



Investigación del EVR (enterococo vancomicina resistente) en una Unidad de Internación Geriátrica especial

Al Director:

El enterococo vancomicina resistente (EVR) es un importante patógeno nosocomial. El incremento de incidencia de infecciones, las limitaciones de la terapia efectiva y el riesgo de transferencia de la resistencia a la vancomicina a genes de otras bacterias han puesto al control del EVR como de alto interés para la salud pública.¹

La mayor parte de la adquisición hospitalaria del EVR se debe a transmisión cruzada, y la proximidad a pacientes sin aislamiento se considera un importante factor de riesgo.²

El EVR fue aislado inicialmente en 1986 en Europa y en 1987 en los Estados Unidos. Desde entonces su presencia fue detectada en todo el mundo.³

Las infecciones, que han aumentado progresivamente en las últimas dos décadas, traen aparejado aumento en la morbilidad, en la estadía hospitalaria y en los costos. Ocurren en el ambiente hospitalario en pacientes debilitados y se expresan en forma de bacteriemias, colecciones sépticas o abscesos e infecciones urinarias.⁴

De acuerdo con los datos del National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS), a fines de 1999 el 25% de todos los enterococos involucrados en infecciones hospitalarias ya eran resistentes a la vancomicina.⁵

La mayoría de los programas de intervención y resultados sobre el control de infecciones fueron realizados en áreas de internación de pacientes agudos.⁶

Pocos estudios han evaluado su adherencia en residencias geriátricas.

En el año 2003 el porcentaje de aislamiento de EVR en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los Estados Unidos alcanzó al 30% de los pacientes.

Aunque la colonización no sintomática excede por 10 veces a las infecciones, estos pacientes las desarrollan con incrementada morbilidad.

Las infecciones en general son la mayor causa de morbilidad y mortalidad en los residentes en instituciones geriátricas. Estas afrontan algunos desafíos: uno de ellos es bajar la tasa de colonización de gérmenes multirresistentes en los cuidadores de salud; otro es que los residentes no pueden ser fácilmente aislados al participar de programas sociales y de rehabilitación.

Las estrategias de vigilancia que conducirían a mayor eficiencia incluyen dirigir los esfuerzos a ciertas áreas, al-

gunos grupos de pacientes y algunos sitios de infección. El Hospital Italiano de San Justo es una institución de mediana complejidad en la que residen ancianos bajo la forma de hogar geriátrico en dos pabellones integrados edilicia y funcionalmente al área de internación de los pacientes agudos.

Un pabellón aloja adultos mayores con patología clínica predominante, y el restante a ancianos con enfermedades psiquiátricas y demencia.

Dadas las características del área geriátrica de internación se decidió evaluar la prevalencia de colonización intestinal por EVR entre el 22 de mayo y el 8 de noviembre de 2008. Se efectuó la búsqueda de EVR en material de hisopado rectal o coprocultivo en una muestra y se analizó en la sección Bacteriología del Laboratorio Central del Hospital Italiano de Buenos Aires.

El total de pacientes fue 75; 41 mujeres y 34 varones, con promedio de edad de 81 y 75 años, respectivamente. La media de edad del grupo total fue 78 años. El tiempo de estadía de los residentes en la institución osciló entre 4 y 6450 días, con un promedio de 2346.

No se observó desarrollo de EVR en ninguna de las muestras de los 75 pacientes estudiados, aunque 6 provenían de instituciones geriátricas asilares y 22 tuvieron antecedentes de internación por más de 48 horas en UCI.

Los resultados se asemejan a los esperados en una población no hospitalaria.

Es de destacar que no se tomaron medidas adicionales al control de infección habitual de higiene medioambiental y lavado de manos por parte del personal de salud, y que se comparte con el sector de Internación de Agudos la cocina, manipulación de alimentos, ocasionalmente equipamiento (electrocardiógrafo, oxímetro digital), y también personal de maestranza, limpieza, médico-asistencial y de enfermería.

La baja procedencia institucional y adecuadas medidas en el control de infecciones pueden explicar esta realidad respecto del EVR.

De acuerdo con normas internacionales y a pesar de los resultados de este estudio, creemos conveniente el aislamiento, hasta conocer el resultado del coprocultivo, de eventuales nuevos residentes, si son derivados de instituciones o UCI, donde se sabe del alto porcentaje de adquisición de esta bacteria.

