

Infecciones por neumococo: ¿debemos conocer el perfil de sensibilidad local?

Sr. Director:

El tratamiento de elección para las infecciones producidas por *Streptococcus pneumoniae* en nuestro medio ha sido durante muchos años la penicilina. Sin embargo, han ido aumentando el perfil de resistencia, a semejanza de otras localizaciones geográficas (1). Esto puede condicionar ciertas dificultades para elegir el tratamiento adecuado, puesto que el aumento de resistencias disminuye la probabilidad de erradicación y aumenta la probabilidad de fracaso clínico (2). Con el objetivo de planear una estrategia antimicrobiana empírica adaptada a nuestra área sanitaria realizamos un trabajo para conocer el perfil de sensibi-

lidad antibiótica del neumococo, así como las características clínicas de los pacientes infectados. Realizamos un estudio retrospectivo de todos los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* en cultivos de sangre, esputo, LCR y líquido pleural, entre abril del 2002 y diciembre de 2003. Las muestras de esputo que se consideraron válidas fueron aquellas que reunían los estándares de calidad en cuanto a número de células y neutrófilos (menos de 5 células y más de 25 leucocitos por campo o cultivo puro). Se analizaron los casos de resistencia parcial (CIM 0,1-1 microgr/ml) y de alta resistencia (CIM mayor o igual a 2 microgr/ml). Se aislaron en 67 pacientes, un grupo de 61 adultos, de los cuales 47 eran hombres y 14 mujeres, con una media de edad de 63 años, y un grupo de 6 niños, 4 mujeres y 2 varones, con edad media de 3 años. Entre los factores de riesgo potenciales para padecer una infección neumocócica destacaron los pacientes con EPOC (28%), de los cuales el 68% tenían además una enfermedad crónica debilitante, como podían ser la diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, neoplasia sólida o hematológica. Un 12% de los pacientes tenían la infección por VIH, y de estos el 50% padecía alguna enfermedad crónica debilitante. El 25% de los pacientes tenían una enfermedad crónica debilitante solamente y en un 35% de los casos no tenían ningún antecedente de interés. Las formas de presentación clínica fueron: 29 neumonías (43%), en dos casos con empiema asociado y 23 de infecciones respiratorias no condensantes (35%), 8 casos de sepsis (12%), 4 de origen respiratorio, dos peritoneal y otro en un recién nacido tras cesárea urgente, 5 meningitis (7%), y dos casos de peritonitis (3%). El microorganismo se aisló en un 56% de los casos en esputos, 33% en hemocultivos, 7% en LCR y 4% en líquido pleural. El perfil de sensibilidad obtenido mostraba que la sensibilidad del microorganismo en nuestro medio para la penicilina era del 67%, con un 3% de alta resistencia y un 30% moderadamente resistente. La asociación de amoxicilina clavulánico aumentaba la sensibilidad hasta el 96%. En cuanto a las cefalosporinas de 3ª generación (ceftriaxona y cefotaxima), la sensibilidad fue del 100%, y de un 98% para la vancomicina y el cloranfenicol. La eritromicina alcanzaba resistencias de hasta el 25%, y la clindamicina del 23%. Creemos importante destacar las diferencias encontradas en cuanto al perfil de sensibilidad y resistencias de la penicilina con respecto a otras series publicadas en hospitales españoles. Al igual que en otros estudios (3,4), la resistencia a penicilina en nuestra serie era mayoritariamente en grado intermedio (30%), pero con una menor tasa de resistencias de alto grado. Es importante sobre todo, las diferencias con la serie publicada del Hospital Clínico Virgen de la Victoria de Málaga (5), si tenemos en cuenta la proximidad geográfica existente entre ambos hospitales. En esta serie se notificaron que un 12,9% de los aislamientos eran altamente resistentes a penicilina, frente a un 3% en nuestro medio, con una resistencia total del 43,4% frente al 33% en nuestra serie. Así mismo destacar la menor tasa de resistencia a eritromicina, que alcanza más del 30% en algunas series (5,6) y la ausencia de resistencia a ceftriaxona y cefotaxima en todos los aislamientos. Estos datos sugieren que a pesar de existir una tendencia cada vez mayor al aumento de resistencias a antibióticos de forma generalizada en los hospitales, es necesario conocer el perfil de resistencia y sensibilidad del microorganismo en un área determinada para la elección del antibiótico adecuado (4), teniendo en cuenta que áreas sanitarias tan cercanas geográficamente pueden presentar perfiles de sensibilidad diferentes.

J. Aguilar García, A. del Arco Jimenez, J. L. Prada Pardal, J. de la Torre Lima, N. Montiel¹

Unidad de Medicina Interna. ¹Unidad de Microbiología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

1. Pallares R, Liñares J, Vadillo M, Cabellos C, Manresa F, Viladrich PF, Martín R, Gudiol F. Resistance to Penicillin and Cephalosporin and Mortality from Severe Pneumococcal Pneumonia in Barcelona, Spain. *N Engl J Med* 1995; 333: 474-448.
2. Aguado García JM, Martínez Herrero JE, Lumberras Bermejo C. Resistencias bacterianas y farmacodinámica como bases de la prescripción de antibióticos en infecciones hospitalarias. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 230-237.
3. Swing S, Ruiz M, Torres A, Marco F, Martínez JA, Sánchez M, et al. Pneumonia acquired in the community through drug-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1835-42.
4. Sanz Herrero F, Juan Samper G, Ramón Capilla M, Navarro Ibáñez R, Lloret Pérez T. Neumonía neumocócica en pacientes hospitalizados. Implicaciones terapéuticas de las resistencias a la penicilina y la eritromicina. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 292-4.
5. Viciano MI, García López MV, Mariscal A, Sánchez Bernal MA, Clavijo E, Martín E, et al. Aspectos microbiológicos y clínicoepidemiológicos de los aislados de *Streptococcus pneumoniae* durante dos años. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22: 13-17.
6. Gómez Lus R, Adrán F, Gómez Lus S, Rubio Calvo MC. Presión selectiva antibiótica y resistencia en infecciones por *Streptococcus pneumoniae*. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 3-8.