

# Vigilancia del enterococo: ¿a quién le incumbe?

Carlos M. Luna

Profesor Adjunto de Medicina, Jefe de Neumonología Crítica,  
Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

Las observaciones internacionales muestran que *Enterococcus* (especialmente *E. faecalis*) ha incrementado su prevalencia como responsable de infección urinaria en enfermos debilitados (2ª en la estadística de infección urinaria hospitalaria), infecciones de piel y partes blandas, intraabdominales y bacteriemia.<sup>1</sup> Es naturalmente resistente a beta-lactámicos como las cefalosporinas, y sensible habitualmente a aminopenicilinas, ureidopenicilinas, carbapenemes y glucopeptidos. El *E. faecium*, una especie poco frecuente hasta hace unos pocos años, actualmente es aislada en todo el mundo en pacientes críticos. Esta especie agrega a la natural resistencia del género la resistencia a ureidopenicilinas y carbapenemes. A estas resistencias de ambas especies se suman las adquiridas primariamente a aminoglucósidos, que determinan el llamado alto nivel de resistencia (ANR) a gentamicina y estreptomycin, impidiendo la sinergia bactericida cuando se asocian a ampicilina o vancomicina. En nuestro país el ANR a gentamicina y estreptomycin para *E. faecalis* es 33 y 37%, en cambio para *E. faecium* es de 95 y 90% de las cepas respectivamente.<sup>2</sup> Después del primer caso de enterococos con resistencia adquirida a vancomicina (EVR) informado en Mendoza, hubo aislamientos en diversos sitios.<sup>3</sup> Este problema tiene plena vigencia, las tasas de infección y colonización por EVR se están incrementando en forma sostenida, sin embargo, la incidencia de neumonía nosocomial producida por este agente continúa siendo una rareza. ¿Por qué quienes no somos infectólogos ni microbiólogos, deberíamos preocuparnos por este tema?

La problemática de la emergencia y diseminación de patógenos resistentes a los antibióticos se extiende por todo el planeta. El reconocimiento de estos problemas ha sido posible gracias a los datos obtenidos de estudios de vigilancia. En Estados Unidos se han llevado a cabo varios programas focalizados en la etiología y los patrones de resistencia de las infecciones nosocomiales prevalentes en las unidades de terapia intensiva (UTI), incluyendo el *National Nosocomial Infections Surveillance* (NNIS)<sup>4</sup> y más recientemente un estudio específico examinando la epidemiología de la resistencia a antimicrobianos, el proyecto ICARE.<sup>5,6</sup>

En 1995 se publicó un gran estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en 17 países. Más recientemente se publicaron estudios específicos de distintos países.<sup>7-9</sup>

Analizando estos trabajos surge que la resistencia a los antibióticos entre los patógenos de las UTI está creciendo en forma sostenida, pero existen importantes variaciones entre distintos países, posiblemente reflejo de patrones individuales de uso de los antibióticos. Cambios locales en la práctica médica pueden llevar al uso de antibióticos alternativos, induciendo la emergencia de cambios en las etiologías dominantes llevando a su

vez a la selección de nuevos regímenes antimicrobianos; además los regímenes de higiene y control de infecciones también varían entre países. El tratamiento apropiado de infecciones en la UTI guiado por datos de resistencia local, puede tener consecuencias significativas tanto sobre los pacientes como sobre los sistemas de salud. Sobre esta base, los programas locales de vigilancia son de gran valor en el desarrollo de guías apropiadas para tipos específicos de infecciones y pacientes.

Sea cual fuera la o las estrategias adoptadas para detener o controlar la resistencia bacteriana (restricción de antimicrobianos, aumento del uso de otros, combinación con aminoglucósidos, rotación), esta debe estar acompañada de: estricta adherencia a procedimientos de control de infecciones, difusión adecuada de los datos de sensibilidad bacteriana de la institución y educación de los médicos.<sup>10</sup> La educación debe ser basada en el fomento de la aplicación de estas normativas de manera tal que el médico perciba a las medidas como una asistencia a su trabajo más que una restricción. Es recomendable suministrar una rápida retroalimentación a quienes tienen a su cargo la atención de los pacientes permitiendo a los médicos tomar las decisiones terapéuticas pertinentes basados en esa información. Esta estrategia permite una política con menos prohibiciones, menos conflictos y un compromiso directo del infectólogo responsable del control de infecciones y del microbiólogo.

