

Nº3

ACTUALIZACIONES PARA MÉDIC@S

del Primer Nivel de Atención



Una guía actualizada para el manejo de problemas de salud prevalentes en el Primer Nivel de Atención

remediAR

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación



ACTUALIZACIONES PARA MÉDIC@S del Primer Nivel de Atención

Nº 3

EDITORIAL

Con esta revista nos proponemos generar una herramienta de capacitación accesible a todos los profesionales de la salud que realizan su práctica en el Primer Nivel de Atención. Las publicaciones pretenden ser sintéticas, didácticas, de fácil acceso y consulta, y procuran ser de ayuda en el proceso de toma de decisiones clínicas. La complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención y el abordaje bio-psico-social que procuran los equipos de salud del primer Nivel de Atención nos convoca a brindar capacitación en forma continuada y accesible.

En ese sentido desarrollaremos una revista de entrega trimestral, cuyos contenidos abordarán temas relacionados con problemas de salud prevalentes y que generen alta carga de enfermedad en la población de nuestro territorio.

La elección de una herramienta de capacitación en papel es para resolver todas aquellas situaciones en las que el soporte digital no es accesible o cómodo para consultar. Los casos a tratar tendrán la misma lógica que los presentados en el blog *Actualizaciones para médicos del Primer Nivel de Atención*, que son enviados a una gran cantidad de médicos que se desempeñan en el Sistema Público de Salud. La versión impresa apunta a llegar a aquellos que no disponen del soporte virtual, o, aunque disponiendo de él, puedan consultar los casos sin la necesidad de acceder a una computadora.

El objetivo de la publicación es, sintéticamente, potenciar las Estrategias de Capacitación en el Uso Racional de Medicamentos que lleva a cabo el Programa Remediar, del Ministerio de Salud de la Nación, y generar una herramienta de capacitación actualizada y continuada en el tiempo para todos los profesionales.

En este número abordaremos el problema de la resistencia antibiótica del *Staphylococcus aureus* de la comunidad, sus manifestaciones clínicas, tratamiento y medidas preventivas.

ÍNDICE

Página

1. Editorial
3. Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR AC)
7. Tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas causadas o sospechosas de ser provocadas por SAMR AC
13. Forunculosis recurrente. Factores predisponentes. Presentación clínica. Tratamiento
17. Bibliografía
18. Autores/ Revisores/ Comité editorial

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS CASOS

Caso problema: se presenta en primer lugar una situación clínica cotidiana que motiva la discusión y el análisis.

Interrogantes: a continuación se generan disparadores y preguntas relacionados con la situación presentada.

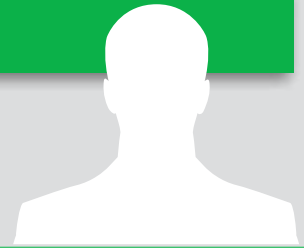
Aportes teóricos: luego de esto, se presentan contenidos teóricos actualizados y revisados por expertos temáticos o referentes del tema.

Puntos clave: describimos sintéticamente los conceptos más relevantes de la publicación.

1

CASO

Infecciones por Staphylococcus aureus meticilino resistente de la comunidad (SAMR AC)



Caso Problema

Hoy consulta Antonio, presenta una masa dolorosa en muslo derecho de 7 días de evolución. El paciente tiene 22 años, vive en condiciones de alta vulnerabilidad habitacional y no presenta antecedentes de enfermedad.

Examen físico:

T°: 36,5 °C.
TA: 120/80 mm Hg
FC: 80 por min.
FR: 16 por min

Datos positivos:

Nódulo doloroso y fluctuante de 6 cm de diámetro mayor ubicado en cara anterior de muslo derecho y acompañado de signos inflamatorios locales.



Interrogantes

- ¿Cuál es tu impresión diagnóstica?
- ¿Qué microorganismos pueden estar involucrados en la lesión?



Aportes teóricos

El *Staphylococcus Aureus* es hoy en día el agente etiológico más frecuentemente involucrado en las infecciones de piel y partes blandas. El perfil de sensibilidad de este microorganismo fue cambiando a lo largo el tiempo, motivo por el cual debemos replantearnos el abordaje terapéutico de este tipo de infecciones.

Durante muchos años el SAMR (*staphylococcus aureus meticulo resistente*) fue un problema casi exclusivo del ámbito nosocomial, su aparición en la comunidad se limitaba solo a algunos grupos vulnerables. Sin embargo, en las últimas décadas comenzaron a detectarse infecciones provenientes de la comunidad causadas por SAMR. La prevalencia de este microorganismo tiene una amplia variación geográfica en el mundo.

