

Dra. CARDOZO.- Vamos a pasar la primera.

Les voy a contar un poco las propuestas de tratamiento que están publicadas, inclusive, en la página Web de la Clínica de Enfermedades Infecciosas para estafilococo áureo meticilino resistente comunitario.

He dividido en tres grupos grandes, así están publicadas y además me parece que es la forma más práctica, porque, por otra parte, vamos a ir aumentando en gravedad y de esa forma parece más práctico y más clínico para manejar.

Estamos frente a un estafilococo resistente de la comunidad, que ha provocado forúnculos, hidrosadenitis, un absceso, es decir, un proceso localizado de piel y partes blandas sin ningún elemento de diseminación sistémica, sin ningún elemento de compromiso multiorgánico, sin ningún elemento de celulitis asociada, graves, sino simplemente una forunculosis, una hidrosoadenitis, un absceso de partes blandas.

Se plantea, en primer lugar, el drenaje quirúrgico, si es que correspondiere, no siempre corresponde, por supuesto, y cuando corresponde el drenaje quirúrgico en ese caso insistimos mucho en la toma de muestra para estudio bacteriológico para poder establecer exactamente la sensibilidad del germen frente al que estamos actuando, y comenzar un tratamiento que, en este caso, con estas características clínicas, podría comenzarse en forma ambulatoria, pero teniendo la precaución

de que ese paciente pueda ser vigilado a las 48 horas; en un plazo no mayor a 48 horas debe ser seguido desde el punto de vista clínico y debe ser vuelto a ver, para ver si está teniendo una buena evolución clínica. Podemos tratarlo por vía oral, lo podemos manejar en forma ambulatoria, pero con una estrecha vigilancia y en 48 horas rever al enfermo para resolver sobre qué tratamiento a seguir.

En este caso haríamos un tratamiento por vía oral con trimetoprim-sulfametoxosol, 160 a 180 miligramos cada doce horas, en un plazo de aproximadamente siete días.

La alternativa es la utilización de clindamicina, 300 miligramos (está mal la diapositiva), cada ocho horas, por siete días.

como puse acá abajo lo más importante es el control en 48 horas y ver cuál es la evolución.

Acá estamos hablando de procesos sencillos, simples y sin ninguna clase de complicaciones ni locales ni sistémicas.

(La siguiente)

En cambio, cuando nos estamos enfrentando a un proceso que ya se trata de una celulitis o que tiene el aspecto clínico de una celulitis o una infección grave de partes blandas, aún sin compromiso sistémico, estoy hablando de un proceso aún sin elementos de falla multiorgánica o de compromiso sistémico o generalizado, sino de una celulitis de partes blandas.

Por supuesto que este paciente, en primer lugar, se interna, eso sin ninguna duda, vamos a internar al paciente, acá los gérmenes en juego van a ser básicamente el estafilococo resistente de la comunidad y es el estreptococo pyógenes, son los dos que tenemos que tener cubiertos como los gérmenes más

frecuentes, junto con otros, pero los dos más frecuentemente implicados.

Ese paciente deberá ser internado. Si en esta celulitis o infección de partes blandas, solamente estamos frente a una celulitis de tipo edematoso, sin una necrosis importante o, como decíamos hoy, sin elementos de infección generalizada, vamos a utilizar clindamicina, 600 miligramos intravenosos cada ocho horas, asociado a gentamicina, 80 miligramos intravenoso cada ocho horas.

La alternativa es la utilización de clinda a la misma dosis y penicilina una dosis de aproximadamente doce millones de unidades.

En cambio, si estamos frente a una celulitis y unas fascitis o una miositis necrotizante, acá vamos a tener que hacer una asociación de más de un antibiótico, y ese caso yo debo tachar dos antibióticos de la diapositiva. La penicilina sin ninguna duda la vamos a utilizar para cubrir el espectro de otros gérmenes que pueden estar implicados en este proceso a una dosis mucho más

alta, entre 24 y 30 millones por día, la clindamicina, la misma dosis que antes, y ya no utilizaremos ni amicacina ni ceftazidime sino que se prefiere la utilización de ciprofloxacina a una dosis de 400 miligramos cada ocho horas.

La alternativa sería la utilización de piperacilina/tazobactam a la dosis de 4,5 gramos cada seis horas, más clindamicina a la misma dosis anterior.

