P093

BATTERIOLOGIA

MISURE DI SORVEGLIANZA PER I NEONATI COLONIZZATI DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTTORE DI BETA-LATTAMASI A SPETTRO ESTESO (ESBL) IN UN REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA.

P. De Rosa [1], A. Filosa [1], F. Feroce [1], A. Barletta [1], F. Elefante [1], A. Spanò [1], I. Abagnale [1]
[1]*Patologia Clinica O.O. R.R. Area Stabiese, Castellammare di Stabia, Italia*

INTRODUZIONE

Klebsiella pneumoniae rappresenta uno dei principali patogeni nosocomiali responsabile di sepsi e infezioni neonatali. La colonizzazione rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo dell'infezione nei pazienti ospedalizzati. Questo studio riporta le misure di sorveglianza adottate per il contenimento di un outbreak di infezioni/colonizzazioni da K. pneumoniae ESBL verificatosi tra Maggio e Agosto 2019 nel reparto di Terapia Intensiva Neonatale del nostro ospedale.

METODI

Il protocollo adottato per la rilevazione dei neonati colonizzati da K. pneumoniae ESBL al momento del ricovero in Terapia Intensiva Neonatale prevede l'esecuzione di un tampone rettale, seminato, in Microbiologia, direttamente su Agar cromogeni specifici per ESBL e su Agar McConkey con dischetto di Cefotaxime (CTX) da 10 µg e/o Ceftazidime (CAZ) da 10 µg. Le colonie evidenziatesi come sospette (diametro alone di inibizione per CTX < 21 mm, per CAZ < 22 mm) sono caratterizzate attraverso identificazione, antibiogramma e, per confermare la presenza di ESBL, test fenotipici di combinazione su MH Agar (Differenza tra gli aloni di inibizione del beta-lattamico, Ceftazidime o Cefotaxime, testato da solo ed in combinazione con Acido Clavulanico ≥ 5 mm). Il laboratorio deve notificare al reparto la negatività o la sospetta positività entro 48 ore dal prelievo.

RISULTATI

Il controllo delle infezioni correlate all'assistenza prevede l'adozione di corrette pratiche assistenziali, il trattamento dell'infezione, lo screening dei pazienti, l'isolamento dei colonizzati/infetti. A tal proposito a partire dal mese di Maggio ad ogni neonato sono stati effettuati tamponi rettali all'ingresso in reparto e ogni 5 giorni. Sono stati sottoposti a screening anche tutti gli operatori del Reparto. A partire da fine Maggio, in aggiunta al cohorting, il reparto è stato suddiviso in due zone separate (neonati colonizzati/infetti e negativi) ciascuna con personale dedicato. Questa ripartizione ha permesso una progressiva riduzione del numero di neonati colonizzati/infetti fino alla risoluzione dell'outbreak. Nel periodo considerato sono stati screenati 345 pazienti. Sono risultati colonizzati da K. pneumoniae ESBL 61 neonati.

CONCLUSIONI

La suddivisione del reparto e la meticolosa aderenza alle pratiche assistenziali per il controllo delle infezioni hanno consentito di risolvere l'outbreak. Si conferma inoltre il ruolo centrale del Laboratorio di Microbiologia nell'individuazione e caratterizzazione tempestiva di outbreak ospedalieri causati da microrganismi multiresistenti come K. pneumoniae ESBL.