La vigilancia de EVR y su colonización de pacientes internados en la UTI, como la publicada por Stepanik y cols. en este número, es un ejemplo de los esfuerzos locales que deben realizarse a fin de conocer la problemática de la resistencia en el sitio de trabajo. Los elementos claves de un programa de control de infecciones debidas a microorganismos multirresistentes están constituidos por un sistema de vigilancia, un adecuado lavado de manos antes y después del contacto con los pacientes o instrumentos usados por ellos, aislamiento adecuado de los pacientes con patógenos transmisibles y rápida evaluación e intervención en casos de brotes, todos estos factores señalados por los autores en su artículo. El reclutamiento de médicos de planta de la UTI y de distintas especialidades como participantes en el programa de implementación de estos procedimientos aumenta su aceptación.<sup>11</sup> La desaparición de los comités multidisciplinarios de infección nosocomial de los hospitales y su reemplazo en este rol por los servicios de infectología son a mi entender errores que han ido apareciendo en muchas instituciones en forma natural y que en nada favorecen los intentos de lograr revertir el creciente aumento del problema de la resistencia.<sup>12</sup> A todos nos incumbe y todos debemos participar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mainardi JL, Carlet J, Acar J. Antibiotic resistance. Problems in the critical care Unit Crit Care Clin 1998, 14:199-219.
2. Bantar C, Famiglietti A, Goldberg M, Subcomisión de Antimicrobianos, Grupo SIR, Sociedad Argentina de Bacteriología Clínica, AAM. A 3-year survey study of bacterial resistance in Argentina from a national program. 39th ICAAC. 1999: pág. 176.
3. Marin ME, Mera JR, Arduino RC, Correa AP, Coque TM, Stamboulia D, Murray BE. First report of vancomycin-resistant Enterococcus faecium isolated in Argentina. Clin Infect Dis. 1998, 26:235-236
4. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 to June 2002, issued August 2002. Am J Infect Control. 2002, 30:458-475.
5. Fridkin SK, Steward CD, Edwards JR, Pryor ER, McGowan JE Jr., Archibald LK, Gaynes RP, Tenover FC. Surveillance of antimicrobial use and antimicrobial resistance in United States hospitals: project ICARE phase 2. Project Intensive Care Antimicrobial Resistance Epidemiology (ICARE) hospitals. Clin Infect Dis 1999, 29:245-252.
6. Intensive Care Antimicrobial Resistance Epidemiology (ICARE) Surveillance Report, data summary from January 1996 through December 1997: A report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Am J Infect Control 1999, 27: 279-284.
7. Hanberger H, Garcia-Rodriguez JA, Gobernado M, Goossens H, Nilsson LE, Struelens MJ. Antibiotic susceptibility among aerobic gram-negative bacilli in intensive care units in 5 European countries. French and Portuguese ICU Study Groups. JAMA 1999, 281:67-71.
8. Garcia-Rodriguez JA, Jones RN. MYSTIC Programme Study Group, Antimicrobial resistance in gram-negative isolates from European intensive care units: data from the Meropenem Yearly Susceptibility Test Information Collection (MYSTIC) programme. J Chemother. 2002, 14:25-32
9. Frank U, Jonas D, Lupke T, Ribeiro-Ayeh B, Schmidt-Eisenlohr E, Ruden H, Daschner FD. National Reference Centre Study Group on Antimicrobial Resistance, Antimicrobial susceptibility among nosocomial pathogens isolated in intensive care units in Germany. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000, 19:888-891.
10. Goldman DA, Weinstein RA, Wenzel RP, et al. Strategies to prevent and control the emergence and spread of antimicrobial-resistant microorganisms in hospitals: a challenge to hospital leadership. JAMA 1996, 275:234-240.
11. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. N Engl J Med 1993, 329:1271-1274
12. Luna CM, Gherardi C, Famiglietti A, Vay C. Resistencia bacteriana y antibioticoterapia en medicina respiratoria y terapia intensiva. Medicina (Buenos Aires) 2001, 61:603-613.