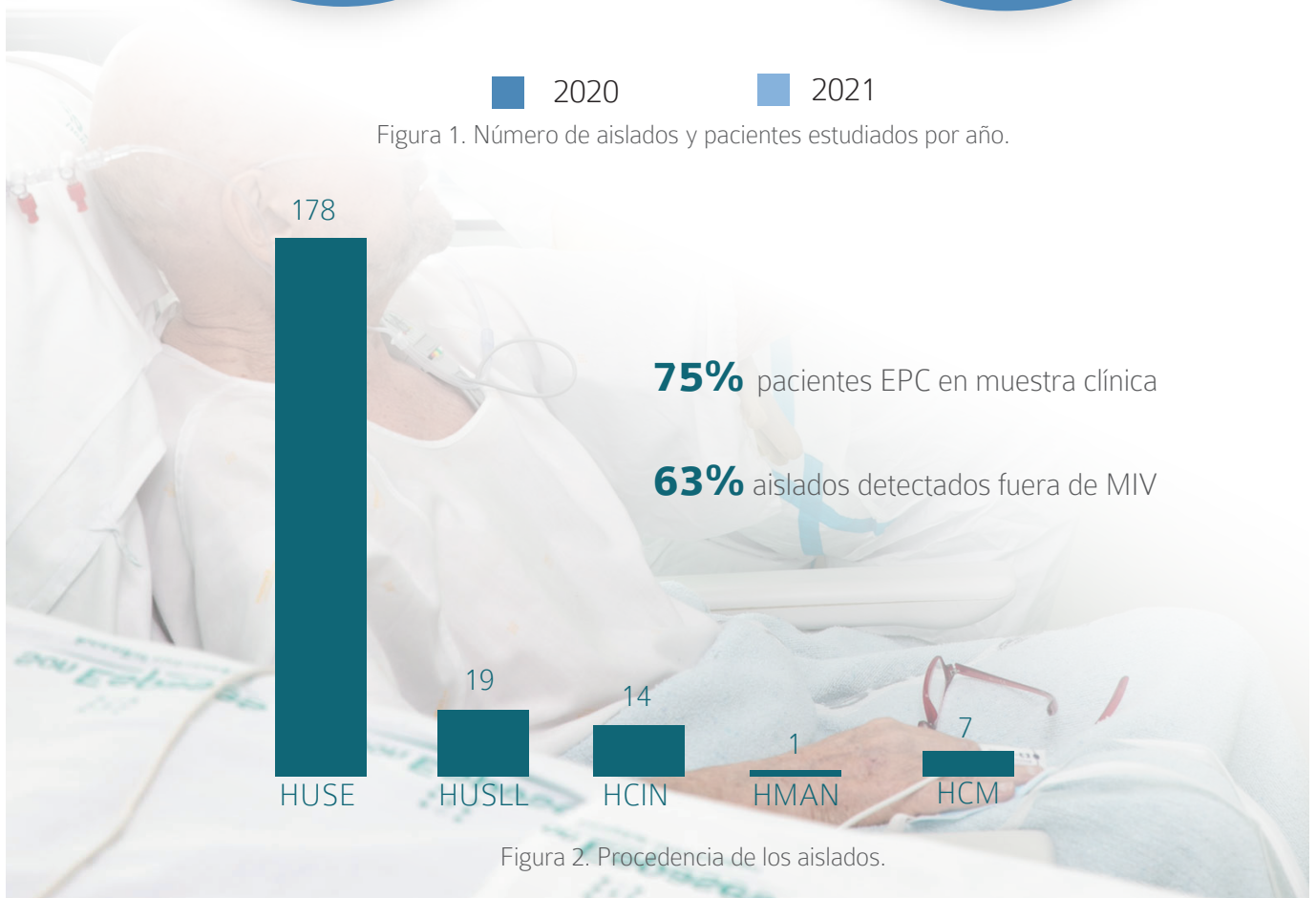


Figura 2. Procedencia de los aislados.

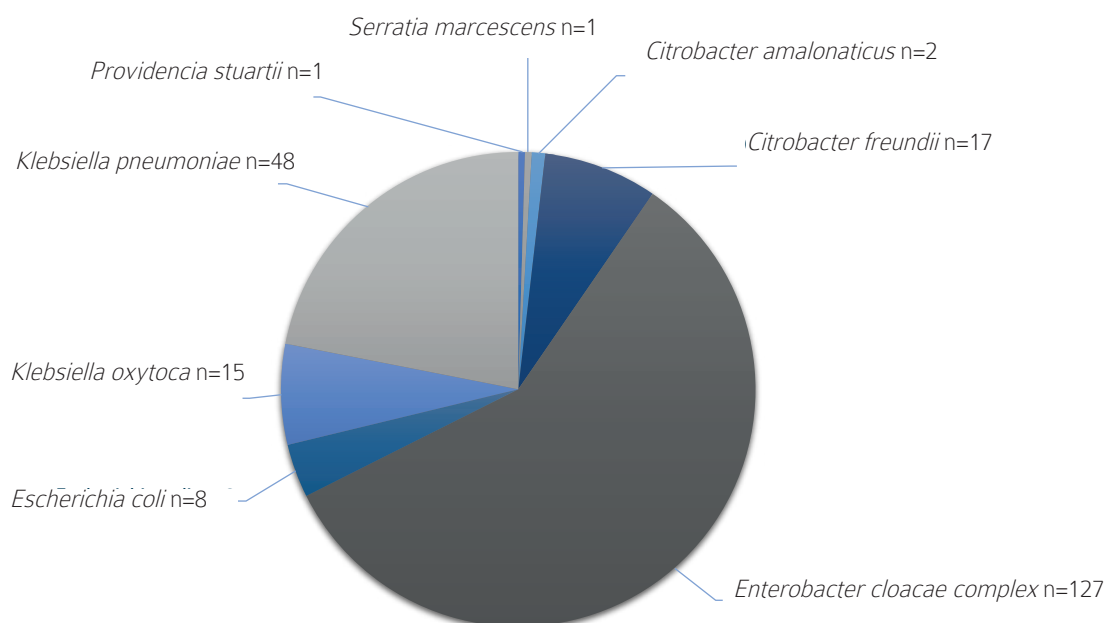


Figura 3. Distribución por microorganismo 2020-2021.

