

Estrategias para manejar organismos gram-negativos multiresistentes en los recién nacidos

Nimal Wickramasinghe, Julie Suviste, Mitul Patel, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012 97: F234

Traducción libre: Dr. Manuel Osses Montesinos

Los organismos Gram-negativos multiresistentes (MRGNB) a los antibióticos son actualmente una preocupación a nivel mundial. En el Reino Unido, la prevalencia de la multiresistencia a bacterias gram-negativas (MRGNB) está aumentando, (1) y se han producido brotes significativos en las unidades neonatales (NNUs).

Hasta un 12% de los recién nacidos están sometidos a una pantalla séptica en el nacimiento, y la mayoría de ellos reciben antibióticos empíricos (2). Alrededor del 70% de las NNUs usan combinaciones reducidas a un espectro de penicilina / gentamicina para el tratamiento empírico de la sepsis neonatal (3). Sin embargo, estos regímenes pueden no ser activos contra MRGNB. Vergnano et al (4) encontraron que las enterobacterias representaron alrededor del 20% al 35% de la sepsis temprana y tardía, respectivamente, lo que subraya la amenaza que plantean los MRGNB en neonatología.

A diferencia de muchas otras bacterias resistentes a antibióticos, MRGNB se producen en la comunidad, así como en los hospitales, lo que significa que hay un riesgo cada vez mayor de la madre al bebé transmisor de MRGNB. Esto podría llevar a bebés asintomáticos infectados inadecuadamente tratados, con un esquema antibiótico estándar, estar colonizados pudiendo actuar como una fuente de transmisión a otros bebés.

Con el fin de determinar los riesgos actuales que plantea la MRGNB en nuestras NNU, se investigó la aparición de MRGNB en cultivos de orina rutinario en cribado prenatal, revisándose un año de experiencia con una mayor vigilancia a los bebés.

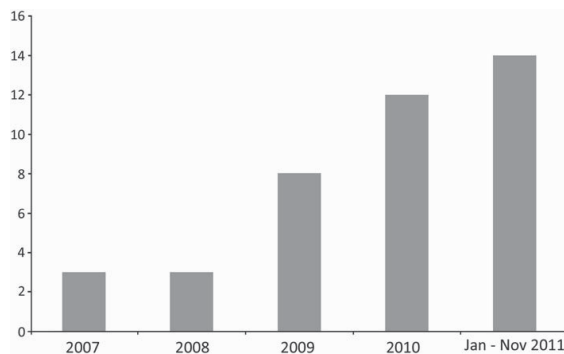


Figure 1 Number of multi-resistant gram-negative bacteria in antenatal patient urines since 2007.

Entre enero de 2007 y noviembre del 2011, MRGNB fueron aisladas de las muestras de orina de detección prenatal de 40 mujeres con un número creciente anual (ver gráfico 1). Este incremento no es atribuible a un aumento en el número de mujeres que han sido evaluadas, como el número anual de las entregas que se mantuvo relativamente constante, oscilando entre 7296 y 7785. Ocho de los 37 (21,6%) MRGNB probados fueron resistentes a la gentamicina. En respuesta a la amenaza planteada por estas bacterias, ahora un lugar destacado en los antecedentes de la madre lo representan los MRGNB aislados de muestras de orina de atención prenatal, por lo que los neonatólogos se alerten a la posibilidad de infección neonatal MRGNB.

La transferencia de los bebés entre NNUs es un lugar común que representa otro medio por el cual los MRGNB se introduzcan en NNUs. En respuesta a esta amenaza, comenzamos a mejorar la vigilancia de todos los bebés NNU en septiembre de 2010. Hisopados rectales y muestras respiratorias son examinados para detectar MRGNB que producen extendido-espectro-lactamasa (BLEE) y Enterobacteriaceae gentamicino resistentencia, al ingreso, y luego semanalmente. En un año, hemos aislado enterobacterias resistentes a la gentamicina y productoras de BLEE, de 14 y 8 de 1277 recepciones, respectivamente. Los aislamientos no se han escrito, pero la identificación de diferentes especies y fenotipos antibióticos resistentes indican que no hubo propagación de un único clon. Sólo cuatro casos se identificaron al ingreso, el resto fue detectado en las pantallas posteriores. Sólo un recién nacido se infectó con un MRGNB.

Como el número de mujeres embarazadas con MRGNB están aumentando, es preciso estar atentos que la terapia empírica normada puede ser inapropiada para sus hijos. Sin embargo, nuestra observación más importante fue el número inesperadamente alto de los bebés que se encuentran colonizados con MRGNB después de su admisión. Los bebés afectados casi siempre son asintomáticos, lo que indica que sin la vigilancia periódica y medidas de control, la MRGNB puede hacerse endémica en NNUs antes que los bebés presenten una infección. Reiteramos la importancia de la vigilancia de las NNUs, incluyendo la parte inferior del tracto gastro-intestinal, y de la consideración de la epidemiología local de bacterias en la población prenatal.

REFERENCES

1. Martin V, Hope R, Livermore DM, et al. BSAC

Bacteraemia Resistance Surveillance Update 2010. In Federation of Infection Societies (FIS) Scientific Meeting. Manchester: UK 2011:P0135.

2. Luck S, Torony M, d'Agapeyeff K, et al. Estimated early-onset group B streptococcal neonatal disease. Lancet 2003;361:1953–4.

3. Fernando AM, Heath PT, Menson EN.

Antimicrobial policies in the neonatal units of the United Kingdom and Republic of Ireland.

J Antimicrob Chemother 2008;61:743–5.

4. Vergnano S, Menson E, Kennea N, et al. Neonatal infections in England: the NeonIN surveillance network. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed

2011;96:F9–F14.

Biblioteca Neonata