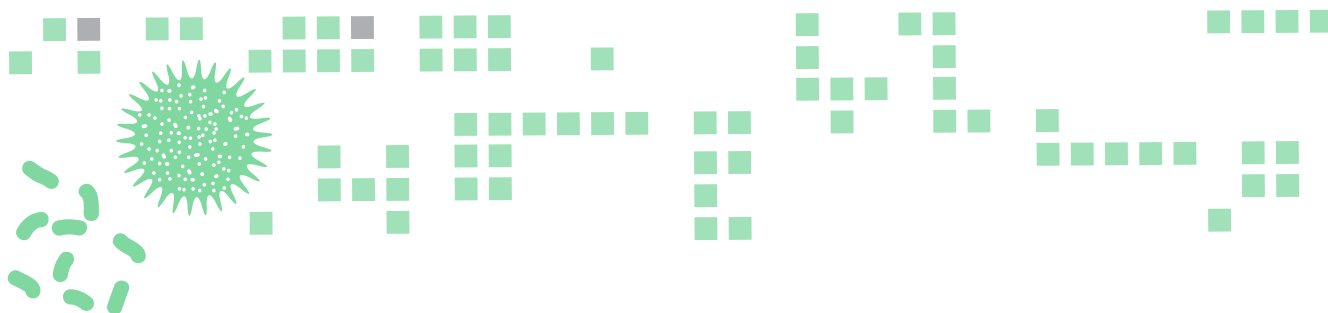
Los primeros casos de infecciones de piel por SAMR de la comunidad (SAMR AC) ocurrían en grupos cerrados, con contacto cercano y que compartían elementos de higiene personal (por ej. toallas). Entre estos grupos cabe mencionar deportistas, usuarios de drogas endovenosas, convictos, familias y pacientes con forunculosis recidivante¹⁻².

► Sin embargo el SAMR de la comunidad (SAMR AC) no quedó limitado a grupos cerrados y tomó proporciones epidémicas en varios países del mundo.³

En nuestro país desconocemos la prevalencia exacta de SAMR AC. En hospitales de referencia de niños se detectó un claro aumento en su prevalencia, alcanzando en algunos casos el 62 por ciento de los aislamientos⁴⁻⁵. Un estudio realizado por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y presentado en 2011 mostró que el 70 por ciento de 209 infecciones de piel y partes blandas fueron causadas por SAMR AC.

► El SAMR AC se ha convertido así en uno de los principales patógenos emergentes de la última década.

Los datos locales sobre prevalencia de este microorganismo en adultos son escasos, debido a que en general no se toman muestras de las lesiones de piel que produce, sería importante concienciarnos sobre la necesidad de la toma de muestra y su posterior estudio para poder elaborar datos sobre la epidemiología local.



1. Stryjewski ME, Chambers HF. Skin and soft-tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Clin Infect Dis 2008;46 Suppl 5:S368-77
2. Huijsdens XW, van Santen-Verheul MG, Spalburg E et al. Multiple cases of familial transmission of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. J Clin Microbiol 2006;44(8):2994-6
3. Vandenesch F, Naimi T, Enright MC, et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carrying PantoneValentine leukocidin genes. worldwide emergence. Emerg Infect Dis 2003;9(8):978-84.
4. Paganini H, Della Latta MP, Muller Opet B et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in children: multicenter trial. Arch Argent Pediatr 2008;106(5):397-403.
5. Mónaco A, Della Lata, Verdaguer V et al. *Staphylococcus aureus* meticulo resistente proveniente de la comunidad. Estudio de vigilancia en niños de Argentina. VII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología

Clínica

Las manifestaciones clínicas más frecuentes del SAMR AC son las infecciones de piel y estructuras relacionadas⁶. Estas infecciones pueden variar desde las más sencillas como foliculitis, impétigo, forúnculos y abscesos hasta infecciones severas necrotizantes profundas, piomiositis o tromboflebitis de las extremidades⁷⁻⁸⁻⁹.

También se ha observado frecuentemente en pacientes en su mayoría jóvenes y sin antecedentes de enfermedad, la aparición de pequeñas lesiones máculopapulares localizadas que simulan o son confundidas con picaduras de insectos y a partir de las cuales el cuadro clínico progresa en general a forúnculos, abscesos o celulitis. En algunos casos pueden observarse infecciones severas con compromiso del estado general.¹⁰⁻¹¹⁻¹².

La mayoría de los pacientes que consultan por lesiones cutáneas por SAMR AC presentan:

- ▶ Abscesos (50-75 por ciento)
- ▶ Celulitis (25-50 por ciento)

En los pacientes que presentan abscesos los signos sistémicos de infección son variables y generalmente están ausentes.

Diagnóstico clínico y microbiológico

Ante un paciente con una infección aguda en piel y/o tejidos blandos, independientemente de cuál sea su gravedad, el concepto de la posible participación de SAMR AC debe estar presente en la evaluación inicial¹³.