<b>92,7%</b>	<b>5,5%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>
<b>VIM-1</b>	<b>Oxa-48 like</b>	<b>KPC-2</b>	<b>NDM-1</b>
<b>n=203</b>	<b>n=12</b>	<b>n=2</b>	<b>n=2</b>

Figura 4. Distribución de las carbapenemasas detectadas.

## CONCLUSIONES

- Los resultados de este análisis alertan de la presencia de distintas especies de EPC en las Islas Baleares.
- En el 75% de los pacientes se detectaron EPC en alguna muestra clínica a lo largo del período de estudio, lo que contrasta con los datos de años anteriores donde la mayoría de los aislados procedían de muestras de colonización.
- Asimismo, destaca que durante 2020-2021 más del 60% de los aislados procedían de pacientes ubicados en el momento de la toma de muestra fuera de unidades de cuidados intensivos, mientras que en el período 2018-2019 suponían menos del 40%. Este hecho, advierte de la posible diseminación de EPC en otras unidades de hospitalización.
- El microorganismo más frecuentemente detectado fue *E. cloacae complex*, seguido de *K. pneumoniae* y *C. freundii*.
- En contraposición a lo observado en el resto del territorio nacional, en Baleares destaca el alto porcentaje de enterobacterias productoras de VIM-1, a expensas de la diseminación de *E. cloacae complex*, frente al bajo número de cepas productoras de otras carbapenemasas.
- El alto número de aislados *E. cloacae complex* reafirma la situación de brote epidémico que sufre HUSE, constatado desde hace años. Aunque se trata de una diseminación policlonal, el ECLO2 (ST133) sigue siendo el mayoritario desde 2018. Cabe destacar la consolidación en nuestro entorno del ST1074 (ECLO3 y ECLO4) aislado con frecuencia en otros hospitales peninsulares.
- Los resultados muestran la presencia en nuestro entorno de clones distribuidos a nivel mundial y considerados de alto riesgo, como el ST78 de *E. cloacae* y el ST11 de *K. pneumoniae*, lo que refuerza la importancia de realizar una vigilancia epidemiológica continua.
- Atendiendo a la detección de otros mecanismos de resistencia por secuenciación, se constató la presencia de beta-lactamasas de espectro extendido tipo CTX-M en el 56,8% de los aislados (86,5% CTX-M-9), se documentaron enzimas modificantes de aminoglucósidos en el 97,8%, determinantes *qnr* asociados a la resistencia a quinolonas en el 95,6% y la presencia del gen *mcr-9* en el 47,5%, sin existir una relación directa con la resistencia a la colistina. Además, la presencia de patrones de asociación de distintos determinantes de resistencia adquirida sugiere transmisión plasmídica interespecie.
- La expresión de otros determinantes de resistencia concomitantes a la producción de carbapenemasas limita drásticamente las opciones terapéuticas, quedando frecuentemente restringidas a la colistina o la combinación de aztreonam con ceftazidima/avibactam.

DIADA ANUAL DE SEGURETAT DEL PACIENT DE LES ILLES BALEARS  
DÍA ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS ISLAS BALEARES

Si tens un projecte, iniciativa o experiència per millorar la seguretat del pacient, **treu**

# PECHA

Si tienes un proyecto, iniciativa o experiencia para mejorar la seguridad del paciente, **saca**

Escaneja aquest codi i inscriu-te a la sessió de Pecha Kucha fins al 9 de setembre



Escanéa este código e insíbete en la sesión de Pecha Kucha hasta al 9 de septiembre



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.



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.



"Prevención de infecciones asociadas a cateterismos intravasculares"



"Higiene de manos"



"Observación higiene de manos"



## Redacción

María Luisa Martín Pena  
Servicio de Medicina Interna

Helem Vilchez Rueda  
Servicio de Medicina Interna

Xavier Mulet Aguiló  
Servicio de Microbiología

Leonor Perriáñez Párraga  
Servicio de Farmacia

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

Carla López-Causapé  
Servicio de Microbiología

Ana Aretio Pousa  
Servicio de Farmacia

## Coordinación técnica

Marta Torres Juan  
Unitat de Qualitat

### Diseño y maquetación

Servicio de Audiovisuales

### Corrección y traducción

Servicio Lingüístico

### Edita

Hospital Universitari 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

Aretio Pousa, Ana  
Ayestaran Rota, José Ignacio  
Dueñas Morales, Joaquín  
Fanjul Losa, Francisco J  
Gacias Gilet, M. Magdalena  
Guiu Martí, Alexandra  
Hidalgo Pardo, Olga  
Martín Pena, Luisa  
Mas Morey, Maria del Mar  
Montaner Barceló, Francisco  
Novo García, Andrés  
Ochogavía Seguí, Aina

Oliver Palomo, Antonio  
Palou Rotger, Alexandre  
Perriáñez Párraga, Leonor del Mar  
Riera Jaume, Melchor  
Rojo Molinero, Estrella  
Sanclemente Ansó, M<sup>a</sup> del Carmen  
Torres Juan, Marta  
Torres Pedrós, Vicente