

Stratificare il rischio di avere un'infezione da / con MDR

Fattori di rischio

Cosa possiamo misurare / monitorizzare ?

Il rischio *MDR* del singolo paziente:

1

Se la persona non è colonizzata in partenza, un'infezione da MDR è preceduta da una contaminazione → colonizzazione

2

La terapia antibiotica (congrua o incongrua / alcuni farmaci più di altri), crea selezione, e spiana la strada al dilagare dei MDR

3

La compromissione complessiva del paziente, ***il non guarire***, fa emergere l'infezione da MDR

Stratificare il rischio di avere un'infezione da / con MDR

Fattori che si porta il paziente

Fattori legati a
precedente
esposizione
(ospedalizzazione /RSA)
terapie antibiotiche
Immunosoppressione (?)

Fattori legati a
complessità della
patologia;
Forse meglio:
alla necessità di
trattamenti complessi-
invasivi

Colonizzazione MDR

Durata dell'esposizione
nel ricovero attuale

Anamnesi mirata

**Caratteristiche del
caso**

**Colture di
inventario
Previsione ??**

Stratificare il rischio di avere un'infezione da / con MDR - 2

Sono in gioco

**Stato di colonizzazione/
Trasmissione**

**Pressione antibiotica
(individuale e di reparto)**

**Suscettibilità individuale
(Invasività e immunocompromissione)**

porta a colonizzazione

facilita la vita ai MDR colonizzanti

fanno emergere la complicità infettiva da MDR

Monitoraggio colonizzazione (rettale / nasale/altro)

DDD ev per gruppi di farmaci con «rischio selezione» differenziato

SOFA?? ogni x giorni ?

«Indovinare» il rischio MDR prima / senza conoscere lo stato di colonizzazione

Pre H

Recenti ricoveri in H /
istituti di lungodegenza o
riabilitazione;

Frequenti terapie
antibiotiche;
convivenza con
potenzialmente
colonizzati

H / pre-TI

Rep con
frequente MDR

Rep con rari MDR

Trattamenti invasivi

Terapie antibiotiche

In Terapia Intensiva

Rep con
frequente MDR

Rep con rari MDR

Trattamenti invasivi

Terapie antibiotiche

Prossimità pz
colonizzato/infetto

Come indicizzare il rischio MDR di un reparto sulla base dei fattori di rischio da pazienti e da struttura

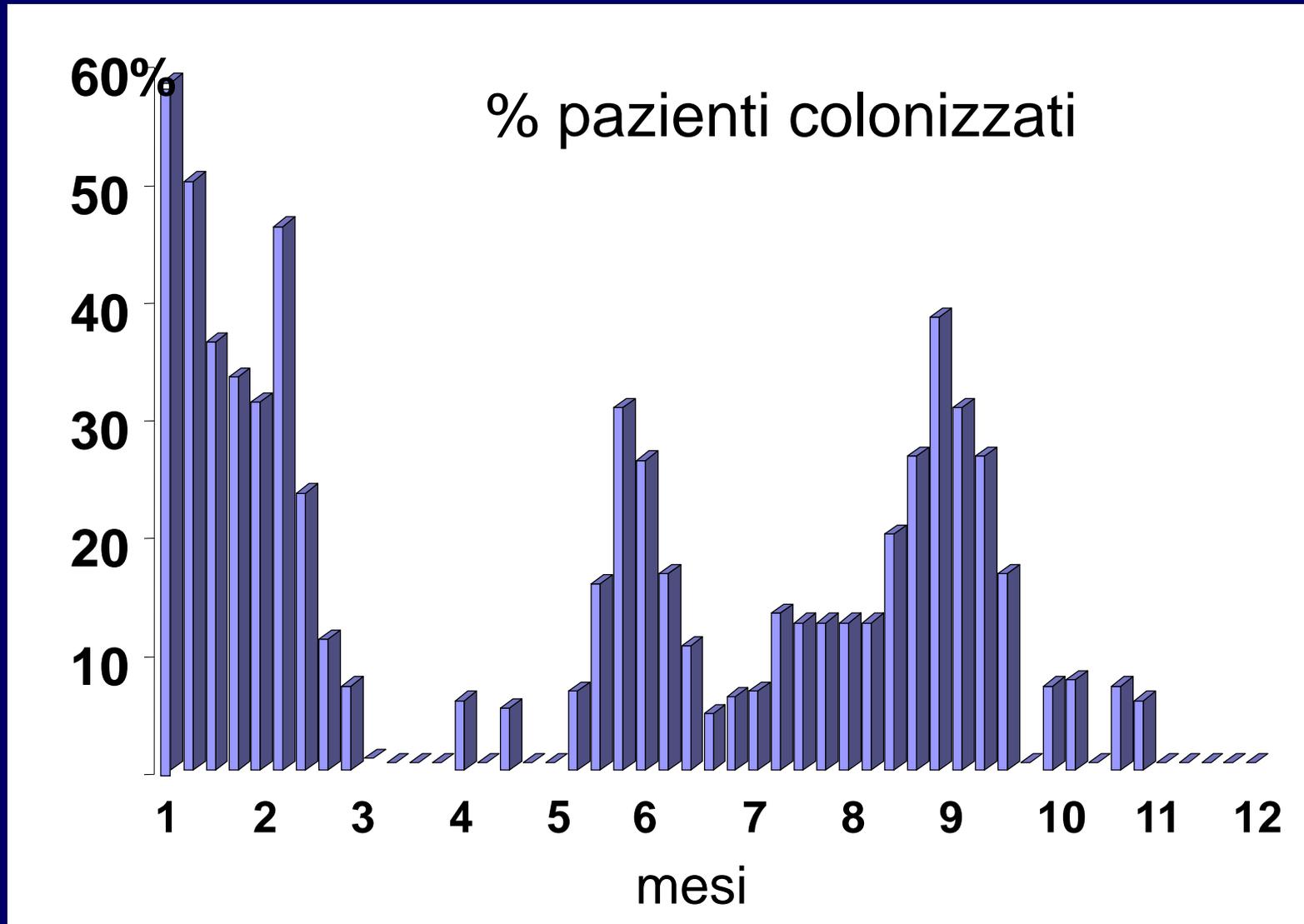
Durate di degenza / tipologia di pazienti trattati (previsione di >/< 5-10 – 15.. gg?)