Tienen mayores posibilidades de tener una infección por SAMR AC tanto niños como adultos que se presentan con uno o más forúnculos de evolución muy aguda, muchas veces con tendencia a la necrosis, con o sin celulitis o abscesos, originados generalmente en lesiones muy pequeñas, muchas veces interpretadas como picaduras de insectos, con o sin compromiso sistémico¹⁴.

Sin embargo, resulta fundamental tener bien presente al momento de la consulta que hoy por hoy – con el alarmante aumento de este patógeno y su prevalencia - cualquier infección de piel y partes blandas puede estar causada por SAMR AC, independientemente de las características de las mismas arriba señaladas.

6 -7. Stryjewski ME, Chambers HF. Skin and soft-tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Clin Infect Dis 2008;46 Suppl 5:S368-77.

8. Moellering RC, Jr. Current treatment options for community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection. Clin Infect Dis 2008;46(7):1032-7.

9. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis 2005;41(10):1373-406.

10. Stryjewski ME, Chambers HF. Skin and soft-tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Clin Infect Dis 2008;46 Suppl 5:S368-77.

11. Magneres M, Vazquez M, Langard M et al. Infecciones por Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad en niños internados en un hospital pediátrico. VII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología.

12. Padmanabhan RA, Fraser TG. The emergence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the community. Cleve Clin J Med 2005;72(3):235-41.

13. Padmanabhan RA, Fraser TG. The emergence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in the community. Cleve Clin J Med 2005;72(3):235-41.

14. Daum RS. Clinical practice. Skin and soft-tissue infections caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus. N Engl J Med 2007;357(4):380-90.

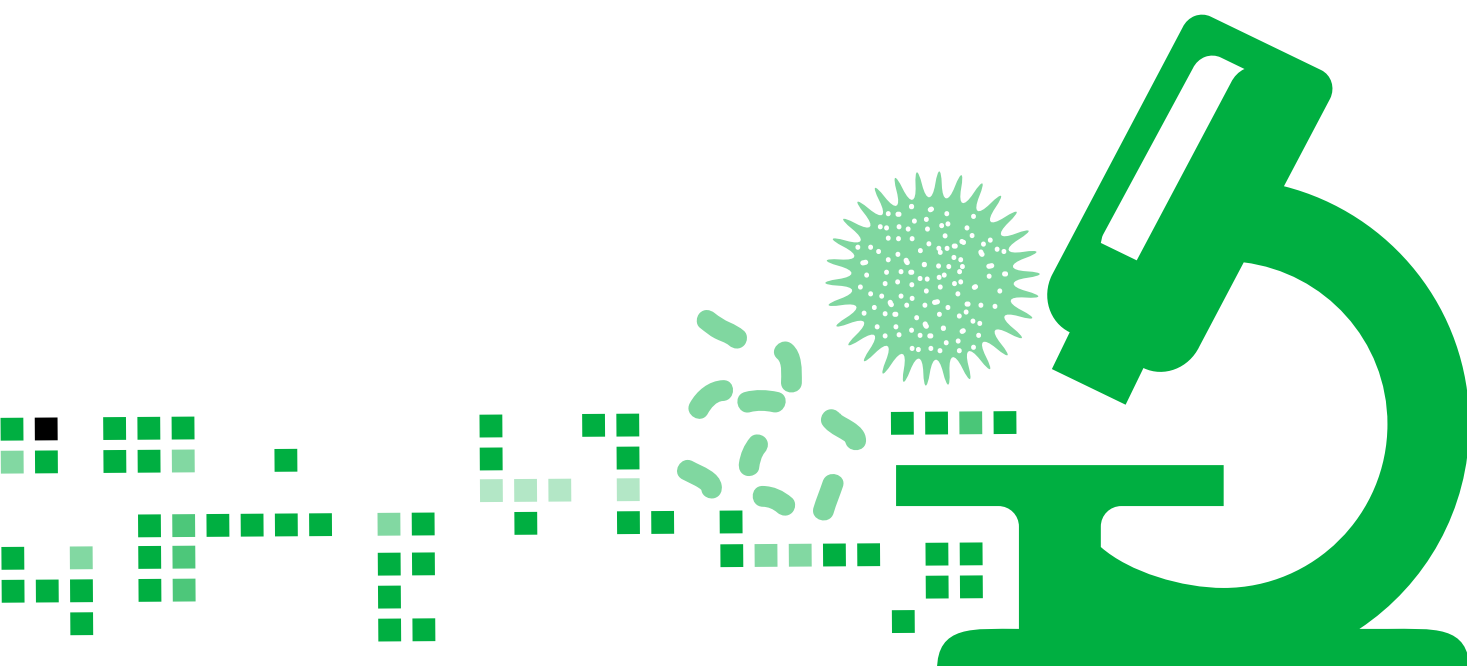
Se recomienda realizar cultivo de material de abscesos y otras infecciones purulentas de piel y partes blandas, sobre todo en:

- ▶ Los casos que se decide tratamiento antibiótico.
- ▶ Pacientes con infección local severa o con signos de enfermedad sistémica.
- ▶ Pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento inicial o en el caso de preocupación por un grupo en especial o brote.



