



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Cartas el Editor

***Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina y a descolonizadores habituales con reservorio en un trabajador sanitario en un hospital de tercer nivel**



Antibiotic ointments and methicillin-resistant Staphylococcus aureus with a reservoir in a healthcare worker in a tertiary hospital

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de Molina-Cabrillana et al. sobre *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) con reservorio en un trabajador sanitario¹. En él los autores presentan un brote hospitalario por SARM resistente a los tratamientos descolonizadores habituales (mupirocina y ácido fusídico) así como las medidas de vigilancia epidemiológica desarrolladas, incluyendo el estudio del personal sanitario.

El control del brote se atribuye finalmente a la separación del contacto con los pacientes de un trabajador sanitario portador crónico de SARM, con resistencia a mupirocina y ácido fusídico.

Coincidimos con los autores en las estrategias de actuación basadas en el conocimiento científico actual sobre los mecanismos de transmisión. Además de las medidas de control genéricas (o precauciones estándar) en el cuidado de todos los pacientes, en el caso de pacientes colonizados o infectados por SARM se recomienda tomar medidas adicionales. Respecto a las primeras, la higiene de manos sigue siendo uno de los pilares fundamentales para el control de la infección nosocomial y de los patógenos multirresistentes, con un nivel de evidencia 1A. Como medidas adicionales se recomienda aislar a los pacientes o ubicarlos en cohortes (1B), el uso de precauciones de contacto (bata y guantes), y gotas (mascarilla) en caso de infección respiratoria o riesgo de salpicadura (1B), uso exclusivo de material (II) o desinfección adecuada de este (1B) e higiene del paciente con clorhexidina al 2 o 4% (1B). De igual forma, se han establecido recomendaciones para la detección activa de colonización en pacientes mediante cultivos de cribado y las situaciones en que debe realizarse además la detección en los profesionales sanitarios, recomendándose en estos últimos si se sospecha su implicación ante la existencia de un brote o cuando la situación no mejora a pesar de las medidas implantadas².

Se ha estimado una prevalencia media de un 4,6% de portadores de SARM³ en el personal sanitario, existiendo diversas publicaciones sobre su adquisición en el entorno hospitalario y la posible implicación en la transmisión de los portadores, pero actualmente no disponemos de estudios que aporten datos concretos, y aun teniendo identificados a los portadores, no siempre es fácil discernir cuál es su papel en la transmisión. Esta resulta biológicamente

plausible, pero no debemos obviar que se conoce el mecanismo de transmisión (contacto y en ocasiones por gotas) así como las medidas de barrera para evitarla, siendo la principal la higiene de manos, que debemos realizar en la atención de todos los pacientes en la práctica clínica diaria, por lo que no está justificado improvisar actuaciones distintas de las referidas ante una situación así, aún más cuando no existe evidencia científica al respecto más allá de lo comentado.

En el caso descrito en el artículo parece haber un claro vínculo epidemiológico entre la trabajadora implicada y el brote de SARM (misma cepa resistente a mupirocina y ácido fusídico), reforzado a juicio de los autores por el hecho de no aparecer más casos nuevos tras separarla del contacto con los pacientes⁴. Sin embargo no parece justificarse la retirada de la atención al paciente sin previamente constatar el fracaso de las necesarias barreras a la transmisión; en ningún momento se indica si estas fueron seguidas o vulneradas. Si hubiesen fracasado estaría justificada la decisión, en caso contrario habría que atender a las conferencias de consenso.

Por tanto, se trata de una estrategia de actuación que puede suscitar controversias y que, además de no contar con respaldo científico, no parece aplicable en la práctica clínica basada en la evidencia y en los mecanismos de transmisión.

Bibliografía

1. Molina-Cabrillana J, del Rosario-Quintana C, Tosco-Núñez T, Dorta-Hung E, Quori A, Martín-Sánchez AM. *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina y a descolonizadores habituales con reservorio en un trabajador sanitario en un hospital de tercer nivel. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:511–5.
2. Rodríguez-Baño J, Bischofberger C, Alvarez-Lerma F, Asensio A, Delgado T, García-Arcal D, et al., Grupos de Estudio de Infección Hospitalaria (GEIH) y de Infección en el Paciente Crítico (GEIPC) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Vigilancia y control del *Staphylococcus aureus* meticilina-resistente en los hospitales españoles. Documento de consenso de GEIH-SEIMC y SEMPSPH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008;26:285–98.
3. Padilla Ortega B. *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:497–9.
4. Aiello AE, Larson EL. Causal inference: The case of hygiene and health. *Am J Infect control*. 2002;30:503–10.

Ana Isabel Balbuena-Segura^{a,*} y Jesús María Aranaz-Andrés^b

^a Servicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Sant Joan d'Alacant, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: balbuena_a@yahoo.es (A.I. Balbuena-Segura).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.02.006>

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2012.10.002>