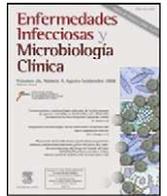


Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Importancia de los centros geriátricos o de las instituciones sanitarias de estancia prolongada en la persistencia de la endemia por SARM

Importance of geriatric centres or long-stay health institutions due to the endemic persistence of MRSA

Miquel Pujol

Servicio de Enfermedades Infecciosas, Equipo de Control de Infección, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat, Barcelona, España

Han pasado algo más de dos décadas desde la introducción y amplia diseminación de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) en los hospitales españoles¹. Las consecuencias inmediatas de la epidemia fueron un incremento explosivo de las infecciones nosocomiales producidas por dicho microorganismo, en general secundarias a procedimientos invasivos relacionados con la asistencia, como el cateterismo vascular, la ventilación mecánica o la cirugía, afectando de forma predominante a la población ya gravemente comprometida, como enfermos críticos o de edad avanzada. La respuesta de los hospitales a este problema fue la instauración de programas de control para prevenir la transmisión nosocomial del SARM basados en la experiencia de otros países que habían sufrido previamente el problema². Se incorporaron medidas como el registro continuado de casos, la detección de portadores asintomáticos entre pacientes y personal sanitario, y precauciones de contacto y descontaminación para los portadores. La epidemia de SARM motivó un refuerzo significativo de los equipos de control de infección hospitalarios y preparó a los profesionales frente a un problema epidemiológico novedoso como fueron los subsecuentes brotes epidémicos hospitalarios de gran envergadura producidos por microorganismos como *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* o *Pseudomonas aeruginosa*.

En pocos años, la evolución del brote epidémico por SARM siguió un curso relativamente similar en la mayoría de los hospitales españoles, desaparición del clon Ibérico, introducción de nuevos clones de SARM, entrando en una situación de endemia crónica de mayor o menor intensidad, en función de las características de cada centro y de la aplicación de las medidas de prevención³. Sin embargo, pronto fue evidente que se estaba produciendo un cambio epidemiológico significativo. A través de los programas de vigilancia, se identificaban con progresiva frecuencia pacientes que ingresaban en el hospital colonizados o con infección grave producida por SARM. Estos pacientes procedían muchas veces de centros de larga estancia (CLE) o bien habían estado previamente ingre-

sados en el hospital⁴ y podían representar hasta el 30-40% de los nuevos casos de SARM identificados en el hospital.

Ante la evidencia de la extensión del SARM al sistema sanitario, se produjo una circunstancia realmente paradójica que ya se había descrito en otros países⁵: desde los CLE se rechazaba frecuentemente el traslado de pacientes procedentes del hospital colonizados por SARM al CLE, cuando desde el hospital se tenía la evidencia que muchos de los pacientes que ingresaban procedentes de los CLE estaban colonizados por SARM o presentaban una infección por dicho microorganismo como causa del ingreso. En este sentido, el estudio de García-García⁶, publicado en este número de ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA y que establece la prevalencia y factores de riesgo de colonización por SARM en centros geriátricos del sur de España, aporta un poco más de luz a una situación que se ha mantenido relativamente oscura durante años. Aunque escasos, los estudios de prevalencia establecen que la colonización por SARM está ampliamente presente en los CLE de España y el resto de Europa, con tasas superiores en general al 7% de los residentes y mucho más altas, cercanas al 30%, en los centros sociosanitarios que albergan a pacientes con un elevado grado de dependencia⁷⁻¹⁰. Dicha colonización puede ser persistente en más del 40% de los residentes colonizados, ocasionando una elevada transmisión de SARM dentro de los propios CLE¹¹. Sin embargo, las propias características de estos centros dificultan enormemente la valoración del impacto que pueden tener las infecciones por SARM. Las infecciones nosocomiales en el entorno de los CLE pueden ser tan o más frecuentes que en el entorno hospitalario; no obstante, la escasa obtención de cultivos microbiológicos y la falta de registros de infección nosocomial hace que no se conozca con detalle la epidemiología clínica y microbiológica de las infecciones producidas por SARM en este entorno. Estudios preliminares sugieren que el riesgo de desarrollar una infección en un paciente colonizado por SARM es bajo mientras el paciente permanezca en el CLE¹². A todo ello se añade la gran variabilidad de centros y unidades de larga estancia y la ausencia de directrices y recomendaciones para la prevención del SARM adaptados a la realidad de los recursos en control de la infección de dichos centros. La traslación de las rígidas medidas de control del SARM que se aplican en los hospitales a los