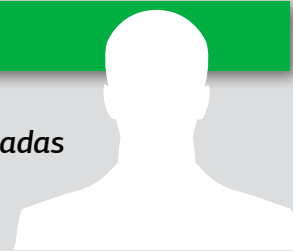
Puntos claves

- ✓ El *Staphylococcus aureus* es hoy en día el agente etiológico más frecuente en infecciones de la piel y los tejidos blandos.
- ✓ El perfil de sensibilidad de este microorganismo fue cambiando a lo largo el tiempo, motivo por el cual debemos replantearnos el abordaje terapéutico de este tipo de infecciones.
- ✓ El SAMR de la comunidad (SAMR AC) no quedó limitado a grupos cerrados y tomó proporciones epidémicas en varios países del mundo.
- ✓ Cualquier infección de piel y partes blandas puede estar causada por SAMR AC, independientemente de las características de la lesión.



CASO

Tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas causadas o sospechosas de ser provocadas por SAMR AC



Caso Problema

Hoy consulta Antonio, presenta un nódulo doloroso en muslo derecho de 7 días de evolución. El paciente tiene 22 años, vive en condiciones de alta vulnerabilidad habitacional y no presenta antecedentes de enfermedad.

Examen físico:

T°: 36,5 °C.
TA: 120/80 mm Hg
FC: 80 por min.
FR: 16 por min

Datos positivos:

Masa dolorosa y fluctuante de un diámetro aproximado de 6 cm por 6 cm en cara anterior de muslo derecho, acompañada de signos inflamatorios locales.



Interrogantes

- ¿Cómo definirías el problema de Antonio?
- ¿Cómo manejarías este caso? De indicar tratamiento antibiótico, ¿cuál es el de elección?



Aportes teóricos

Por mucho tiempo el tratamiento de las infecciones de piel y partes blandas consistía en el uso betalactámicos, pero con la aparición del *Staphylococcus aureus meticilino resistente de la comunidad* (SAMR AC) tuvimos que replantearnos el tratamiento de dichas infecciones, ya el SAMR AC es resistente a los betalactámicos disponibles.

Se considera que el cambio del esquema empírico inicial (betalactámicos) debe evaluarse según la prevalencia de SAMR AC y algunos han establecido como un límite arbitrario entre el 10 y el 15 por ciento de prevalencia.

Los datos provenientes del estudio de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) sugieren que estamos bien por encima de aquél 10 a 15 por ciento de prevalencia, con lo que SAMR AC debiera considerarse dentro del tratamiento empírico en la gran mayoría de las infecciones, con excepción de la erisipela –no celulitis- de presentación clásica en MMII, cuyo principal patógeno continúa siendo, aparentemente, el *S. Pyogenes*.

Manejo de las lesiones

► **La incisión y drenaje quirúrgico es esencial para la cura de forúnculos (si son pequeños el uso de calor húmedo local puede ser suficiente para su drenaje) y abscesos, y se recomienda en todos los pacientes (el mismo debe hacerse rápidamente, enviando el material obtenido para cultivo).**

► **En lesiones de hasta 5 cm de diámetro el solo drenaje sin antibióticos adicionales puede ser suficiente para la cura¹⁵, particularmente en pacientes inmunocompetentes, sin signos de infección sistémica, a los que se les puede realizar un adecuado drenaje y seguimiento¹⁶.**

Se recomienda el tratamiento adicional con antibióticos sistémicos para el manejo de abscesos en las siguientes situaciones:

- *Enfermedad extensa o severa (múltiples sitios de infección) o rápida progresión asociada a celulitis.*
- *Signos o síntomas de enfermedad sistémica.*
- *Enfermedades asociadas (por ej. diabetes) o inmunodepresión.*
- *Edades extremas.*
- *Abscesos en áreas de difícil drenaje (ej. cara, manos, genitales).*
- *Asociación a flebitis séptica.*
- *Escasa respuesta a la incisión y drenaje.*

Las Recomendaciones Intersociedades (SADI-SAM-SAD-CACCVE) 2010 para el manejo de infecciones de piel y partes blandas y el alerta elaborado por el mismo grupo en agosto 2011, ante la evidencia acumulada sobre la prevalencia de este patógeno, establecen que, en aquellos pacientes adultos que presentan lesiones de piel, particularmente forúnculos, abscesos y celulitis y que requieren tratamiento antibiótico oral (sin evidencia de compromiso sistémico), las drogas de elección son:

