



# ¿Es posible suspender el aislamiento para EVR en forma segura?

Staneloni M; Rivera G; Almada G; Salazar E. Comité de Control de Infecciones. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** En los últimos años se ha cuestionado la eficacia del aislamiento de contacto para microorganismos como el *Enterococcus vancomicina resistente* (EVR) porque por un lado la evidencia es tomada a partir de estudios cuasi experimentales o reportes de brotes y por otro, por posibles efectos adversos en su implementación. Actualmente existen centros asistenciales que ya no aplican esta medida para EVR. En el 2016 nuestra política hospitalaria decidió suspender el aislamiento de contacto, luego de 20 años de implementación, para los adultos con EVR, manteniendo vigilancia activa para monitorear el impacto de esta medida.

**Objetivo:** describir el impacto clínico de la suspensión del aislamiento para EVR.

**Objetivo secundario** describir el impacto en la colonización en muestra de hisopado con EVR con la discontinuidad de esta medida.

**Diseño y métodos:** estudio cuasi experimental pre-post discontinuidad del aislamiento en adultos con colonización y/o infección por EVR, en un hospital universitario médico quirúrgico. En 1er periodo, año 2015, los pacientes identificados con EVR tenían aislamiento de contacto en habitación individual o en cohortes. Se continuó con medidas preventivas como higiene de manos, baño con clorhexidina diario universal, higiene ambiental y programa de control de antimicrobianos.

**Criterio de inclusión:** Todas las muestras clínicas (MC) de Pte por primera vez positivos para EVR, a  $\geq 72$  horas de ingreso. Periodo de pre intervención: enero - diciembre 2015 y post intervención enero - diciembre 2016. Se compararon tasas de 1° MC  $\geq 72$  hs de internación y primer muestra de Materia Fecal (MF)  $\geq 72$  hs de internación/1000 días Pte.

Total de muestras de MF solicitadas para búsqueda de EVR/ 1000 días Pte.

## Resultados:

Características de la población con MC positivas para EVR en ambos periodos 2015 n=18 vs. 2016 n= 31, no presentaron diferencias demográficas y de comorbilidades. No diferencia estadísticamente significativa en el tipo de muestra en los dos períodos (hemocultivos, urocultivos, líquido abdominal u otros). Muestras de materia fecal: 2015 1.798 muestras/177.713 pacientes día (10,1/1000 pacientes día, IC 95% 9,7, 10.6) y 2016 1594 muestras 182.294 pacientes día (8,7 cada 1000 pacientes día IC 95% 8,3 ; 9,2), p 0.00

Año	Tasa anual 1° muestra $\geq 72$ hs de internación en el Hospital/1000 días Pte (IC95%)	
	MC	MF
2015	0.12 (0.06; 0.18)	0.34 (0.25 ; 0.44)
2016	0.20 (0.13; 0.28)	0.29 (0.21 ; 0.38)
	P: 0,07	P:0,43

Año 2015 vs 2016 MC RR 0.59 (IC95% 0.33; 1, .05).

En la comparación de la tasa anual, se observa una tendencia al aumento pero no es estadísticamente significativa. Higiene de Manos se redujo en forma significativa 2015 66,4% (n=5895) y en 2016 64,8% (n=9532) con odds ratio 1.07 (IC 1.004-1.15) El baño universal con clorhexidina continuó con un nivel de adherencia de 82%.

## Conclusión:

En el periodo descripto no se observó un aumento significativo de tasa anual de infección o colonización por EVR post discontinuidad del aislamiento y si manteniendo medidas preventivas horizontales como higiene de manos, baño universal con clorhexidina, programa de control de antibióticos e higiene ambiental sin modificaciones. Consideramos que si se priorizan las medidas preventivas como las descriptas con un nivel de adherencia aceptable (aunque seguimos trabajando para alcanzar mejores niveles en higiene de manos) y se vigila periódicamente, podrían evitarse los aislamientos de contacto para EVR y sus complicaciones.