Come valutare e riportare il rischio Ospedale (N° infezioni MDR segnalate /pz dimessi o pz con degenza > 10 gg ??)

Come valutare il rischio dove non si fanno colture di inventario /sorveglianza (per KPC solo o anche per altro)?
Più colture si fanno, più sembra alto il rischio

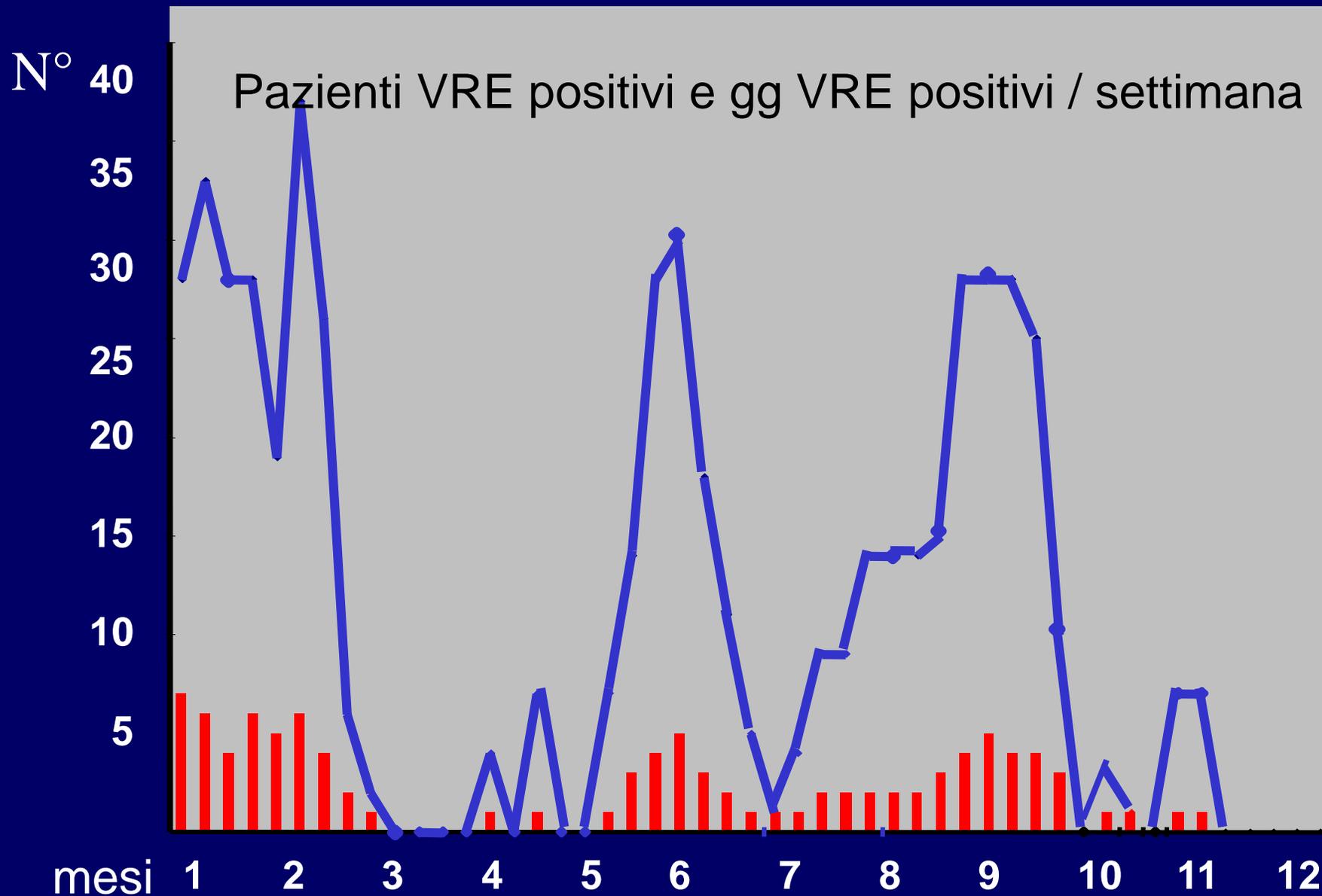
Epidemia da VRE -

Rianimazione 2 - Policlinico San Matteo Pavia



Epidemia da VRE -

Rianimazione 2 - Policlinico San Matteo Pavia



H2-TI1-P3



H- Rischio legato all'Ospedale

0 – bassa frequenza di MDR 3 – frequenti infezioni da MDR in molti reparti

TI- Rischio legato alla TI (capacità di contenere nuove colonizzazioni/ infezioni MDR) 0 – bassa frequenza di nuova colonizzazione 3 – frequenti infezioni da MDR in pazienti entrati non colonizzati

P- Rischio legato al Paziente

0 – non colonizzato, previsione di limitata degenza 3 – MDR colonizzato o trattamento molto complesso e invasivo, infezioni che richiedono terapia ..

Ha senso ?

È come la SIRS – serve per capire ..