

3. Hobaika AB, Neves BS, Fernandes ML, Guedes VC. Anesthesia in a patient with moebius sequence: Case report. *Rev Bras Anesthesiol*. 2009;59:341-3.
4. Arpacı H, Kadioglu M, Tuzuner-Oncul A. Anesthetic management of a case with Moebius syndrome. *Int J Exper Dent Sci*. 2012;1:37-9.
5. Budić I, Šurdilović D, Slavković A, Marjanović V, Stević M, Simić D. Moebius syndrome: Challenges of airway management. *Acta Clin Croat*. 2016;55 Suppl 1:S94-7.
6. Poveda R. Secuencia de Moebius en anestesiología. *Rev Chil Anest*. 2012;41:140-3.

Giselle Cuestas^{a,*}, Víctor Quiroga^b, Adrián Zanetta^b y Eliana Giménez^b

^a Sección de Endoscopia Respiratoria, División de Otorrinolaringología, Hospital General de Niños «Dr. Pedro de Elizalde», Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil «Don Victorio Tetamanti», Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: giselle.cuestas@yahoo.com.ar (G. Cuestas).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.11.008>

1695-4033/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Vigilancia de multirresistentes: *Enterococcus* spp. resistente a vancomicina



Surveillance of multiresistance: vancomycin-resistant *Enterococcus* spp.

Sr. Editor:

Las bacterias multirresistentes constituyen un problema sanitario por la limitación de las alternativas terapéuticas, su capacidad de diseminación epidémica a partir de pacientes colonizados y su posible transferencia horizontal, incluyendo la aparición de brotes. La Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas publicó en 2007 un documento, actualizado en 2015, sobre cultivos de vigilancia de multirresistentes de interés nosocomial^{1,2}. Cada centro establece estrategias de búsqueda activa de colonización por multirresistentes adaptadas a sus características epidemiológicas, si bien existe un esquema general de actuación³. La baja tasa de *Enterococcus* spp. resistente a vancomicina (ERV) en España y no haberse aislado cepas con este fenotipo en nuestro centro determinó su exclusión de nuestro protocolo inicial de vigilancia. Datos del European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) de 2014 mostraban un 7,9% (IC 95%: 6-11%) de resistencia a vancomicina en *Enterococcus faecium* invasivos con un incremento significativo durante 2011-2014. En España esa tasa era del 2,4% (IC 95%: 1-4%), sin cambios significativos durante 2011-2014⁴. Estos datos hacen referencia a *Enterococcus faecium* porque en esta especie la resistencia a glucopéptidos se suma a la resistencia de alto nivel a β-lactámicos (infrecuente en *Enterococcus faecalis*) condicionando aún más las alternativas terapéuticas. El objetivo de este trabajo es mostrar una acción correctora sobre nuestro protocolo tras el aislamiento de las primeras cepas de ERV. La detección de estas cepas se realizó mediante cultivo de exudado rectal en medio cromogénico (Brilliance™ VRE Agar, Oxoid) y la confirmación

de su identidad y sensibilidad antibiótica mediante microdilución (Vitek® 2 Compact, bioMérieux) y E-test (E-test®, Oxoid). Los ERV responsables de infección o implicados en sospecha de diseminación se remitieron al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) para caracterización genotípica y estudio de epidemiología molecular. Durante 2007-junio 2018, sucedieron 109 bacteriemias por *Enterococcus* spp. en el Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid, en 102 pacientes. Dos *Enterococcus faecium* (2017) presentaron resistencia a vancomicina (fenotipo *vanA*). Estos aislamientos difirieron en 9 días y correspondieron a inmunodeprimidos ingresados en la misma estancia. La concentración mínima inhibitoria (CMI) de teicoplanina fue 32 y 64 mg/l, y de daptomicina 2 y 4 mg/l, respectivamente, siendo la CMI vancomicina > 256 mg/l para ambos. Su perfil genético fue idéntico. La búsqueda activa de ERV hasta junio 2018 detectó 8 colonizaciones (7 pacientes oncológicos y uno con hidrocefalia en UCIP). Tres colonizaciones fueron detectadas 8, 16 y 17 días después del primer caso de bacteriemia por ERV en pacientes oncológicos ubicados en la misma sala que aquellos con bacteriemia por ERV. Una cepa presentó un perfil genéticamente relacionado con el de los aislados causantes de bacteriemia, resultando el perfil de otra probablemente también relacionado. Tras la inclusión de ERV en la vigilancia activa, la tasa de colonización por ERV fue del 1% (abril 2017-junio 2018). No hubo otro brote, ni colonizaciones desde febrero 2018. La magnitud del fenómeno de la multirresistencia ha dirigido los esfuerzos de las principales instituciones a su contención mediante detección precoz del estado de portador⁵. Por ello en nuestro centro, el laboratorio de microbiología incorporó en 2014 la vigilancia sistemática de aquellos microorganismos de mayor impacto clínico/epidemiológico (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y enterobacterias productoras de β-lactamasas de espectro extendido y/o carbapenemasas)³ en pacientes con presunción de ingreso prolongado y/o riesgo de colonización por exposición prolongada a antimicrobianos de amplio espectro, presencia de dispositivos médicos (sondajes, catéteres, ...) o inmunosupresión. Los pacientes diana fueron oncohematológicos y los ingresados en cuidados

