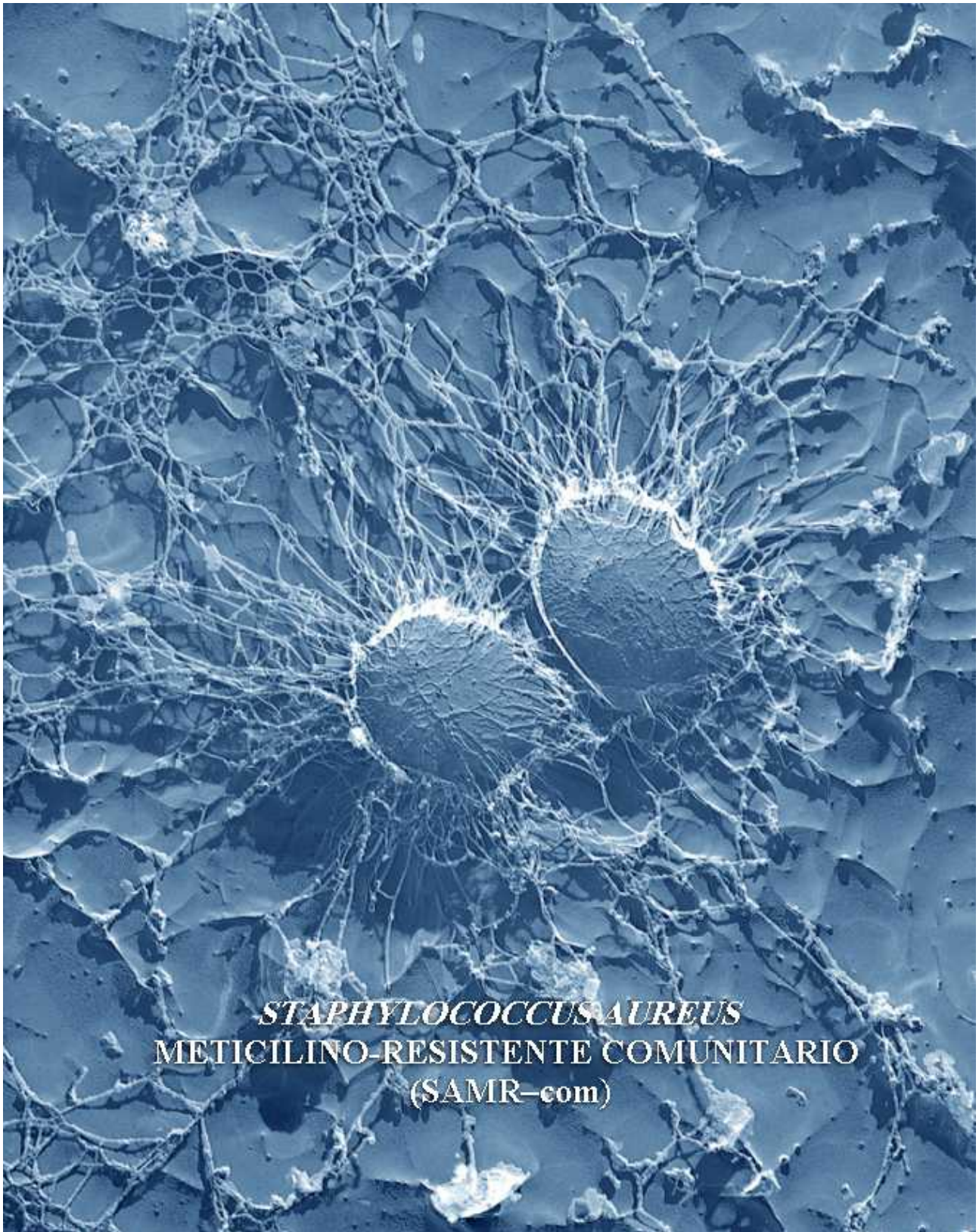


STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE COMUNITARIO
(SAMR-com)

PAUTAS INSTITUCIONALES – HOSPITAL DE CLINICAS



STAPHYLOCOCCUS AUREUS
METICILINO-RESISTENTE COMUNITARIO
(SAMR-com)

***STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE
COMUNITARIO
(SAMR-com)***

PAUTAS INSTITUCIONALES – HOSPITAL DE CLINICAS

1. **DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA:** Pacientes que presentan una o más de las siguientes situaciones:

- a) Lesiones cutáneas purulentas (abscesos, supuraciones cutáneas, heridas infectadas) o cuadros de erisipela o celulitis.
- b) Cuadro infeccioso general intenso (chuchos, fiebre superior a 38.5° axilar, astenia, etc.) En ocasiones signos de disfunción orgánica múltiple. Estos elementos clínicos serán considerados “de gravedad”.
- c) Situaciones no tan floridas pero que hayan recibido antibioticoterapia previamente sin resultado favorable. Este elemento clínico también es considerado “de gravedad”.

ACLARACIÓN: los casos catalogados como “acné” o “foliculitis crónica”, no tratarlos sino remitirlos para consulta en Policlínica de Dermatología.

2. **RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICAS y TERAPÉUTICAS**

A) Localización en piel y partes blandas (con excepción de celulitis)

En caso de lesión sospechosa, se considera que la conducta es:

- a) Drenaje quirúrgico del proceso en los casos que corresponda la maniobra, con toma bacteriológica para identificación del germen.
- b) De no haber elementos de severidad o de infección evadida, se complementará el procedimiento con antibioticoterapia ambulatoria con control clínico en un plazo de 24 horas

Importante: consignar domicilio y teléfono para localización en caso de que el paciente no concurra al control.

c) Iniciar, requiera o nó drenaje quirúrgico:

- De elección: **Trimetoprim–Sulfametoxazol**: 1 comp. de 160/800 mg. o 2 comp. de 80/400 mg cada 12 horas, durante 10 a 14 días.

- De segunda línea (alérgicos a sulfas): **Clindamicina** 300 mg. v/o cada 6 horas, durante 10 a 14 días.

La duración del tratamiento deberá ser valorada por el médico en cada caso particular, dependiendo de la sensibilidad del germen y de la adhesión y respuesta clínica al tratamiento a las 72 horas.

Atención: Siempre que se trate de pacientes **embarazadas** el tratamiento de elección es con **Clindamicina**.

En caso de **RECIDIVAS** se considera **probable** que se trate de un **portador nasal de SAMR-com**. En tales casos se recomienda el uso de **Acido Fusídico o Mupirocina**, tópico **intranasal** (nó en las lesiones de piel), 2 veces por día durante 5 días.

B) Celulitis e infección grave de partes blandas

Si se trata de una celulitis y sabiendo también que esta entidad puede ser producida por *Streptococcus pyogenes* (Estreptococo beta hemolítico del grupo A), el cual no es cubierto por el Trimetoprim-Sulfametoxazol, la recomendación es ingresar al paciente a hospitalización y comenzar el tratamiento empírico (sin esperar el resultado del estudio bacteriológico):

a) Celulitis congestiva sin necrosis ni sepsis: **Clindamicina** 600 mg. i/v cada 6 horas o: **Clindamicina + Penicilina**, 4 millones de unidades cada 6 horas, por un mínimo de 14 días.

b) Celulitis, fascitis, miositis necrotizante: En este caso se debe realizar el procedimiento quirúrgico y tratamiento antibiótico intravenoso con:

b.1) **Penicilina** (4 millones de Unidades cada 6 horas) + **Clindamicina** (600 mg cada 6 horas), con los que se obtiene cobertura para *Streptococcus pyogenes*, SAMR-com y anaerobios, más **Amicacina** (1,5 gr cada 24 horas) o **Gentamicina** (80 g cada 8 horas) o **Ciprofloxacina** (400 mg. cada 8 horas) con los que se obtiene cobertura para gram-negativos.

b.2) **Piperazilina/Tazobactam** (4.5 gr. cada 6 horas) más **Clindamicina** (600 mg cada 6 horas). Con el primero se obtiene cobertura para anaerobios, gram-negativos, cocos gram +; con la segunda para SAMR-com y anaerobios.

Con referencia a **Vancomicina**, la recomendación es no usarla en forma empírica.