- **Cotrimoxazol (trimetoprima/sulfametoxazol)= TMS 160/800 cada 12 horas (escasa cobertura frente a *Streptococcus pyogenes*).**
- **Minociclina o doxiciclina 100 mg cada 12 horas (también poco activa frente a *Streptococcus pyogenes*).**
- **Clindamicina 300 a 450 mg cada 6 a 8 horas.**

15. Lee MC, Rios AM, Aten MF et al. Management and outcome of children with skin and soft tissue abscesses caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23(2):123-7

16. Stryjewski ME, Chambers HF. Skin and soft-tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis* 2008;46 Suppl 5:S368-77.

En los pacientes graves, con evidencia de compromiso del estado general, y que requieran tratamiento **endovenoso** (manejo del médico internista en un nivel de mayor complejidad) las recomendaciones continúan siendo:

- ▶ De elección: vancomicina.
- ▶ Alternativas: clindamicina o linezolid.

De modo similar, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas en sus guías de práctica clínica 2011 recomienda:

Para el tratamiento empírico del SAMR AC en pacientes ambulatorios con infecciones de piel y partes blandas las siguientes opciones:

- ▶ Clindamicina. La dosis recomendada es 300 a 450 mg vía oral cada 6 a 8 horas.
- ▶ Cotrimoxazol (trimetoprima/sulfametoxazol) (TMP-SMX). La dosis recomendada es trimetoprima/sulfametoxazol 1-2 tabletas (160/860 mg) vía oral cada 12 horas.
- ▶ Doxiciclina o minociclina. La dosis recomendada de doxiciclina o minociclina es 100 mg vía oral cada 12 horas.

- Para los pacientes ambulatorios con **celulitis purulenta** (por ejemplo, celulitis asociada a drenaje purulento o exudado en ausencia de un absceso drenable), es recomendable la terapia empírica para SAMR AC, mientras se esperan los resultados de los cultivos de partes blandas.

-Para pacientes ambulatorios con **celulitis no purulenta** (celulitis sin exudado o drenaje purulento y sin absceso asociado), se recomienda tratamiento empírico para *Streptococcus pyogenes* con betalactámicos. Se aconseja asociar cobertura para SAMR AC en los pacientes que no responden a betalactámicos, en aquellos con signos de toxicidad sistémica o con factores de riesgo adicionales para SAMR.

Si decidimos cubrir empíricamente tanto SAMR AC como *Streptococcus pyogenes* se recomienda utilizar una de las siguientes alternativas:

- ✓ Clindamicina.
- ✓ TMP-SMX o tetraciclina asociadas a un betalactámico (por ej.: amoxicilina).

La duración del tratamiento debe individualizarse de acuerdo a la respuesta clínica del paciente, en general se recomiendan 5 a 10 días de tratamiento.

No se recomienda el uso de Rifampicina sola o asociada para el tratamiento de este tipo de infecciones.



Debemos aumentar la sospecha de SAMR AC ante los siguientes factores de riesgo:

- ▶ Hospitalización reciente.
- ▶ Antibioticoterapia reciente.
- ▶ Hombres que tienen sexo con hombres.
- ▶ Hemodiálisis.
- ▶ Prolongada estancia hospitalaria.
- ▶ Infecciones recurrentes en pacientes con condiciones predisponentes.
- ▶ Residencia en centro de cuidados a largo plazo, poblaciones cerradas.
- ▶ HIV.
- ▶ Uso de drogas endovenosas.
- ▶ DBT.
- ▶ Episodio previo de infección por SAMR.
- ▶ Personas que comparten elementos cortantes (por ej.: afeitadora) o ropa deportiva.



Puntos claves

✓ La incisión y drenaje quirúrgico es esencial para la cura de forúnculos (si son pequeños el uso de calor húmedo local puede ser suficiente para su drenaje) y abscesos y se recomienda en todos los pacientes (el mismo debe hacerse rápidamente, enviando el material obtenido para cultivo).

✓ En lesiones de hasta 5 cm de diámetro el solo drenaje sin antibióticos adicionales puede ser suficiente para la cura, particularmente en pacientes inmunocompetentes, sin signos de infección sistémica, a los que se les puede realizar un adecuado drenaje y seguimiento.