Correo electrónico: mpujol@bellvitgehospital.cat

CLE, se ha contemplado como una práctica inadecuada, de costes elevados y que limita la socialización de los residentes y sin evidencias científicas en cuanto a su eficacia¹³. No hay que olvidar que si el objetivo del hospital es curar o paliar el sufrimiento de un paciente y su paso es transitorio, los CLE representan muchas veces la residencia donde pasará los últimos años de su vida. La instauración de estrictas precauciones de contacto u otras formas de aislamiento pueden comportar una estigmatización y un grave deterioro social del residente.

¿Cuál sería entonces la práctica adecuada en los CLE? No podemos olvidar el circuito frecuente residencia-hospital-residencia que siguen muchos ancianos. Si bien la colonización asintomática por SARM no suele comportar problemas significativos en un anciano con buena calidad de vida, este mismo paciente colonizado por SARM cuando ingresa en el hospital y es sometido a procedimientos invasivos tiene un elevado riesgo de desarrollar una infección por SARM, muy superior al del paciente no colonizado. Por otro lado, este mismo paciente será objeto de múltiples manipulaciones por parte del personal sanitario durante su ingreso en el hospital y potencialmente ser el origen de una transmisión cruzada hacia otros pacientes ingresados en la misma unidad. Parece aparentemente un contrasentido que el mismo paciente colonizado por SARM se maneje de forma muy diferente si está viviendo en la residencia o si está hospitalizado. Ello depende del riesgo que tenga el paciente de desarrollar infecciones o transmitir el microorganismo a pacientes susceptibles de infectarse, muy elevado en el hospital y prácticamente nulo en las residencias geriátricas. Este es uno de los puntos de mayor interés del artículo de García⁶. Si determinamos que un elevado porcentaje de residentes en CLE están colonizados por SARM y que esto supone un mayor riesgo de infección para él y para sus compañeros de habitación, ¿qué debemos hacer cuando ingresa en el hospital? El problema reside en que no conocemos la situación de portador de SARM de la mayor parte de pacientes que ingresan en el hospital. Por todo ello, aunque es una medida aún controvertida, se ha recomendado la vigilancia activa en determinados grupos de pacientes con mayor riesgo de colonización. Es evidente que si se decide esta estrategia, la detección de SARM ha de acompañarse de políticas agresivas de precauciones de contacto y descolonización sistemática¹⁴. Conceptualmente, la vigilancia activa, es decir, la detección de la situación de portador de SARM en cada paciente que ingresa en el hospital, puede ser una maniobra decisiva para el control del SARM. Esta maniobra es obligatoria en algunos países. Por ejemplo, en Inglaterra ha formado parte de una estrategia destinada a reducir las infecciones por SARM, especialmente las bacteriemias, y se ha practicado en diferentes grupos de pacientes, como los que iban a ser sometidos a cirugía mayor. Los resultados en Inglaterra han sido esperanzadores. Aunque la reducción de las bacteriemias por SARM no se puede atribuir exclusivamente a la práctica de la vigilancia activa, la reducción que se ha alcanzado ha sido muy notable¹⁵. Por otro lado, la experiencia publicada recientemente de diferentes hospitales en los Estados Unidos parece contradictoria^{16,17}. Si bien en algunos casos la vigilancia activa ha sido de notable ayuda para el control del SARM en el hospital, en otros centros no se ha demostrado que tuviera impacto.