C) Sospecha de infección sistémica por SAMR-com.

Si el paciente se presenta en un servicio de Consulta Externa o Emergencia con elementos de disfunción multiorgánica con foco en piel o partes blandas confirmado o sospechado, debe ingresar para tratamiento fisiopatológico y antibioticoterapia intravenosa.

Se sospechará SAMR-com en este momento epidemiológico en nuestro medio, tanto frente a casos de neumonía necrotizante adquirida en la comunidad, como de infección ósea con antecedentes de foco cutáneo.

C.1. Neumonía necrotizante

Cuando se asiste a una **neumonía bilateral de la comunidad** en un paciente joven o con una sepsis respiratoria, se asocie o nó con lesiones en la piel, se debe realizar una terapéutica empírica que cubra además de los microorganismos habituales, al SAMR-com.

Se propone:

Betalactámico asociado a inhibidor de Betalactamasas (como **Ampicilina Sulbactam** 1.5 gr cada 6 horas ó **Amoxicilina Clavulánico** 1.2 gr. cada 8 horas), más **Clindamicina** (600 mg cada 6 horas) ó **Trimetoprim-Sulfametoxazol** (2 amp de 80/400 cada 6 horas), durante 21 días. De esta manera se da cobertura a *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catharralis* y SAMR-com.

C.2. Foco óseo:

Lo propuesto en estos casos es un tratamiento prolongado (mínimo seis semanas) con **Ciprofloxacina** comenzando con 400 mg i/v cada 12 horas pasando luego a la vía oral con 750 mg cada 12 horas más **Rifampicina**, 900 mg cada 24 horas.

D. Tratamiento específico con el germen aislado en el paciente grave

La conducta debe ser:

- a) **Vancomicina** 1 gr i/v cada 12 horas, más **Rifampicina** 300 mg cada 8 horas v/o o SNG cada 8 horas.
- b) **Clindamicina** 600 mg. i/v cada 6 horas, más **Rifampicina** v/o o SNG 300 mg. cada 8 horas.
- c) **Clindamicina** 600 mg i/v cada 6 horas, más **Trimetoprim-Sulfametoxazol** 2 amp. de 80/400 mg. cada 6 horas.

E. Infecciones intrahospitalarias:

- Neumonías nosocomiales, ó
- Infecciones por catéter ó
- Infecciones de sitio quirúrgico, en especial de cirugía limpia que por sus características clínicas pueda sospecharse una infección por SAMR-com

La recomendación es: iniciar plan empírico que incluya **Vancomicina**, hasta obtener sensibilidad.

3. PAUTAS DE CUIDADOS Y AISLAMIENTO

Se dispondrá de una sala de internación de cuidados moderados exclusiva para estos pacientes, la que permitirá concentrar personal y recursos materiales disminuyendo las posibilidades de diseminación del germen en las áreas de hospitalización. En principio, mientras se realizan los procedimientos para hacer operativa dicha medida, los pacientes serán ingresados **en forma prioritaria y en aislamientos individuales en los Servicios Médicos ó Quirúrgicos.**

3.1. PAUTAS PARA EL USUARIO

- Al ingreso el usuario debe ducharse con agua y jabón, si está indicado utilizar solución de clorhexidina en lugar de jabón y cambiar su ropa personal. En los días siguientes debe ducharse a diario y cambiarse la ropa. Se le proporcionará una bolsa de nylon para guardar la ropa usada que se entregará al acompañante para su proceso.
- Se le orientará al paciente y a la familia respecto a:
 - lavado de manos antes y después de realizar hábitos alimenticios, higiénicos y personales.
 - no utilizar alhajas y reloj.
 - mantener uñas cortas y limpias.
 - evitar el rascado.
 - Para el usuario independiente no está permitido tener acompañante
 - Para el usuario dependiente está permitido tener un acompañante las 24 horas, que permanecerá con sobretúnica, se lavará las manos tantas veces como sea necesario y se colocará guantes cuando tenga que establecer algún tipo de contacto directo con el paciente.
 - El horario de visita será según la normativa de la institución pero el visitante no podrá concurrir más de 2 a 3 veces por semana o en situaciones que se consideren imprescindibles. Debe entrar una sola persona por vez, lavarse las manos al entrar y salir de la unidad y colocarse sobretúnica rotulada para uso de las visitas. Se le orientará a que no tenga contactos directos con el paciente y o mobiliario.
 - El usuario no puede deambular ni por los pasillos ni por el hall central. Debe permanecer en la sala o solarium
 - En la unidad sólo debe mantener los objetos de uso personal (cepillo de dientes, utensilios

para la alimentación, toalla, jabón y ropa personal imprescindible)