✓ Se recomienda el tratamiento adicional con antibióticos sistémicos para el manejo de abscesos en las siguientes situaciones:

- *Enfermedad extensa o severa (múltiples sitios de infección) o rápida progresión asociada a celulitis.*
- *Signos o síntomas de enfermedad sistémica.*
- *Enfermedades asociadas (por ej.: diabetes) o inmunodepresión.*
- *Edades extremas.*
- *Abscesos en áreas de difícil drenaje (por ej.: cara, manos, genitales).*
- *Asociación a flebitis séptica.*
- *Escasa respuesta a la incisión y drenaje.*

✓ Si decidimos cubrir empíricamente tanto SAMR AC como *Streptococcus pyogenes* se recomienda utilizar una de las siguientes alternativas:

- *Clindamicina.*
- *TMP-SMX o tetraciclina asociadas a un betalactámico (por ej.: amoxicilina).*

3

CASO

Forunculosis recurrente



Caso Problema

Nos consulta Martina, pareja de Antonio, ambos viven con sus 6 hijos en condiciones de alta vulnerabilidad habitacional. La paciente refiere estar muy preocupada, ya que durante los últimos meses tanto ella como su familia presentaron lesiones de piel que curaron sin tratamiento, pero que reaparecieron continuamente. La paciente tiene 25 años, no presenta antecedentes de importancia y actualmente tiene dos lesiones similares a las anteriores.

Al examen físico:

T: 37 °C.
TA: 120/60 mm Hg
FC: 90 por min.
FR: 16 por min.

Como datos positivos presenta:

- Un nódulo doloroso, firme y rojizo en pierna izquierda de aproximadamente 1 cm de diámetro.
- Una lesión rojiza y fluctuante de 1,5 cm de diámetro mayor, con orificio central que drena escaso material purulento, localizada en el brazo derecho.



Interrogantes

- ¿Cuál es tu impresión diagnóstica en relación al problema de Martina y su familia?
- ¿Pueden producirse complicaciones graves por este problema?
- ¿Qué indicaciones le darías a Martina?
- ¿Tomarías alguna conducta con el resto de la familia?



Aportes teóricos

► Denominamos forúnculo a la infección aguda de la parte más profunda del folículo piloso. Los forúnculos aparecen en áreas cutáneas sometidas a fricción y sudación. La lesión comienza con un nódulo rojo doloroso que evoluciona a una lesión sobreelevada, caliente y fluctuante de 1 a 2 cm de diámetro aproximadamente. A menudo se produce el drenaje espontáneo de pus y la lesión se reduce, para finalmente curar dejando cicatriz. Habitualmente no se presentan síntomas generales.

Cuando se producen este tipo de lesiones son frecuentes los focos secundarios relacionados con autoinoculación.

► Denominamos forunculosis recurrente a la aparición de lesiones en más de 3 ocasiones en 6 meses.

Factores predisponentes para el desarrollo de forunculosis

Locales:

- ✓ Zonas pilosas, disrupciones de la barrera cutánea por rascado.
- ✓ Higiene personal deficiente.
- ✓ Transpiración excesiva.

Generales:

- ✓ Obesidad.
- ✓ Discrasias sanguíneas.
- ✓ DBT.
- ✓ Defecto en la función de los neutrófilos (por ej.: eczema).
- ✓ Tratamiento con glucocorticoides, inmunosupresores, citotóxicos.
- ✓ Inmunosupresión.
- ✓ Insuficiencia renal crónica.
- ✓ Exposición a otras personas con forúnculos.

¿Pueden desarrollarse complicaciones graves a partir de una forunculosis?

La forunculosis puede complicarse ocasionalmente con bacteriemia, sepsis y focos a distancia, como osteomielitis y endocarditis, entre otros.

Tratamiento de la forunculosis

En el caso de lesiones pequeñas resulta suficiente el tratamiento local, lavado con agua y jabón neutro, aplicación de un antiséptico local que no modifique el pH ácido de la piel (iodopovidona o chlorhexidina), y eventualmente el uso de calor húmedo para estimular el drenaje del forúnculo. Cuando las lesiones son de mayor tamaño y se encuentran en etapa de fluctuación pueden requerir drenaje quirúrgico, con técnica aséptica.

Tratamiento de la forunculosis recidivante

Higiene personal y del hogar



Los pacientes deben recibir información sobre higiene personal, limpieza en el hogar, y sobre otros factores predisponentes modificables (por ej.: glucemia, estado nutricional), como también sobre el manejo apropiado de las lesiones de piel:

- ✓ Mantener, en lo posible, una buena higiene personal con baño frecuente y lavado de manos con agua y jabón. El uso de alcohol en gel se recomienda luego de tomar contacto con piel infectada o con gasas que contienen material de drenaje de infecciones.
- ✓ No compartir objetos personales (hojas de afeitar, sábanas, toallas) que hayan estado en contacto con piel infectada.
- ✓ Focalizar en la limpieza del hogar, ya que el *Staphylococcus aureus* puede sobrevivir en algunas superficies por horas, días o meses, principalmente en superficies de alto contacto con las manos (picaportes de puertas, mesas, sillas, inodoros, bañeras, etc.).
- ✓ Lavado de ropa de cama y toallas.
- ✓ Cubrir con vendajes secos y limpios las heridas de piel, sobre todo aquellas que drenan secreciones.