Mario Ormachea y Libertad Gómez Borrás
Área Internación Geriátrica
Hospital Italiano San Justo Agustín Rocca

REFERENCIAS

1. McGeer A, Fleming CA, Willey B. Antimicrobial resistance in common hospital pathogens in Ontario [Internet]. QMP-LS News. 2007 Jul [citado 12/01/2011]; no.116. Disponible en: http://www.qmpls.org/pub_resources/publications/qmpls_news/pdf/qmplsnews116.pdf
2. Byers KE, Anglim AM, Anneski CJ, et al. A hospital epidemic of vancomycin-resistant Enterococcus: risk factors and control. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001;22(3):140-7.
3. Leclercq R, Derlot E, Duval J, et al. Plasmid-mediated resistance to vancomycin and teicoplanin in Enterococcus faecium. N Engl J Med. 1988;319(3):157-61.
4. Lodise TP, McKinnon PS, Tam VH, et al. Clinical outcomes for patients with bacteremia caused by vancomycin-resistant enterococcus in a level 1 trauma center. Clin Infect Dis. 2002;34(7):922-9.
5. Murray BE. Vancomycin-resistant enterococcal infections. N Engl J Med. 2000;342(10):710-21.
6. Mody L, Maheshwari S, Galecki A, et al. Indwelling device use and antibiotic resistance in nursing homes: identifying a high-risk group. J Am Geriatr Soc. 2007;55(12):1921-6.

NOTA DEL EDITOR:

Las recomendaciones del Comité de Control de Infecciones, consensuadas con la Sección Infectología del Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires son:

Proceder al aislamiento de los siguientes pacientes, al ingreso al hospital (el aislamiento será levantado con el primer hisopado de materia fecal negativo para EVR):

- Pacientes derivados de otra institución:
 - Con más de 48 horas de internación en unidades de cuidados intensivos (UCI)
 - Centros de 3^{er} nivel

- Pacientes que se reinternan. Si en el último año estuvieron:
 - más de 20 días en UCI
 - más de 30 días en piso y uso de antibióticos
 - internación domiciliaria y uso de antibióticos
- Pacientes en hemodiálisis crónica con uso de antibióticos prolongados.

En pacientes EVR positivos ya conocidos se mantiene el aislamiento en cada reinternación. Hasta la fecha los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, de los Estados Unidos) no recomiendan suspender el aislamiento de estos pacientes a lo largo del tiempo.

Consideraciones sobre el uso de toxina botulínica y materiales de relleno en el envejecimiento facial

Al Director:

Durante muchos años, los cirujanos plásticos y dermatólogos hemos luchado contra el envejecimiento facial tratando siempre de encontrar algún agente, algún método que, a la vez de mejorar el aspecto facial, sea lo menos agresivo posible.

Las arrugas de una cara son consecuencia de tres factores: la edad, ese implacable paso del tiempo que, influido por la actividad actínica, rompe las fibras elásticas; la gravedad y la acción de los músculos de la expresión que potencian los factores del envejecimiento.

Básicamente, existen dos tipos de arrugas: aquellas producidas por el paso del tiempo y las otras que desde un inicio son producidas por la hiperkinesia (mímica).

Las arrugas producidas por la edad son tratadas mediante variados procedimientos clásicos: *lifting* convencional, *peelings* químicos y mecánicos, láseres y materiales de relleno reabsorbibles y no reabsorbibles, que son usados por el gran espectro de especialistas en todo el mundo.

Las arrugas debidas a la expresión o hiperkinéticas deben ser corregidas de una manera diferente, ya que no podrán ser atenuadas por un simple estiramiento de la piel. En la Argentina, el uso de la toxina botulínica (botox) con fines estéticos comenzó a partir de 1997. Son innumerables los trabajos científicos que han demostrado la seguridad y eficacia de este método.

Las consideraciones esenciales para obtener resultados satisfactorios son: indicaciones precisas, dosis adecuadas, profundo conocimiento de la anatomía y función del área que se va a trabajar.

Son muchos los pacientes que requieren procedimientos mínimamente invasivos con los cuales no solo encontrarán satisfacción sus necesidades estéticas sino, además, obtendrán una recuperación temprana que les permitirá reanudar sus actividades laborales y sociales en corto tiempo. Somos nosotros los que debemos dar importancia a una evaluación clínica exhaustiva que nos permitirá elegir la táctica y la técnica correctas.

El éxito de esta consulta resultará de la elección del tratamiento adecuado. De esta amalgama entre médico y paciente surgirá un objetivo estético realizable, con expectativas reales, explicitadas por el médico tratante.

Aquellos pacientes que esperen un resultado más evidente