intensivos pediátricos⁶. El aislamiento de las 2 primeras cepas de ERV obligó a modificar nuestro esquema de vigilancia incluyéndolos. Este nuevo planteamiento permitió no solo detectar colonización por EVR, sino también su transmisión. Al no disponer de tasas locales de colonización por este fenotipo no pudo conocerse si el origen de dicha transmisión eran las cepas responsables de bacteriemia, las detectadas al poco tiempo tras la modificación del protocolo o incluso las procedentes de otros pacientes colonizados cuyo estado de portador se desconocería al no haberse aplicado en ellos el protocolo corregido. Esto hace más relevante la corrección introducida pues, aunque los datos del EARS-Net y nuestra experiencia sugerían una tasa local de ERV poco relevante, lo cierto es que se desconocía el estado basal de la población atendida en términos de colonización por ERV. Tras la corrección realizada, conocemos con certeza que esta tasa es baja, aunque debe interpretarse a la luz de la eficacia de las medidas de contención instauradas. El trabajo enfatiza la importancia de esta vigilancia de multirresistentes, incluso de aquellos con una baja tasa de resistencia local, para responder con eficiencia a su diseminación o eventuales brotes.

Bibliografía

1. Eliecer Cano M, Domínguez MA, Ezpeleta Baquedano C, Martínez Martínez L, Padilla Ortega B, Ramírez de Arellano E. Cultivos de vigilancia epidemiológica de bacterias resistentes a los antimicrobianos de interés nosocomial. Martínez Martínez L (coordinador). Procedimiento de Microbiología Clínica. Cercenado E, Cantón (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2007.
2. Bou Arévalo G, Chávez Sánchez F, Oliver Palomo A, Oteo Iglesias J. Métodos microbiológicos para la vigilancia del estado de portador de bacterias multirresistentes. 55. Oteo Iglesias J (coordinador). Procedimientos en Microbiología Clínica. Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). 2015.
3. Oteo J, Bou G, Chaves F, Oliver A. Métodos microbiológicos para la vigilancia del estado de portador de bacterias multirresistentes. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2017;35:667-75.
4. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2014. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Surveillance reports. [consultado 2 Mar 2018] Disponible en: <http://ecdc.europa.eu>.
5. Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, de Angelis G, Falcone M, Frank U, et al., European Society of Clinical Microbiology. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant gram-negative bacteria in hospitalized patients. *Clin Microbiol Infect*. 2014;20 Suppl 1:1-55.
6. Sadowska-klasa A, Piekarska A, Prejzner W, Bieniaszewska M, Hellmann A. Colonization with multidrug-resistant bacteria increase the risk of complications and a fatal outcome after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Ann Hematol*. 2018;97:509-17.

María José González-Abad*
y Mercedes Alonso Sanz

Sección de Microbiología, Servicio de Análisis Clínicos,
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjglezabad@yahoo.es
(M.J. González-Abad).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.017>
1695-4033/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Utilización de medicina complementaria y alternativa en la población infantil de la Encuesta Nacional de Salud de España



Use of complementary and alternative medicine in the infant population in the Spanish National Health Survey

Sr. Editor:

La medicina complementaria y alternativa (MCA), también conocida como «terapias naturales», es un grupo heterogéneo de terapias, prácticas y productos empleados con la finalidad de mejorar la salud y el bienestar del usuario, que no forman parte de la medicina convencional¹. En algunos países con uso de larga tradición histórica se denomina «medicina tradicional».

Las estimaciones del uso de la MCA son muy dispares en función del país y del diseño de los estudios. Una revisión

sistemática en la Unión Europea obtuvo una prevalencia entre el 0,3 y el 86% (España: 15-47%)². En EE.UU. la prevalencia es del 38% en adultos (12% en niños). El uso de la MCA se asocia a la edad adulta en etapas intermedias, a la mujer y la clase social media-alta¹.

Existe una gran diversidad en la legislación sobre la MCA de los países de la Unión Europea³. En España no existe una regulación estatal específica para las terapias naturales. No obstante, la Ley 16/2003 y el Real Decreto 1.277/2003 regulan la seguridad y calidad de los centros sanitarios, siendo las comunidades autónomas las encargadas de autorizar la apertura de los centros de terapia no convencionales⁴. Según esta legislación, estos centros deben tener un profesional médico responsable.

El «Análisis de la situación de las terapias naturales» en España evaluó 139 terapias concluyendo que la evidencia científica disponible sobre su eficacia es muy escasa. Si bien en la mayoría de los casos estas terapias son inocuas, no están completamente exentas de riesgos⁵.

Con el objetivo de conocer la utilización de la MCA en la población infantil en España, analizamos las variables