En resumen, con los datos disponibles actualmente, podemos afirmar que los CLE representan en la actualidad un reservorio sig-

nificativo de SARM. La vigilancia activa, llevada a cabo desde los hospitales de agudos es probablemente la medida más eficaz para enfrentarnos a este problema, aunque es necesaria una mayor información que evalúe la eficacia de esta medida en cuanto a coste y resultados.

Bibliografía

- Parras F, Rodríguez M, Bouza E, Muñoz P, Cercenado E, Guerrero C, et al. Epidemic outbreak of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a general hospital. Preliminary report. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1991;9:200–7.
- Rodríguez-Baño J, Millán AB, Domínguez MA, Almirante B, Cercenado E, Padilla B, et al. Control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in Spanish hospitals. A survey from the MRSA 2003 GEIH/GEMARA/REIPI project. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;24:149–56.
- Rodríguez-Baño J, García L, Ramírez E, Lupión C, Muniaín MA, Velasco C, et al. Long-term control of endemic hospital-wide methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): the impact of targeted active surveillance for MRSA in patients and healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31:786–95.
- Manzur A, Vidal M, Pujol M, Císal M, Hornero A, Masuet C, et al. Predictive factors of methicillin resistance among patients with *Staphylococcus aureus* bloodstream infections at hospital admission. *J Hosp Infect.* 2007;66:135–41.
- Kreman T, Hu J, Pottinger J, Herwaldt LA. Survey of long-term-care facilities in Iowa for policies and practices regarding residents with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* or vancomycin-resistant enterococci. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:811–5.
- García JA, Santos J, Castro C, Bayoli E, Martín ML, Vergara S, et al. Prevalencia y factores asociados a la colonización por *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina en centros de larga estancia en el sur de España. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;doi:doi.org/10.1016/j.eimc.2010.12.010.
- Cretnik TZ, Vovko P, Retelj M, Jutersek B, Harlander T, Kolman J, et al. Prevalence and nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a long-term-care facility in Slovenia. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26:184–90.
- Barr B, Wilcox MH, Brady A, Parnell P, Darby B, Tompkins D. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization among older residents of care homes in the United Kingdom. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007;28:853–9.
- Manzur A, Gavalda L, Ruiz de Gopegui E, Mariscal D, Domínguez MA, Pérez JL, et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and factors associated with colonization among residents in community long-term-care facilities in Spain. *Clin Microbiol Infect.* 2008;14:867–72.
- Baldwin NS, Gilpin DF, Hughes CM, Kearney MP, Gardiner DA, Cardwell C, et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization in residents and staff in nursing homes in Northern Ireland. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:620–6.
- Manzur A, Domínguez MA, Ruiz de Gopegui E, Mariscal D, Gavalda L, Segura F, et al. Natural history of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonisation among residents in community long term care facilities in Spain. *J Hosp Infect.* 2010;76:215–9.
- Manzur A, de Gopegui ER, Domínguez M, Mariscal D, Gavalda L, Pérez JL, et al. Clinical significance of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization in residents in community long-term-care facilities in Spain. *Epidemiol Infect.* 2011;28:1–7.
- Hughes CM, Smith MB, Tunney MM. Infection control strategies for preventing the transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in nursing homes for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;23:CD006354.
- Lucet JC, Regnier B. Screening and decolonization: does methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* hold lessons for methicillin-resistant *S. aureus*? *Clin Infect Dis.* 2010;51:585–90.
- Edgeworth JD. Has decolonization played a central role in the decline in UK methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission? A focus on evidence from intensive care. *J Antimicrob Chemother.* 2011;66 Suppl 2:ii41–47.
- Huskins WC, Huckabee CM, O'Grady NP, Murray P, Kopetskie H, Zimmer L, et al. Intervention to reduce transmission of resistant bacteria in intensive care. *N Engl J Med.* 2011;364:1407–18.
- Jain R, Kralovic SM, Evans ME, Ambrose M, Simbartl LA, Obrosky DS, et al. Veterans Affairs initiative to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections. *N Engl J Med.* 2011;364:1419–30.