Descolonización

Su objetivo es eliminar al *S. Aureus* de la piel y mucosa nasal del paciente o sus contactos, procurando disminuir la incidencia de infecciones.

El papel de los cultivos en el manejo de pacientes con infecciones de piel y partes blandas recurrentes es limitado:

- ✓ Los cultivos de hisopado nasal previos a la descolonización *no son recomendados* de rutina si al menos una de las infecciones previas fue documentada como causada por *S. aureus*.
- ✓ No se realizan de rutina cultivos de control luego de realizar descolonización en ausencia de una nueva infección activa.

La descolonización puede ser apropiada en el contexto de:

- ✓ Brote por *S. Aureus* (particularmente si existe evidencia epidemiológica que apunta a transmisión por agentes de salud, poblaciones específicas o dentro del hogar).
- ✓ Infecciones recurrentes en un paciente con evidencia documentada de infección por *S. Aureus* luego de haber aplicado las medidas antes enunciadas.
- ✓ Transmisión de la infección entre convivientes o contactos cercanos luego de haber aplicado correctas medidas higiénicas personales y en el hogar.

Estrategias de descolonización:

- ✓ **Tratamiento tópico con mupirocina (2 por ciento)** de portadores nasales (ungüento de mupirocina dos veces por día en cada narina los primeros 5 días de cada mes -reducción de recurrencias en un 50 por ciento-). Se ha informado resistencia a mupirocina (24 por ciento de los aislamientos de SAMR en un estudio). *La eficacia de monoterapia con mupirocina es incierta.*
- ✓ **El lavado de todo el cuerpo con chlorhexidina** solución/jabón (2 a 4 por ciento) puede reducir la colonización cutánea, pero sólo fue erradicado en combinación con mupirocina nasal, con o sin antibióticos sistémicos.

✓ **Mupirocina nasal y uso de soluciones/jabones antisépticos** para el lavado de todo el cuerpo (por ej.: chlorhexidina) por 5 a 14 días.

- ✓ **La antibioticoterapia oral** se utiliza para infecciones activas y no de forma rutinaria como estrategia de descolonización, sólo debe ser considerada en el caso de infecciones recurrentes cuando fracasan otras medidas.
- ✓ No hay ensayos clínicos que hayan evaluado el impacto de antimicrobianos orales para infecciones recurrentes por SAMR. La asociación de Rifampicina a otro antimicrobiano oral (por ej.: doxiciclina o trimetoprima/sulfametoxazol) en cursos cortos de 5 a 10 días puede utilizarse en caso de cepas susceptibles si las medidas de descolonización antes descritas no logran evitar la recurrencia, siempre asociadas a medidas higiénicas y tratamiento tópico
- ✓ Según lo indica el consenso SADI (Sociedad Argentina de Infectología) 2010 el tratamiento supresivo prolongado por 3 meses consecutivos con clindamicina 150 mg diarios mostró una eficacia del 80 por ciento en reducción de eventos.

En caso de sospecha de transmisión interpersonal o entre convivientes:

- ✓ Aplicar medidas de higiene personal y en la vivienda.
- ✓ Los contactos sintomáticos deben ser evaluados y tratados, pueden aplicarse las medidas de descolonización luego del tratamiento de la infección activa.
- ✓ Las medidas de descolonización pueden aplicarse en contactos asintomáticos.

Tengamos en cuenta que el papel de la descolonización en el control de la propagación de SAMR es incierto y el desarrollo de resistencia a los agentes utilizados para dicho fin limita su utilidad.



Puntos claves

Componentes más importantes para la Prevención y Control de las infecciones por SAMR en la comunidad:

El CDC (del inglés Center for Disease Control and Prevention) recomienda:



✓ Mantener las manos limpias usando agua y jabón, deben frotarse por 15 a 30 segundos, prestando atención a las uñas, entre los dedos y muñecas.



✓ Mantenga los cortes y rasguños limpios, secos y cubiertos hasta que sanen.

✓ Evite tocar heridas y vendajes de otras personas.



✓ Evite compartir artículos personales como toallas, hojas de afeitar, ropa o uniformes, maquillaje, etc.



✓ Ducharse con agua y jabón luego de realizar actividades deportivas.



✓ Use dentro de lo posible pañuelos descartables para cubrir la boca al estornudar o toser, para contener los aerosoles también es útil cubrirse con su propia ropa sobre el pliegue de su codo al estornudar o toser.



✓ Limpieza de superficies de contacto frecuente con manos (picaportes, teléfonos, teclados de computadoras, etc.).

