



## I-147 - ANÁLISIS DE LA COHORTE DE UN BROTE IMPORTADO DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA NDM

A. Malo Cerisuelo<sup>1</sup>, S. Iftimie<sup>1</sup>, A. López Azcona<sup>1</sup>, M. Benavent Benavent<sup>1</sup>, F. Ballester Bastardie<sup>2</sup>, M. Garcés Valentín<sup>1</sup>, M. Real Álvarez<sup>1</sup> y A. Castro Salomó<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Microbiología clínica. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

### Resumen

**Objetivos:** Los microorganismos productores de carbapenemasas son un problema de salud emergente causantes de infecciones graves con elevada mortalidad y con pocas opciones terapéuticas. La *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa NDM (KNDM) presenta una elevada resistencia a antibióticos betalactámicos incluyendo carbapenémicos de la cual se han descrito distintos brotes en diferentes países. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y epidemiológicas de una cohorte de pacientes en un brote de KNDM importado durante el año 2016.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de una cohorte de pacientes con colonización/infección por KNDM en un brote importado transcurrido en el año 2016 en nuestro centro, un Hospital Universitario comarcal de 370 camas que ofrece cobertura sanitaria a 250.000 habitantes. El brote se inició a partir de un "paciente 0" que provenía de otro hospital de referencia donde se había identificado la infección por esta bacteria multirresistente, pero sin ningún tipo de alerta al respecto. Se realizaron las investigaciones epidemiológicas correspondientes, se monitorizaron los pacientes con aislamientos positivos para esta bacteria y se llevaron a cabo intervenciones higiénico-sanitarias en los diferentes departamentos involucrados.

**Resultados:** A partir de un paciente con infección por KNDM que se trasladó desde un hospital de referencia a nuestro centro en enero de 2016, se producen 14 casos durante los meses posteriores de infección/colonización por KNDM en pacientes hospitalizados, de adquisición nosocomial. La electroforesis en gel de campo pulsado de las cepas mostró el mismo patrón entre el caso importado y los casos posteriores dentro de nuestro hospital. De los 14 casos, 10 tenían infección por KNDM y 4 colonización. El 71,4% fueron varones, la edad media fue 75,4 años con una mediana en el índice de Charlson de 3,9. Al ingreso un 28,6% de los pacientes afectados procedían de residencias o centros sociosanitarios. El 71,4% habían recibido tratamiento con antibiótico en los dos meses previos, habían sido sometidos a una intervención quirúrgica el 28,6% así como ingresos hospitalarios previos (64,2%) y en UCI (28,6%). Los aislamientos se produjeron en servicios médicos mayoritariamente (64,2%). La estancia media hasta el primer aislamiento microbiológico fue de 18,1 días (6-82). En cuanto a las formas de presentación clínica, colonización 28,6%, infección 14,3%, sepsis 35,7%, sepsis grave 7,1% y shock 14,3%. Siendo el foco urinario el más frecuente (28,6%), seguida de infección cutánea 21,4%. Las pautas de tratamiento fueron mayoritariamente biterapia con carbapenem (55,56%) de los cuales el 80% asociados a tigeciclina. La mortalidad global fue del

35,7% siendo la relacionada el 28,6%. La estancia media fue de 29,93 días. No hubo diferencias significativas en cuanto a la mortalidad en relación a las distintas pautas de antibiótico ni a la CMI de los carbapenems.

*Discusión:* Consideramos el único mecanismo de transmisión las manos de los profesionales sanitarios, relacionado con una baja adherencia al lavado de manos antes y después del contacto con los pacientes, descartándose cualquier foco ambiental. Gracias a las campañas de prevención y de lavado de manos, se ha logrado controlar el brote, con una disminución la incidencia a tan solo 3 casos durante el año 2017.

*Conclusiones:* La KNDM disemina con mucha facilidad mediante transmisión horizontal con una elevada mortalidad especialmente en pacientes pluripatológicos, con un aumento de la estancia media y una mortalidad relacionada de hasta un tercio de los pacientes. Por ello, consideramos necesario un buen sistema de alerta y comunicación de pacientes colonizados/infectados a nivel de todo el sistema sanitario, para poder implantar las medidas preventivas lo más temprano posible, y así, limitar el riesgo de diseminación dentro y entre centros sanitarios.