

MEJOR AISLADO QUE ACABAR COLONIZADO

Paciente 27 años (paciente colonizado) con diagnóstico de derrame pleural, que durante su ingreso hospitalario comparte habitación más de 24 horas con paciente de 83 años (paciente expuesto) con diagnóstico de insuficiencia respiratoria en servicio de Neumología durante 8 días.

El paciente colonizado durante su ingreso tiene una estancia en UCI y se extraen exudados para vigilancia epidemiológica (VE) de microorganismos multirresistentes (MMR) donde se detecta *Klebsiella Pneumoniae* productor de Betalactamasa de espectro extendido (BLEE) en el exudado rectal. Este hallazgo no se registró en el apartado "alertas" de la historia clínica del paciente y no se notificó al servicio de medicina preventiva ni al servicio de admisión de camas y tras su salida de UCI a planta de hospitalización se realizó ingreso sin precauciones de aislamiento de contacto.

En la actividad diaria de VE del servicio de medicina preventiva se detecta en el módulo MMR (Selene) que el paciente colonizado tiene resultado positivo para MMR y comparte habitación con otro paciente. Se instaura aislamiento de contacto al paciente colonizado y al compartir habitación más de 24 horas con el paciente expuesto, se instauró aislamiento preventivo de contacto al mismo y se extrajeron exudados para (VE). Los exudados del paciente expuesto fueron positivos para *Klebsiella Pn. BLEE* en el exudado rectal, ocurriendo así un evento adverso relacionado con la asistencia sanitaria.

Breve descripción del incidente

Análisis de causas



Aprendizaje

- Aprender a identificar correctamente pacientes colonizados por MMR al ingreso o durante su estancia y así implementar medidas de aislamiento efectivas.
- Asignar correctamente los pacientes colonizados o infectados a las habitaciones para evitar transmisión cruzada.
- Necesidad de reforzar adherencia al lavado de manos y al uso adecuado de equipo de protección personal por parte del personal sanitario y visitantes.
- Mejorar la comunicación entre equipos: que toda la información relevante sobre el estado de colonización de los pacientes se comparta de manera efectiva entre todos los que prestan atención al paciente.
- Capacitación continua del personal: identificar brechas en la formación del personal sobre el manejo de infecciones por MMR y diseñar entrenamientos específicos.
- Evaluación de la infraestructura: reconocer las limitaciones de la infraestructura hospitalaria (como la falta de habitaciones individuales) y usar estrategias temporales (cohortes)
- Identificar fallos en la limpieza y desinfección ambiental y plantear mejoras para minimizar riesgos en los pacientes.