

# El Hospital Doctor Moliner participa en el XVIII Congreso de la Sociedad Valenciana de Microbiología Clínica con 5 comunicaciones



## PREVALENCIA DE PERSONAL SANITARIO CON COLONIZACIÓN NASAL POR S AUREUS

**Autores:** Merino Plaza MJ\*, Ibáñez Martínez E, Falomir Salcedo P, Gil Aparicio MD, Sabater Bori C., Giner Almaraz S., López Hontangas JL.

**CENTRO DE TRABAJO:** Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia

### OBJETIVOS

Control y vigilancia de los mecanismos que favorecen la propagación de infecciones nosocomiales (IN) por *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM).

Conocer la prevalencia de colonización por SARM en vestíbulo nasal del personal sanitario de un hospital con una elevada tasa de endemicidad.

Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de SARM a través del personal sanitario.

### RESULTADOS

1.- El 40% del personal sanitario estudiado era portador de *S aureus* en el cultivo del frotis nasal, debiendo saberse que entre un 20% y un 35% de la población adulta es portadora de la bacteria de forma permanente en el vestíbulo nasal y en la orofaringe y, aproximadamente, el 50% lo es de forma transitoria .

2.- La prevalencia de personal sanitario colonizada por SARM fue del 16%.

3.- La prevalencia de personal sanitario colonizado por SAOS fue del 24%.

4.- El tratamiento con mupirocina dio excelentes resultados (90% de eficacia), no siendo necesario realizar tratamientos con otros fármacos

5.- Según la bibliografía, las resistencias oscilan entre un 0,3% a 8,3%, aunque el tamaño muestral tan pequeño, no permite inferir conclusiones de tipo estadístico. Sería necesario determinar de forma concluyente si la mupirocina nasal disminuye el porcentaje de portadores nasales y si esta disminución tiene algún efecto sobre las IN totales y por *S. aureus*.

6.- El control y la vigilancia del SARM, patógeno presente prácticamente en todos los hospitales españoles, debe convertirse en una prioridad, ya que su aislamiento se relaciona con el aumento de la mortalidad en los pacientes a los que infecta y en los costes económicos que genera su atención sanitaria

7.- Queremos resaltar la importancia que juega el personal sanitario como vehículo de transmisión cruzada de la IN. Por ello resulta útil, realizar controles de forma periódica al personal en contacto con los pacientes ingresados en los hospitales HACLE, en el contexto de un grupo más amplio de medidas que intentan disminuir la endemicidad por *S. aureus*.

**UTILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA ITU EN UN HOSPITAL DE PERFIL HACLE**

**Autores: Merino Plaza MJ\*, Rodríguez Ibarra A, Guitian Deltell J, Castillo Blasco M, Roca Castelló MR, Giner Almaraz S, López Hontangas JL**

**CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia**

**OBJETIVOS**

Establecer los conceptos básicos en el seguimiento y control de la infección del tracto urinario (ITU) en el H. Moliner, así como los factores de riesgo asociados.

Conocer los microorganismos más prevalentes y su perfil de sensibilidad.

Elaborar protocolos de tratamiento empírico basados en los datos de prevalencia y sensibilidad de los gérmenes aislados en nuestros cultivos de orina.

Establecer indicadores de seguimiento y control del grado de adhesión al protocolo.

Repetir periódicamente el estudio, adaptando el protocolo a la sensibilidad de nuestros microorganismos.

**CONCLUSIONES**

1) Son útiles los protocolos de tratamiento empírico de la ITU, ya que permiten iniciar el tratamiento de forma precoz. 2) Los protocolos deben difundirse de forma adecuada y revisarse con frecuencia para conseguir una completa implantación. 3) Es importante la rotación periódica de los antibióticos recomendados en los protocolos como de primera elección para evitar la aparición de resistencias por presión selectiva. 4) En el control de la ITU es clave reducir el uso de la SVP y retirar la sonda siempre que sea posible.

**ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA DE 110 AISLADOS DE *Corynebacterium urealyticum* EN UN HOSPITAL DE PACIENTE HACLE**

**Autores: Iranzo Tatay A\*, Merino Plaza MJ, Cabo Arnal V, Haba Atienza J, Ortolá Soria I, Giner Almaraz S, López Hontangas JL**

**CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia**

**INTRODUCCIÓN**

*Corynebacterium urealyticum* (CU) es un comensal de la piel que puede hallarse hasta en el 30% de la población hospitalaria.

Este organismo es responsable de cuadros de cistitis aguda y crónica (incluida la cistitis incrustante), pielonefritis, pieloureteritis y sepsis.

En los pacientes con trasplante renal puede producir pielitis incrustante y conducir a la pérdida del órgano.

Como otras muchas corinebacterias, plantea problemas terapéuticos importantes ya que presenta resistencia a numerosos antibióticos, incluyendo  $\beta$ -lactámicos, macrólidos, aminoglucósidos, sulfamidas y quinolonas.

