

STRATEGII DE DIMINUARE A REZISTENȚEI MICROBIENE LA ANTIBIOTICE. ROLUL INFECȚIONISTULUI ÎN SPITALUL GENERAL

Ionescu Ramona Delia* Grigorescu Ovidiu Dan**, Nemet Codruța**

**Spitalul de Boli Infecțioase Brașov și Medic Consultant al Spitalului Județean de Urgență Brașov*

***Universitatea „Transilvania“ Brașov-Facultatea de Medicină, disciplina Semiologie Chirurgică*

***Universitatea „Transilvania“ Brașov-Facultatea de Medicină, disciplina Epidemiologie*

REZUMAT

Rezistența microbiană la antibiotice a devenit în ultimii ani o problemă de sănătate publică mondială (microbii nu au graniță). A fost demonstrată o legătură clară între prescripția de antibiotice și creșterea rezistenței microbiene la acestea. OMS stabilește în 2001 Strategiile Globale de Diminuare a Rezistenței Microbiene: formarea, în spitale, a unor Comitete de Control a Infecțiilor, a unui Comitet de Aprobare a Tratatului Antibiotic și conceperea ghidurilor de antibioterapie (naționale și regionale), sunt direcțiile strategice cele mai importante. Infecționistul este persoana cheie în implementarea acestor strategii.

Cuvinte cheie: Rezistență microbiană la antibiotice, controlul antibioterapiei, ghiduri de antibioterapie.

Rezistența microbiană la antibiotice a devenit, în ultimi ani, o problemă de sănătate publică ce interesează toate țările de pe glob, având în vedere mobilitatea crescândă a populației și procentul crescut de microbi multirezistenți din unele țări. Estul Europei, cu granițele recent deschise, cu lipsa de acuratețe a diagnosticului bacteriologic și cu practicarea excesivă a antibioterapiei, este o „bombă cu efect întârziat“ ce va afecta și țările Vest Europene. (1,2)

Dacă, până nu demult, infecțiile cu microbi multirezistenți la antibiotice erau întâlnite numai la pacienții spitalizați, în stare gravă, în prezent se semnalează multiple cazuri de infecții comunitare cu acești microbi.

Una din explicațiile posibile ale creșterii rapide a rezistenței microbiene la antibiotice, este utilizarea lor inadecvată. Bronzwaer și colaboratorii analizează relația dintre consumul de antibiotice și rezistența microbiană la acestea (3). Ei folosesc datele furnizate de EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) care monitorizează rezistența microbiană și consumul de antibiotice în Europa. Bronzwaer corelează datele privind vânzările de antibiotice (betalactamine și macrolide) în 1997, cu numărul

de tulpini invazive de *Streptococcus pneumoniae* nesusceptibile la penicilină, izolate în 1998 și 1999. Rezultatele studiului indică faptul că în Europa, rezistența microbiană a *Pneumococului*, la Penicilină, este corelată cu utilizarea antibioticelor beta-lactamine și macrolide (3).

În 2001, 25 experți OMS formulează „Strategiile Globale de Diminuare a Rezistenței Microbiene la Antibiotice“. Câteva dintre ele sunt rezumate mai jos.

1. Ridicarea nivelului de înțelegere a problemei pe care Rezistența Microbiană la Antibiotice o constituie. Este de dorit, în întreaga lume, formarea de comitete care să stabilească politici de prescriere cu prudență a antibioticelor, este necesară educarea celor ce prescriu aceste medicamente.

2. Îmbunătățirea supravegherii Microbiene la Antibiotice prin:

- a) Inițierea unor rețele de supraveghere locală a rezistenței
- b) Recrutarea de lideri pentru aceste rețele
- c) Dotarea unui laborator de bacteriologie de referință, cu un diagnostic de calitate și personal special instruit.
- d) Discutarea rezultatelor supravegherii rezistenței microbiene cu reprezentanții organizațiilor internaționale

3. Îmbunătățirea modului de utilizare a antibioticelor, la oameni, prin:

- a) Prescrierea cu prudență a antibioticelor
- b) Crearea de ghiduri naționale și regionale de antibioterapie
- c) Actualizarea ghidurilor bazată pe supravegherea bacteriologică
- d) Eliminarea stimulilor financiari care favorizează folosirea greșită a antibioticelor
- e) Evaluarea impactului pe care noile antibiotice îl au asupra rezistenței microbiene, în timpul consultațiilor efectuate în vederea aprobării antibioterapiei.
- f) Limitarea accesului general la noile medicamente
- g) Formarea Comitetelor de Control a Infecțiilor
- h) Formarea unui Comitet de Aprobare a Tratatului Antibiotic
- i) Alcătuirea ghidurilor de antibioterapie
- j) Educarea personalului sanitar

4. Îmbunătățirea utilizării antibioticelor la animale, în principal prin restricționarea folosirii acestor medicamente ca stimuloarea ale creșterii și stabilirea unui standard de risc pentru apariția rezistenței bacteriene.

5. Încurajarea și finanțarea cercetării pentru descoperirea de noi antibiotice.

6. Creșterea resurselor destinate „ținerii în frâu“ a rezistenței microbiene la antibiotice, în țările în curs de dezvoltare.

7. Creșterea fondurilor pentru supraveghere, cercetare și educație.

(Sursa: OMS – 2001)

Infecționistul este persoana cheie în implementarea majorității strategiilor prezentate. În SUA și țările Europei de Vest, infecționistul coordonează rețelele de supraveghere a infecțiilor nosocomiale și a rezistenței microbiene, participă activ la elaborarea și actualizarea ghidurilor de antibioterapie, controlează prescripția antibioticelor de rezervă, menține legătura continuă cu personalul laboratorului de bacteriologie și cu farmacia, educă personalul sanitar în privința antibioterapiei și antibioretistenței.

