

IMPACTO DEL *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A LA METICILINA EN NEUROCIRUGIA

Incidencia de colonización e infección.

Londres, Reino Unido

El 28% de los pacientes neuroquirúrgicos puede desarrollar infecciones por *Staphylococcus aureus*.

[Journal of Neurosurgery 98(1):8-13, Ene 2003 - SIIC]

La infección por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA) constituye un problema creciente en la población neuroquirúrgica. Con el objetivo de investigar el impacto de este fenómeno, investigadores del Royal Free Hospital analizaron la incidencia de la colonización e infección por MRSA en una unidad neuroquirúrgica entre 1993 y 1999. Un total de 203 pacientes presentaron cultivos positivos para MRSA, con 16 casos en 1993 (1.9% de las internaciones) y 60 casos en 1999 (6.7% de las hospitalizaciones). La duración de la estadía hospitalaria fue superior en los sujetos infectados (33 días) respecto a los no afectados (10 días). Los aislamientos clínicos de MRSA provinieron de nariz, garganta, periné, lugar de inserción de la vía y heridas abiertas. El 28% de los pacientes desarrolló infecciones por MRSA y el 8% de la muestra presentó infección de la incisión quirúrgica. El análisis reveló incremento en la incidencia de cultivos positivos, colonización nasal en infecciones por MRSA entre 1993 y 1999. En 169 casos fueron identificables las posibles fuentes de MRSA y que incluyeron sala neuroquirúrgica, unidad de cuidados intensivos, quirófano, otro hospital y orígenes extrahospitalarios. El patógeno fue erradicado en 16 casos, no pudo ser eliminado en 20 sujetos, mientras que el resto de los afectados fallecieron o fueron dados de alta sin conocerse los resultados del tratamiento. Las infecciones de la incisión quirúrgica se localizaron en fosa posterior, craniotomía supratentorial y laminectomías cervical y toracolumbar. Estos procesos fueron tratados mediante antibioticoterapia tópica y sistémica, con resolución de la infección en el 31% de los casos. Por último, el 20% de las 15 defunciones probablemente se asociaron a la infección por MRSA.

Las consecuencias económicas y clínicas de la infección por MRSA son considerables. Diversos estudios demostraron que la pesquisa y el control del patógeno reducen hasta en un 60% la incidencia de infecciones y la bacteriemia. Estas medidas ofrecen una relación entre costo y beneficio favorable debido a que los gastos asociados al tratamiento de pacientes infectados supera a los de las acciones preventivas. Por último, debido a la naturaleza fundamentalmente intrahospitalaria de la infección, los autores destacan que el cumplimiento estricto de los principios básicos para el control de infecciones constituye la clave para la erradicación del patógeno

TRATAMIENTO EFICAZ DE LA ERISPELA CON PRISTINAMICINA POR VIA ORAL

Es tan eficaz como el régimen intravenoso/oral de penicilina

Reims, Francia

En los adultos hospitalizados a causa de una erisipela, el tratamiento oral con pristinamicina es tan eficaz como el régimen habitual de penicilina intravenosa seguida de penicilina oral.

[British Medical Journal 325:864-866, Oct 2002 - SIIC]

Las erisipelas del adulto pueden ser tratadas eficazmente por vía oral con pristinamicina, reemplazando al régimen tradicional de penicilina intravenosa seguida de penicilina oral, señalan el Dr. Philippe Bernard y sus colegas del French Erysipelas Study Group. La erisipela, explican los investigadores, son infecciones dérmicas-hipodérmicas superficiales agudas (celulitis), frecuentemente causadas por estreptococos, que suelen afectar a las piernas. El tratamiento estándar incluye penicilina G por vía intravenosa y se han hecho pocos estudios acerca de terapias alternativas. La pristinamicina, una estreptogramina natural, es especialmente activa contra *Streptococcus pyogenes*, por lo que los expertos franceses decidieron investigar su posible utilidad en las erisipelas.

El estudio incluyó a 289 pacientes hospitalizados por presentar erisipelas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir tratamiento durante 14 días con pristinamicina por vía oral o con benzilpenicilina intravenosa hasta normalizar la temperatura corporal y luego fenoximetilpenicilina por vía oral. La gravedad local de la infección fue expresada con una puntuación clínica que describe el edema, el eritema y el dolor.