**CONCLUSIONES**

1) Debido a la multiresistencia de *C. urealyticum*, el tratamiento antibiótico se hará en función del estudio de sensibilidad in vitro. 2) Los antimicrobianos más activos son vancomicina, teicoplanina y en menor lugar tetraciclina y rifampicina. 3) Cabe resaltar la buena actividad intrínseca del linezolid, que quedaría como una alternativa en el tratamiento de las infecciones causadas por este microorganismo, con la ventaja de su posible administración por vía oral además de la parenteral. 4) El diagnóstico de infección urinaria por esta bacteria es difícil, ya que es considerada colonizante y necesita períodos de incubación prolongados (48-72 horas) en medios con agar sangre, incrementándose en un 74,28% los aislamientos positivos, al dejar el agar sangre en incubación 48-72 horas. 5) La frecuencia de aislamiento en urocultivos es del 1,54%, lo que es superior a otras series consultadas (0,025-0,32%). 6) Las cuatro bacteriemias registradas, tendrían como foco primario el tracto urinario, aislándose *C. urealyticum* en los urinocultivos (SVP) de estos pacientes.

## **PREVALENCIA DE PACIENTES COLONIZADOS AL INGRESO POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UN HOSPITAL DE PERFIL HACLE**

**Autores: Merino MJ\*, Ruiz Gaitán AC, Yarad Auad MF, Nebot Sánchez MC, Orero Vidagany R, Giner Almaraz S, López Hontangas JL**

**CENTRO DE TRABAJO: Hospital Doctor Moliner, Serra, Valencia**

### **OBJETIVOS**

Conocer la prevalencia de pacientes colonizados por bacterias multirresistentes (BMR: SARM o BLEE) en los pacientes al ingreso en nuestro centro, ya que es posible que parte de la alta endemia de infección nosocomial (IN) por BMR sea secundaria a la colonización importada de otros centros hospitalarios.

Identificar los pacientes colonizados al ingreso para adoptar medidas de prevención que eviten futuras infecciones por estos microorganismos.

### **CONCLUSIONES**

1) La IN es uno de los principales problemas relacionados con la seguridad del paciente y en los hospitales de perfil HACLE es una complicación frecuente. 2) En este estudio se ha comprobado la eficacia de las medidas adoptadas en los últimos años en los hospitales de origen para prevenir la diseminación del SAMR ya que la prevalencia de los pacientes colonizados al ingreso en nuestro centro ha disminuido en un 37,5% (10,5% frente al 16,8% observado en el estudio realizado en 2005). 3) La colonización por Enterobacterias productoras de BLEE es un problema emergente para el que en muchas ocasiones no se toman medidas preventivas eficaces y que debe abordarse de inmediato para evitar el incremento de pacientes colonizados o infectados y la consiguiente transmisión horizontal de la resistencia.

## **PREVALENCIA DE PERSONAL SANITARIO CON MANOS COLONIZADAS POR MICROORGANISMOS PATÓGENOS**

**Autores: Merino Plaza MJ\*, Gil Aparicio M.D., Sabater Bori C., Martínez Moreno C., Parra Codoñer V., Romero Romero C**

### **OBJETIVOS**

Conocer la prevalencia de personal sanitario cuyas manos están colonizadas por microorganismos patógenos

Concienciar al personal de la importancia de la higiene de manos

Adoptar medidas de prevención que eviten la transmisión cruzada de la infección nosocomial (IN) a través de las manos del personal sanitario

### **CONCLUSIONES**

1) Las infecciones nosocomiales son uno de los EA más costosos a los que se enfrentan las instituciones sanitarias. 2) Las IN son una causa importante de morbimortalidad. 3) Las IN son potencialmente prevenibles y su tasa está relacionada con múltiples aspectos de la calidad asistencial. 4) La prevención y la higiene constituyen un elemento clave de los protocolos asistenciales de control de la IN. 5) El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia cruzada de microorganismos entre el personal sanitario y los pacientes. 6) Las prisas, el olvido o los descuidos pueden causar la transmisión cruzada de infecciones en los pacientes. 7) Todos sabemos lo que debe hacerse, pero no siempre lo hacemos, por lo que es necesario realizar campañas de concienciación sobre la importancia de la correcta higiene de manos, ya que esta sencilla medida, puede salvar vidas. 8) La falta de ejemplo entre compañeros o superiores puede hacernos olvidar esta medida básica. 9) La concienciación es un elemento clave ya que hasta la fecha los microorganismos han desarrollado múltiples mecanismos de defensa, pero ninguno ha generado resistencia al lavado de manos. 10) La realización de cortes periódicos para comprobar la adhesión del personal a esta medida y la posterior difusión de los resultados obtenidos es una medida útil para promocionar la higiene de manos.