

Protocolo SEIMC sobre infección osteoarticular y de partes blandas y bacteriuria asintomática: valor de la profilaxis ampliada

Sr. Editor: Otermin piensa que puede ser perjudicial tratar la bacteriuria asintomática del paciente al que se le va a colocar una prótesis articular en el que va a ser necesario practicar un cateterismo vesical.

Estamos de acuerdo en que el tratamiento con antibióticos de la bacteriuria asintomática en pacientes cateterizados vesicales no es útil en la prevención de las complicaciones como la bacteriemia. No obstante, existen excepciones a esta aproximación general en las que se aconseja tratamiento. Una de éstas, según diversos autores, es la que nos ocupa. Warren, por ejemplo, en un libro de texto tan clásico, como el *Mandel de Enfermedades Infecciosas* se refiere a ella al exponer la prevención de complicaciones de la bacteriuria en los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, en particular en aquellos en los que se va a implantar una prótesis¹. Con ello se pretende eliminar la bacteriemia transitoria en sondaje urinario del paciente con bacteriuria asintomática. No obstante, se precisan ensayos clínicos controlados para conocer la adecuación o coste-efectividad de esta aproximación. Mientras tanto es una opinión compartida por diversos expertos.

Tampoco le parece adecuado a Otermin proponer en un protocolo actuaciones sin evidencia suficiente. Precisamente, las opiniones de consenso de expertos son útiles cuando no existe evidencia científica suficiente; por desgracia, una gran mayoría de las decisiones médicas se tienen que tomar sin que exista evidencia científica adecuada y en estas circunstancias tenemos que recurrir a las opiniones de expertos o protocolos avalados por sociedades científicas como la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). No sólo las decisiones sobre profilaxis, sino también del tratamiento de las prótesis infectadas, se efectúan basándonos en opiniones de expertos y no se sustentan en una evidencia científica suficiente basada en estudios científicos prospectivos, bien diseñados, aleatorios, de casos y controles o en estudios con diseño de análisis a doble ciego.

Llama la atención que Otermin haga esa puntuación cuando él mismo comenta que en su hospital, cuando hay dudas de una bacteriuria asintomática, en las circunstancias comentadas, “amplían la profilaxis” a cefuroxima, es decir, administran un tratamiento

profiláctico. El valor de la profilaxis ampliada, que él defiende, no se ha apoyado en ningún dato científico disponible que demuestre su eficacia; por lo tanto, es también una actitud decidida con una base empírica.

En resumen, las opiniones de expertos, aunque discutibles, son útiles y esa aproximación es la que se mantuvo en el protocolo de la SEIMC mencionado².

Antonio Guerrero^a, Javier Ariza^b, José Barberán^c y Carlos Barrós^d

^aHospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

^bHospital de Bellvitge. Barcelona.

^cHospital Gómez Ulla. Madrid.

^dHospital de Móstoles. Madrid. España.

Bibliografía

1. Barren JW. Nosocomial urinary tract infections. En: Mandel GL, Bennet JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases, 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 3028-39.
2. Guerrero A, Ariza J, Gomis M, Barberán J, Barrós C. Protocolos clínicos SEIMC. Infecciones osteoarticulares y de partes blandas. Disponible en: <http://www.seimc.org/protocolos/clasicos/index.htm> (última consulta: 04-12-02).