La aplicación de medidas de descolonización pueden ser razonables para pacientes con múltiples infecciones recurrentes documentadas por SAMR o si la transmisión en curso se está produciendo entre los miembros de una familia u otras personas cercanas, a pesar de la optimización de medidas higiénicas (no incluimos en esta actualización las medidas de control para prevención de infección del sitio quirúrgico)¹.

Si se persigue la descolonización estamos a favor de un curso corto de 5 a 10 días de tratamiento tópico²:

✓ Baños diarios con chlorhexidina (sol. 2 al 4 por ciento).

✓ Mupirocina pomada (2 por ciento) aplicada en las fosas nasales con un aplicador con punta de algodón dos a tres veces al día².

Los cultivos de control luego de la descolonización no son necesarios en ausencia de infección activa.

Si las medidas de descolonización han fracasado y se produce nuevamente infección, estaría justificado un segundo curso de tratamiento para descolonizar, utilizando agentes tópicos y orales, teniendo en cuenta que la efectividad luego de un primer intento fallido es menor y que además existe la posibilidad de que se produzca resistencia a los agentes tópicos antes mencionados³.

1.- 2 - 3 -Anthony Harris, MD, MPH. Prevention and control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in adults. UpToDate, 13 Feb. 2013.

Si querés ver otros casos, visitá nuestra web, www.progamaremediar.wordpress.com.ar, donde vas a poder dejar tus dudas, comentarios y sugerencias.
Hasta el próximo número. ¡Saludos afectuosos!

Programa Remediar





Bibliografía

Caso 1

Bibliografía

Recomendación Intersociedades. Consenso SADI (Sociedad Argentina de Infectología)-SAM (Sociedad Argentina de Medicina)-SAD (Sociedad Argentina de Dermatología)-CACCV (Colegio Argentino de Cirugía Cardiovascular y Endovascular). (2010). Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas.

IDSA Guidelines. (2011). Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infections in Adults and Children.

Publicado el 26 de marzo del 2013 en www.remediarredes.blogspot.com.ar.

Caso 2

Bibliografía

Recomendación Intersociedades. Consenso SADI (Sociedad Argentina de Infectología)-SAM (Sociedad Argentina de Medicina)-SAD (Sociedad Argentina de Dermatología)-CACCV (colegio Argentino de Cirugía cardiovascular y endovascular). (2010). Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas.

IDSA Guidelines. (2011). Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infections in Adults and Children.

Larry M. Baddour. (2013). Cellulitis and erisipelas. UpToDate.

Franklin D. Lowy, MD. (2013). Treatment of skin and soft tissue due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus in adults. UpToDate.

Publicado el 26 de Marzo del 2013 en www.remediarredes.blogspot.com.ar.

Caso 3

Recomendación Intersociedades. Consenso SADI (Sociedad Argentina de Infectología)-SAM (Sociedad Argentina de Medicina)-SAD (Sociedad Argentina de Dermatología)-CACCV (colegio Argentino de Cirugía cardiovascular y endovascular). (2010). Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas.

IDSA Guidelines. (2011). Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the Treatment of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infections in Adults and Children.

Anthony Harris. (2013). Prevention and control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in adults. UpToDate.

Anthony Harris. (2012). Patient information: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) (Beyond the Basics). UpToDate.

Publicado el 2 de mayo de 2013 en www.remediarredes.blogspot.com.ar.

Revisores

Caso 1

Gabriel Levy Hara, Médico. Especialista en Infectología, Hospital Durand, Buenos Aires. Docente titular de Infectología y de Microbiología de la Universidad Maimónides. Sociedad Argentina de Infectología. Coordinador del Programa Uso Racional de Antibióticos de la Universidad de Buenos Aires. Coordinador del Grupo Uso Racional de antimicrobianos de la International Society of Chemoteraphy.

Caso 2

Gabriel Levy Hara, Médico. Especialista en Infectología, Hospital Durand, Buenos Aires. Docente titular de Infectología y de Microbiología de la Universidad Maimónides. Sociedad Argentina de Infectología. Coordinador del Programa Uso Racional de Antibióticos de la Universidad de Buenos Aires. Coordinador del Grupo Uso Racional de antimicrobianos de la International Society of Chemoteraphy.

Caso 3

Gabriel Levy Hara, Médico. Especialista en Infectología, Hospital Durand, Buenos Aires. Docente titular de Infectología y de Microbiología de la Universidad Maimónides. Sociedad Argentina de Infectología. Coordinador del Programa Uso Racional de Antibióticos de la Universidad de Buenos Aires. Coordinador del Grupo Uso Racional de antimicrobianos de la International Society of Chemoteraphy.

Autores

Med. Jesús Fumagalli

Comité Editorial

Lic. Mauricio Monsalvo

Med. Romina Gaglio

Méd Analía Gil

Revisor de estilo: Lic. Leandro Koren

