

**Factores de riesgo en la colonización de *Enterococcus* spp. resistentes a glucopéptidos en un hospital de adultos**

**Sr. Director.** Pretendemos comunicar un informe sobre el primer aislamiento de *Enterococcus faecium* resistente a glucopéptidos, detectado como infección intrahospitalaria, en la sala de internación de mujeres del Servicio de Clínica Médica del Hospital Dr. Julio C. Perrando de la ciudad de Resistencia Argentina.

El brote se presentó entre el 17/09/99 y el 05/10/99, detectándose el mismo a partir del aislamiento de una cepa de *E. faecium* resistente a vancomicina en un hemocultivo.

El hospital Dr. Julio C. Perrando es un nosocomio de Nivel III, ubicado en la ciudad de Resistencia, capital de la provincia del Chaco, Argentina. Cuenta con 490 camas y recibe pacientes de toda provincia, así como de provincias vecinas y de Paraguay. La población que se asiste en el hospital corresponde mayoritariamente a los niveles socioeconómicos medio-bajo y bajo. La sala de mujeres del Servicio de Clínica Médica dispone de un amplio recinto dividido mediante tabique en sectores de dos camas, con un total de catorce, estando en el momento del estudio ocupadas trece de las mismas. Todas las pacientes reciben visitas en horario restringido pero, en algunos casos están acompañadas por un familiar de forma permanente.

Mediante cultivos de muestras de hisopos rectales se estudiaron 13 pacientes de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 14 y los 67 años (media de 40 años) y cuyo tiempo de ingreso osciló entre las 24 hs y los 28 días. El esposo de una de ellas, que permanecía constantemente en la sala, también fue estudiado y considerado como un ingrediente más.

Las 14 muestras fueron sembradas en agar bilis esculina azida con 6 µg/ml de vancomicina e incubadas a 35°C durante 24 a 48 hs. Las cepas fueron identificadas por el método de Facklam et al<sup>1</sup>.

Con el fin de determinar el grado de resistencia a la vancomicina, se realizó la concentración mínima inhibitoria (CMI) de cada cepa por el método de macrodilución en tubo.

Los factores de riesgo considerados que podrían incidir en la aparición del brote fueron: la terapia previa con antibióticos, inmunodepresión, ingreso previo en Unidad de internamiento, tiempo de ingreso, enfermedad renal previa o simultánea al momento del ingreso, antecedentes de infección por anaerobios y patologías neoplásicas<sup>2,7</sup>.

De las 14 muestras estudiadas, en 7 (50%) se obtuvo desarrollo de *E. faecium* resistente a vancomicina. Dos de ellas presentaron una CMI a vancomicina de 625 µg/ml y cinco de 312 µg/ml. Todos los aislados fueron además resistentes a teicoplanina (Fenotipo Van A).

Todas las pacientes colonizadas habían recibido terapia previa con antibióticos inductores de resistencia a vancomicina y seis (85,7%) presentaban algún grado de inmunodepresión, mientras que sólo 2 (28,5%) de las no colonizadas habían sido tratadas con antibioticoterapia inductora de resistencia a vancomicina y presentaban inmunodepresión.

De lo anteriormente expuesto se deduce que en nuestro caso la exposición previa a antibióticos inductores de resistencia a vancomicina resultó ser el factor común entre las pacientes colonizadas y la inmunodepresión también resultó ser un factor de riesgo importante.

Este brote, si bien pequeño y fácilmente controlable, nos llama la atención sobre un problema que no nos es ajeno. Los laboratorios de microbiología clínica deben estar atentos para detectar e identificar estos microorganismos de forma adecuada, así como también se deberá establecer el uso racional de los antimicrobianos.

*Maria Cristina Ronconi\*, Graciela Uzandízaga\*\*, Bettina Irigoyen\*\*, Isabel Marqués\*\*, Mirta Colef\*\*, Maria Cristina Redondo\*\**

\*Área Bacteriología. Instituto de Medicina Regional. Universidad Nacional de Nordeste. Resistencia Chaco. Argentina

\*\*Servicio de Microbiología. Laboratorio Hospital Dr. Julio C Perrando. Resistencia. Chaco. Argentina

**Bibliografía**

1. Facklam RR, Sham DF, Teixeira LM. *Enterococcus*. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaffer MA, Tenover F, Yolken RH (eds) Manual of Clinical Microbiology (7<sup>th</sup> ed). Washington. DC: ASM Press, 1999; 297-305.
2. Gin AS, Zhanell GG, Vancomycin - resistant enterococci. Ann Pharmacother 1996; 30: 615-624.
3. Quale J, Landman D, Saurina G, Atwood E, DiTore V, Patel K. Manipulation of a hospital: antimicrobial formulary to control an outbreak of vancomycin - resistant enterococci. Clin Infect Dis 1995; 20: 1.126-1.133.
4. Rao GG, Ojo F, Kolokithas D. Vancomycin-resistant Gram positive cocci: Risk factor for faecal carriage. Ther Journal of Hospital Infection 1997; 35: 63-69.
5. Henning KJ, Delencastre H, Eagan J, Boone A, Brown M, Chung N, et al. Vancomycin- resistant *Enterococcus faecium* on pediatric oncology ward: duration of stool shedding and incidence of clinical infection. Pediatr Infect Dis J 1996; 15: 848-854.

7. Sing - Naz N, Sleemi A, Pikis A, Patel KM, Campos JM. Vancomycin - resistant *Enterococcus faecium* Colonization in Children J Clin Microbiol 1999; 37: 413-416.

**Encefalitis por primoinfección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana como causa de síndrome confusional agudo en un servicio de urgencias**

**Sr. Director.** El síndrome confusional agudo (SCA) es un cuadro clínico transitorio, de causa orgánica, de comienzo agudo y curso fluctuante que combina alteraciones de conciencia, del estado emocional, psicomotoras, desorientación y desorganización del pensamiento con lenguaje incoherente. Es necesario diferenciar el cuadro de SCA de las psicosis y las demencias. Entre las muchas causas de este SCA encontramos enfermedades sistémicas (hipoxia, encefalopatías metabólicas, déficits vitamínicos, alteraciones endocrinas, infecciosas, físicas, hematológicas, tóxicas) y neurológicas (traumatismo craneoencefálico, vasculares, neoplásicas, infecciosas, inflamatorias, epilepsia). Entre las causas neurológicas y dentro de las de origen infeccioso encontramos las encefalitis<sup>1</sup>. Una causa infrecuente de encefalitis es la primoinfección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentándose entre un 1,4% y un 24% de los casos según autores<sup>2,4</sup>. Otras manifestaciones neurológicas de esta primoinfección son las meningitis con o sin afectación de pares craneales, mielopatías agudas y las polirradiculopatías. Más infrecuente todavía es que esta situación suponga una urgencia médica, tal y como ocurrió en el caso que describimos.

Se trata de un paciente de 22 años vegetariano de raza india con antecedentes de fisura anal y sin alergias conocidas. No había realizado viajes recientemente ni presentaba hábitos tóxicos ni de riesgo. El paciente consultó por cuadro de fiebre alta, odinofagia y síndrome miccional y fue tratado con amoxicilina-ácido clavulánico por posible infección urinaria. Seis días después vuelve a consultar por cuadro de diarrea de 10 deposiciones/día junto con vómitos e intolerancia alimentaria y es diagnosticado de gastroenteritis aguda remitiéndose con antieméticos y rehidratación oral. Doce horas más tarde acude nuevamente por un cuadro de agitación, desorientación, somnolencia y un epi-