

La erradicación de *Staphylococcus aureus* no reduce la recurrencia de infecciones de piel y tejidos blandos

Eradication of Staphylococcus aureus does not reduce recurrence of skin and soft tissue infections

Fritz, SA et al. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2011 Sep; 32(9):872-80.

OBJETIVO

Comparación de la eficacia de 4 regímenes para erradicar la portación de *Staphylococcus aureus*.

DISEÑO

Ensayo clínico controlado abierto y aleatorizado. El estado de colonización fue determinado al mes y a los 4 meses, y la recurrencia de Infecciones de Tejidos Blandos (ITB) fue determinada al mes, a los 4 y a los 6 meses.

LUGAR

Hospitales Barnes-Jewish y St. Louis Children's de St. Louis (Missouri), 2007-2009.

PACIENTES

Trescientos pacientes mayores de 6 meses de edad con ITB de aparición en la comunidad y colonización por *S. aureus* en fosas nasales, axilas, o pliegues inguinales. Los pacientes fueron excluidos si tenían infección de herida quirúrgica, catéter o dispositivo médico percutáneo permanente, se encontraban embarazadas, institucionalizados, o recibiendo diálisis.

INTERVENCIÓN

Los participantes fueron asignados al azar a recibir ninguna intervención terapéutica (controles) o realizar

uno de los tres regímenes de 5 días: 2% de ungüento de mupirocina aplicada en las fosas nasales dos veces al día, mupirocina intranasal diaria asociada a lavados con jabón líquido de clorhexidina al 4%, o mupirocina intranasal más baños diarios con agua y lavandina diluida.

MEDICIÓN DE RESULTADOS

La medida de resultado primaria fue la erradicación de la portación de *S. aureus* al mes de la intervención. La erradicación se definió como la ausencia de portación de *S. aureus* en los 3 sitios del cuerpo antes mencionados. Los resultados secundarios incluyeron la erradicación de *S. aureus* a los 4 meses; e ITB recurrente al mes, a los 4 y a los 6 meses.

RESULTADOS PRINCIPALES

Entre los 244 participantes con datos de colonización al mes, el análisis por intención de tratar reveló la erradicación de *S. aureus* en el 38% de los participantes en el grupo de sólo educación (control); 56% en el grupo mupirocina ($p=0,03$ frente a los controles); 55% en el grupo mupirocina + clorexidina ($p=0,05$); y 63% en el grupo mupirocina + lavandina ($p=0,006$). De los 229 participantes con datos de colonización a los cuatro meses, las tasas de erradicación fueron del 48% en los controles; 56% para sólo mupirocina ($p=0,40$ frente a controles); 54% para mupirocina + clorexidina ($p=0,51$); y 71% para mupirocina + lavandina ($p=0,02$). Los resultados respecto a la recurrencia de ITB se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Recurrencia de ITB.

	Educación + Mupirocina	Educación + Mupirocina + Clorhexidina	Educación + Mupirocina + Lavandina
Al mes			
RR (IC 95%)	0,86 (0,47–1,60)	0,42 (0,19–0,95)	0,83 (0,44–1,59)
% RRA (IC 95%)	4 (–10–2)	15 (3–28)	4 (–10–19)
P	0,64	0,03	0,58
A los cuatro meses			
RR (IC 95%)	0,83 (0,52–1,33)	0,82 (0,51–1,32)	0,85 (0,53–1,37)
% RRA (IC 95%)	7 (–10–23)	7 (–10–24)	6 (–11–23)
P	0,44	0,41	0,51
A los seis meses			
RR (IC 95%)	0,96 (0,67–1,39)	0,79 (0,53–1,17)	0,91 (0,61–1,35)
% RRA (IC 95%)	2 (–17–20)	11 (–8–29)	5 (–15–24)
P	0,84	0,25	0,63

CONCLUSIONES

Un régimen económico de baños con lavandina diluida, mupirocina intranasal, y educación en higiene erradica efectivamente *S. aureus* durante un período de 4 meses. Las altas tasas de ITB recurrente sugieren que existen otros factores determinantes de la infección.

COMENTARIO

El estudio tiene un buen diseño, con aceptable potencia estadística. Los análisis se realizaron por intención de tratar, lo cual aumenta la validez de los resultados. Sin embargo utiliza una variable subrogada, el estado de colonización por *S. aureus*, cuyo tratamiento no tuvo un efecto clínicamente significativo sobre la recurrencia de ITB.

CONCLUSIONES DEL COMENTADOR

Durante casi 30 años el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) estuvo confinado al ámbito nosocomial y su aparición en la comunidad se limitaba a grupos específicos (como deportistas, usuarios de drogas endovenosas, convictos, familias y pacientes con forunculosis recidivante). Sin embargo, desde la década del '90 comenzaron a detectarse infecciones provenientes de la comunidad causadas por SAMR (SAMR-AC). El SAMR-AC es hoy en día el

agente etiológico más frecuente en infecciones de la piel y los tejidos blandos. En nuestro país, las distintas series revelan una prevalencia de 40-62% de cultivos positivos para SAMR-AC en material proveniente de ITB (1-3). Por eso, 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 inicial (4). Si bien aún no se ha establecido un protocolo o tratamiento que permita su erradicación, es pertinente indicar la descolonización en caso de brote por SAMR (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 SAMR luego de haber aplicado medidas no farmacológicas, y transmisión de la infección entre convivientes ó contactos cercanos luego de haber aplicado correctas medidas higiénicas personales y en el hogar (5).

Fuente de financiamiento: National Center for Research Resources; National Institutes of Health; Pfizer, Inc.

MIGUEL, Florencia Anahí. Estudiante de Medicina. Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina). florencia.miguel@hotmail.com.

REFERENCIAS

1. Bermejo V, Spadaccini L, Elbert GE, Duarte AIE, Erbin M, Cahn P. Prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en infecciones de piel y partes blandas en pacientes ambulatorios. *Medicina (B. Aires)*. 2012;72:283-286.
2. Boccaccio C, Verdaguer Babic V, Botto L, Cervetto MM, Cetani S, Paladino S et al. Aislamiento de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente en abscesos de mama en una Maternidad Pública. *Medicina (B. Aires)*. 2014;74(3):210-215.
3. Glikin I, Favaloro E, Sanjurjo J, Ronchetti I, Longo LM, Irurzun A et al. Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) en afecciones dermatológicas habituales. *Arch. Argent. Dermatol.* 2013;(63):2-6.
4. Gaggetti P, Corso A. Actualización en *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina de la comunidad. *Bol Asoc Arg Microb.* 2011;193:7-8.
5. Ministerio de Salud de la Nación. Programa de Capacitación en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Infecciones Prevalentes en el Primer Nivel de Atención. Unidad 4: Infecciones de la piel por SAMR-AC. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. 2014;117-123.