Sólo se incluyeron en el estudio a paciente con un puntaje clínico igual o mayor a 3. Los enfermos fueron evaluados al ingresar, durante el tratamiento, al finalizar el mismo y entre los 25 y los 45 días postratamiento.

Sólo 102 pacientes de cada grupo cumplieron con el protocolo establecido y concurrieron a la revisión postratamiento. En esa oportunidad la tasa de curación era del 81% en el grupo tratado con pristinamicina y del 67% en el tratado con penicilinas. En el análisis de intención de tratamiento, las tasas de curación fueron 65% y 53%, respectivamente. Los eventos adversos relacionados con el tratamiento fueron más frecuentes con pristinamicina que con penicilina, pero la mayoría eran leves e involucraban al aparato gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarreas).

Este estudio, señalan los investigadores, es el primero de gran envergadura en demostrar claramente que un tratamiento oral puede reemplazar al régimen intravenoso/oral de penicilina en los adultos hospitalizados a causa de una erisipela. Resta por determinar si la misma estrategia terapéutica es válida para el tratamiento en el ámbito extrahospitalario

VENTAJAS DE LA SUPERVISION DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES TUBERCULOSOS

Análisis aplicable a países en desarrollo.

Oxford, Reino Unido y Kimberley, Sudáfrica.

En contextos con recursos limitados, la aplicación de la supervisión directa del tratamiento en pacientes tuberculosos debería limitarse a los que inician un retratamiento.

[The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 6:599-608, 2002 - SIIC]

La práctica conocida como tratamiento bajo observación directa (TOD) para los pacientes con tuberculosis sería útil en los casos de retratamiento, pero no ofrece ventajas evidentes en los pacientes que lo inician por primera vez, afirman investigadores de los departamentos de salud del Reino Unido y de Sudáfrica. Los expertos señalan que la modalidad de TOD en estos enfermos es aconsejada por la Organización Mundial de la Salud, y consiste en la administración de la medicación por un enfermero o voluntario entrenado, que entrega los medicamentos y presencia su deglución por el enfermo, consignándose estos datos en una planilla. La modalidad TOD puede llevarse a cabo por un enfermero en la clínica o por el voluntario en su domicilio, quien es el depositario de los medicamentos a administrar a cada paciente. La puesta en práctica del TOD para todos los enfermos con tuberculosis, comentan los autores, es impracticable en muchos casos, especialmente en países en desarrollo, por falta de personal y necesidad de algunos pacientes de cubrir grandes distancias todos los días, a lo que se le suma la mayor carga de la enfermedad como consecuencia de la epidemia de sida. La alternativa es entregar la medicación a los enfermos y realizar controles periódicos, en lo que se conoce como terapia autoadministrada (TAA). Sin embargo, se ha escrito poco acerca de la posibilidad de que los mismos pacientes tengan ingerencia en la decisión sobre el sistema de administración de los medicamentos, reconociendo su dignidad y sus necesidades. Los autores realizaron un trabajo cuyo objetivo fue explorar los efectos de la decisión del paciente en el modo de tratamiento de la enfermedad.

El estudio se realizó en Sudáfrica, uno de los 22 países del mundo con mayor incidencia de tuberculosis, estimándose que en el área de realización del ensayo (Provincia del Cabo Norte) la incidencia anual es de 547 casos por 100 000 habitantes. Fueron incluidos 769 pacientes, el 83% de los cuales comenzaba tratamiento inicial y el 17% restante iniciaba retratamiento. Los resultados indicaron que los pacientes nuevos alcanzaron el éxito terapéutico en el 70% de los casos, contra 54% en los del segundo grupo. Entre los pacientes con tratamiento inicial no se hallaron diferencias significativas entre los que eligieron TOD y los que optaron por TAA ($p = 0.651$); por el contrario, entre los enfermos que iniciaron retratamiento la elección de TOD influyó significativamente en los buenos resultados ($p < 0.001$).

Los resultados obtenidos en los pacientes nuevos fueron similares a los de estudios recientes en los que se aplicó la metodología TOD. Los datos obtenidos en este ensayo sugieren que la insistencia en aplicar la metodología TOD a todos los enfermos es innecesaria y que quizás sería más beneficioso dirigir estos esfuerzos a los pacientes en retratamiento, que aprovecharían mejor el sistema. Esto es particularmente válido, concluyen los autores, en contextos de recursos limitados