(La siguiente)

En el caso de que estemos frente a un paciente con fallo multiorgánico, yo le pongo como título general sepsis pero en general estoy hablando de un fallo multiorgánico y básicamente

aquí a lo que me quiero referir es al paciente que se presenta con una neumonía, que puede ser una neumonía comunitaria, pero que en realidad rápidamente se presenta como una neumonía necrotizante, es necesario sospechar, además de los gérmenes que habitualmente dan neumonía necrotizante, la presencia del estafilo resistente de la comunidad, dado la emergencia de este germen en este momento,.

Entonces, siempre, frente a una neumonía necrotizante, aún en inmunocompetentes, básicamente pacientes jóvenes como lo decía hoy el Dr. Galiana, tener presente este germen y, por lo tanto, cubrirlo en el plan antibiótico que se va a utilizar. En este caso lo que proponemos es la utilización de un betalactámico, con

betalactamasa, de tipo amoxicilina/clavulánico a una dosis de un gramo y medio cada ocho horas, más clindamicina a la misma dosis que ya hemos mencionado, o bien la utilización de trimetoprim asociado al betalactámico, como dijimos, pero trimetoprim sulfametoxazol a una dosis que es prácticamente la misma que utilizamos para el tratamiento de la neumonía a *Pneumocystis*. en este caso va a ser por vía intravenosa, es decir a una dosis de aproximadamente unos 15 miligramos kilo de trimetoprim y el equivalente de sulfametoxazol. Este es un resumen muy cortito de las pautas o de las propuestas de tratamiento que están publicadas por la Clínica en la página Web.

DEBATE

Dra. CARDOZO.- En primer lugar no existen pautas claras al respecto, pero si un tercio de la población es portador de esta cepa de estafilococo, parece impracticable realizar profilaxis a un tercio de la población.

En cuanto al portador nasal ya es muy discutible el tratamiento en la circunstancia ya no de este estafilococo en particular, sino aún del meticilino sensible, y solamente se hace algún tratamiento local con mupírocina tópica frente a algunas situaciones muy puntuales, como pacientes en diálisis, en los cuales está demostrado la presencia como complicación, y si no, es sumamente discutible y en realidad no se realiza, porque una vez que se logra exterminar el germen, rápidamente el paciente vuelve a ser portador.

Por lo tanto, en mi opinión, particular, y creo que es lo que hoy el Dr. Pedreira también decía sobre nivel de costos, realizar profilaxis masiva desde el punto de vista de la población, no parece ni razonable ni posible, como decía recién, si un tercio de la población presenta este germen.

En cuanto al paciente, una vez superado el episodio la situación es similar a un portador nasal, no parece tampoco lógico que quede con ninguna profilaxis en particular.

La mupirocina o el ácido fusídico se pueden utilizar en forma tópica como coadyuvante en el tratamiento, pero que de cualquier forma debe hacerse también con antibióticos vía oral.

El Dr. Pedreira quería agregar algo más.

Dra. CARDOZO.- Con respecto a la primera en realidad creo que quedó del todo claro cuando lo expuse.

Cuando hablé de siete días, que en realidad ya había escuchado que el doctor planteaba catorce días, me refería a los procesos sumamente localizados, al forúnculo y a la hidrosadenitis.

De cualquier forma, reitero: estas son las pautas que están publicadas por la Clínica y probablemente puedan cambiar según aparezca evidencia científica sobre duración de tratamiento.

En los casos más severos, sin duda, siete días no son suficientes, eso es lógico, sino que esos siete días yo me referí específicamente a los casos muchos más leves.

Dr. ARIEL RODRIGUEZ.- ¿Y en la osteomielitis?

Dra. CARDOZO.- No, ahí hay que hacer tratamientos prolongados como en cualquier osteomielitis: en realidad, como en cualquiera.

Dra. CARDOZO.- Sin duda, doctor, eso es así, y nosotros nos referíamos exclusivamente a la parte del tratamiento antibiótico. Tenemos claro que obviamente la base del tratamiento de una celulitis es el tratamiento quirúrgico.

(Diálogo)

_____ Sin duda, totalmente de acuerdo con usted.

Dra. CARDOZO.- ¿El aspecto?

Dr. MORAGLIO.- Exacto, sí.

Dra. CARDOZO.- Es una colección purulenta como cualquiera de las infecciones estafilocócicas, lo que cambia en este caso es el patrón de resistencia del estafilo.

Quizás tenga una presentación clínica con un poco más de eritema, o con un poco más de gravedad en lo local, cuando se extiende, como ya se ha dicho, que es más virulento, pero después no hay ningún elemento específico como para distinguirlo. Es el patrón en realidad bacteriológico.