

INFECCIÓN GRAVE POR *Pseudomonas aeruginosa* MULTIRESISTENTE. ESTUDIO GENOTÍPICO Y DE FACTORES DE RIESGO.

INTRODUCCIÓN

En nuestro Hospital desde 2009 se detecta un descenso de la sensibilidad general de *P. aeruginosa* que traduce la introducción de una cepa epidémica multiresistente, la cepa epidémica internacional ST-175. Según datos de Medicina Preventiva en los últimos tres años se ha producido un incremento de la densidad de incidencia de pacientes infectados por *P. aeruginosa* multiresistente (PMR), desde 0,08 casos/1000 estancias en 2011 a 0,52 casos/1000 en 2013, pasando a ser el microorganismo multiresistente más frecuente en el Hospital.

La repercusión clínica de esta la multiresistencia en las infecciones causadas por *P. aeruginosa* es muy variable, dependiendo del estado basal del paciente, el origen de la infección, la adecuación del tratamiento y posiblemente de la asociación de factores de virulencia a los determinantes genéticos de resistencia antibiótica.

El objetivo del presente estudio es la identificación genotípica de los clones de *P. aeruginosa* multiresistente responsables de la infección grave y la identificación de los factores de riesgo de presentar infección grave por PMR una vez colonizado.

OBJETIVO

Conocer la incidencia de las infecciones graves causadas por PMR.

Estimar los factores de riesgo de desarrollar infección invasiva (bacteriemia) o clínicamente relevante.

Genotipado de las cepas causantes de infección invasiva o clínicamente relevante.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de casos y controles de todos los pacientes con nueva infección o colonización por PMR en el Hospital Son Espases de 2011 a 2013.

Casos: pacientes con infección invasiva o clínicamente relevante

Controles: el resto de los pacientes con infección/colonización por PMR sin repercusión clínica y que no recibieron tratamiento específico.

DEFINICIONES

PMR: resistente a tres o más clases de antipseudomónicos

Infección invasiva o clínicamente relevante:

Bacteriemia: detección de PMR en el hemocultivo de un paciente con signos de infección o fiebre.

Neumonía: aislamiento de PMR en el esputo de un paciente con fiebre, aumento de tos, expectoración y nuevo infiltrado en Rx tórax.



Infección urinaria: aislamiento de PMR en la orina de un paciente con sintomatología de infección urinaria.

Infección de herida quirúrgica: aislamiento de PMR en un paciente con signos clínicos de infección de herida.

VARIABLES

Nombre(iniciales)..... Sexo V / M Edad I _ I _ I

GRUPOS: Infección invasiva o clínicamente relevante 1- Colonización: 2

Adquisición: 1 Comunidad 2 Asociado sistema de salud: ~ ingreso hospital (3 meses previos) ~ hemodiálisis ~ consultas externa ~ centro sociosanitario ~ hospitalización domicilio (30 días previos) 3 Nosocomial

Servicio (~ Médico ~ Quirúrgico ~ UCI [Gravedad enfermedad: SAPS score I _ I _ I] ~ Neonatos ~ Pediatría)

Fecha ingreso/...../..... Fecha cultivos...../...../.....

Enfermedad de base

~ Diabetes ~ EPOC ~ Cardiopatía ~ Neo sólida ~ Neo hematológica ~ IRC
~ Neurológica discapacitante ~ Cirrosis ~ SIDA ~ Tratamiento inmunosupresor
~ Neutropenia (~ 100 ~ 500)

Índice Charlson.....I _ I

Factores extrínsecos-Procedimientos invasivos

~ C.venoso (48 horas previas) ~ S.urinaria ~ catéter ureteral ~ nefrostomía ~ V.mecánica
~ Nutrición enteral ~ Nutrición parenteral total (7 días previos)
~ Cirugía (3 meses previos) abdominal-cardíaca-ORL-urología

Antibióticos previos (3 meses previos)

Antibioticoprevio1.....inicio/...../...../ final/...../...../

Antibioticoprevio2.....inicio/...../...../ final/...../...../

Foco de la infección

Origen: 1 Catéter 2 Desconocido/endógena 3 Urinario 4 Intrabdominal 5 Biliar 6 Respiratorio 7 Osteoarticular 8 Partes blandas 9 Infección herida quirúrgica 10 Otras.....

Repercusión clínica

~ sepsis ~ sepsis grave ~ shock séptico ~ síndrome de disfunción multiorgánica ~ sin repercusión sistémica

Índice de Pitt (día de la bacteriemia)..... I _ I _ I

Tratamiento antibiótico empírico

Antibiótico empírico 1..... inicio/...../...../ final/...../...../

Antibiótico empírico 2..... inicio/...../...../ final/...../...../

Tratamiento antibiótico empírico ~ Apropiado ~ Inapropiado

Repercusión clínica

~ sepsis ~ sepsis grave ~ shock séptico ~ síndrome de disfunción multiorgánica ~ sin repercusión sistémica

Tratamiento antibiótico dirigido

Antibiótico dirigido 1..... inicio/...../...../ final/...../...../

Antibiótico dirigido 2..... inicio/...../...../ final/...../...../

Demora inicio tratamiento antibiótico adecuado (días)..... I _ I _ I

Tratamiento no antibiótico (días tras inició síntomas)

~ Retirada catéter ~ Drenaje percutáneo ~ Drenaje quirúrgico

Evolución

~ Curación clínica ~ Fracaso microbiológico (hemocultivos (+) 3º día de tratamiento adecuado)

~ Recaída ~ Exitus (30 días) [~ Exitus relacionado (5 días)]