Conflictele inerente, în munca infecționistului: cu medicii care prescriu antibiotice (să îi convingă că fiecare prescripție antibiotică generează dezvoltarea rezistenței la antibiotice, a florei propriului spital); cu pacienții, care trebuie convinși că propria lor cerere, insistența, de a fi tratați cu antibiotice, creează o presiune ce va genera răspândirea rezistenței microbiene; cu managerii de spital ce trebuie convinși că îmbunătățirea utilizării anti-

bioticelor și ținerea sub control a rezistenței microbiene este avantajoasă, în timp, din punct de vedere financiar (4); cu liderii din fiecare specialitate, care trebuie să înțeleagă că scopul programelor de control a antibioterapiei nu este de a le limita lor dreptul la libera prescripție, de a controla și restricționa antibioterapia, ci de a îmbunătăți utilizarea antibioticelor cu scopul prevenirii creșterii rapide a rezistenței microbiene la acestea.

Infecționistul este și cel care elaborează, împreună cu bacteriologii și epidemiologii, ghidurile de antibioterapie. Acestea țin cont de rezistența florei microbiene locale și de aceea trebuie actualizate periodic. La universitatea din Groningen, Olanda, au fost chestionați medici din diverse specialități, privind felul în care recepționează aceste ghiduri și cât de des le utilizează în prescripția zilnică a antibioticelor (5). Rezidenții sunt mai deschiși la utilizarea acestor ghiduri (probabil și din cauza lipsei lor de experiență), față de specialiștii care le considera inutile (nu percep rezistența bacteriană ca fiind o problemă în munca lor și preferă prescripția de rutină, fără a mai verifica noul spectru de rezistență la antibiotice. Șefii de secție consideră că ghidurile le limitează autonomia, percepție ce a dispărut după implicarea lor în alcătuirea acestor ghiduri.

În concluzie: a face ca aceste ghiduri să fie utilizate de cât mai mulți medici, este o acțiune dificilă, ce necesită timp și comunicare directă în vederea câștigării încrederii și răspândirii recomandărilor terapeutice.

Prevalența microbilor rezistenți la antibiotice, în unitățile sanitare, este mare în acele spitale în care complianța la standardele de control a infecțiilor este redusă (6).

Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov a început, în octombrie 2003, să-și îndrepte eforturile în aplicarea câtorva din strategiile OMS pentru prevenirea rezistenței microbiene. A fost angajat un infecționist (care face parte din Compartimentul de Prevenire și Control al Infecțiilor Nosocomiale, alături de epidemiolog), s-a introdus un Program de Control al Antibioterapiei și s-a format un Comitet pentru Stabilirea Ghidurilor de Antibioterapie din care fac parte, pe lângă Directorul General, infecționistul, farmacistul, și șefii principalelor secții din spital.

Programul de Control al Antibioterapiei are ca model programul de la New York Presbyterian Hospital, pus la dispoziție de Prof. Richard Roberts. El prevede consultul obligator al tuturor pacienților ce primesc antibiotice de rezervă (glio-peptide, carbapenemi, antifungice, etc.) în maxim

24 de ore de la începerea administrării antibioticului de către medicul curant. Consulturile sunt anunțate de către toți specialiștii în farmacia spitalului. Eliberarea acestor antibiotice se întrerupe automat dacă infecționistul nu a fost solicitat. Infecționistul este un simplu consultant de a cărui părere se ține sau nu seama, medicul de salon răspunzând de antibioterapie (conform legii). În mare parte din cazuri, a existat o comunicare directă și un comun acord privind utilizarea antibioticelor de rezervă.

Medicul specialist trebuie să completeze și să parafeze o fișă specială ce cuprinde: diagnosticul clinic, diagnosticul microbiologic, antibioticele an-

terior administrate, tratamentul recomandat, doza zilnică și argumentele pentru alegerea antibioticului respectiv, estimând durata de tratament. În acest fel, clinicianul este obligat să revizuiască datele clinice și de laborator și să-și propună, de la început, o strategie antibiotică bazată pe o judecată coerentă a cazului.

Conflictele descrise în literatura internațională, cu șefii de secție și, în principal, cu chirurgii și anesteziștii au fost regasite și în propria noastră practică, dar au fost în mare parte soluționate, cu perspectivă bună pentru o colaborare benefică în vederea limitării dezvoltării rezistenței microbiene la antibiotice.

BIBLIOGRAFIE

1. **Saiman L. et al.** – „Hospital transmission of community acquired methicillin – resistant *Staphylococcus aureus* among postpartum women“ *Clinical Infectious Diseases* 2003; 37: 1313– 1319
2. **Naimi TS et al.** – „Comparison of Community and health care-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection.“ *JAMA* 2003; 290: 2976-2984.
3. **Bronzwaer Stef et al.** – „A European Study on the Relationship between Antimicrobial use and Antimicrobial Resistance“ *Emerging Infectious Diseases* 2002, 8, 278-282.
4. **Mc. Gowan John jr.** – „Minimizing Antimicrobial Resistance: The Key Role of the Infectious Diseases Physician“ *Clinical Infectious Diseases* 2004; 38, 939-942.
5. **Mol Peter** – „Adherence Barriers to Antimicrobial treatment Guidelines in Teaching Hospital, the Netherlands“ *Emerging Infectious Diseases*, 2004; 10: 522-525
6. **Weinstein RA** – „Controlling antimicrobial resistance in hospitals: infection control and use of antibiotics“ *Emerging Infectious Diseases* 2001; 7:188-192.