- El baño es de uso exclusivo para los pacientes de dicha sala; debe permanecer cerrado y con un cartel que diga: “de uso exclusivo para pacientes de sala”. En cada gabinete debe existir un recipiente plástico con bolsa amarilla para descartar material de deshecho.

3.2. MEDIDAS DE AISLAMIENTO

Las medidas de aislamiento fundamentales en esta situación son las de contacto.

- **Lavado de manos.** Se deben seguir las pautas del Manual de Procedimientos de la División Enfermería. El lavado de manos es la medida más efectiva en la prevención y control de infecciones. Debe llevarse a cabo:

- al iniciar y finalizar la jornada laboral;
- antes y después de cualquier procedimiento realizado al paciente (cambio de ropa de cama, extracción de sangre, administración de medicamentos, curaciones, etc.)
- antes y después del contacto físico con el paciente, con el equipo de la unidad del usuario y con sus elementos personales.
- antes y después del uso de guantes.
- antes y después de realizar hábitos alimentarios, higiénicos y personales.

Se puede utilizar Alcohol-Gel como alternativa para el lavado de manos.

- **Uso de guantes.** Se deben utilizar guantes limpios cada vez que se tenga contacto con el paciente y con el equipamiento inmediato (control de signos vitales, higiene, cambio de ropa de cama, manejo de todos los fluidos corporales, etc.). Los guantes deben ser cambiados cada vez que se ensucian y antes de manipular equipos. Se deben descartar antes de retirarse de la unidad en bolsa amarilla. Se utilizarán guantes estériles en procedimientos como extracción de muestras para hemocultivo, cultivo de heridas y curaciones. El uso de guantes no sustituye el lavado de manos.

- **Uso de sobretúnica.** son de uso individual. Deben estar limpias, no estériles. En la unidad se contará con:

- una sobretúnica para el acompañante o visitante rotulada como tal, que se descartará en bolsa de nylon de 50 micrones rotulada como “contaminada”, con registro de piso y sala, cada 24 horas o cada vez que se manche con algún fluido corporal.

- una sobretúnica para el funcionario actuante a usar en todo procedimiento que tenga contacto con el usuario y/o equipos de la unidad. Debe permanecer en la unidad del usuario descartándose en cada turno o cuando son salpicadas por aerosoles o cualquier otro fluido corporal. Debe descartarse en bolsa de nylon identificada de la misma forma que la antedicha

- **Uso de tapabocas.** Son de uso individual. Se utiliza **sólo** en aquellos pacientes en quienes se ha diagnosticado o se sospecha neumonía por SAMR-com. Se deben retirar al salir de la habitación. Se descartan al finalizar el turno colocándolos en bolsa amarilla.

- **Recomendaciones generales.** El equipo de enfermería deberá ser exclusivo para la atención

de los usuarios de esta sala. El personal de Enfermería deberá permanecer durante toda su guardia en esa área y evitar desplazarse por otros sectores. Es recomendable que antes de la toma de guardia y luego de retirarse practique una ducha personal. Deberá colocarse un uniforme limpio a diario. Deberá realizar lavado de manos al iniciar y terminar la jornada laboral. No se deben utilizar alhajas ni reloj. Las uñas deben estar cortas, limpias y libres de esmalte.

3.3. MANEJO DE EQUIPOS Y MATERIALES

Termómetros: son de uso individual. Deben permanecer en la habitación colocados en frasco seco. Cada vez que se utiliza se debe lavar con agua y jabón, enjuagar, secar y pasar algodón con alcohol al 70%. Al alta del usuario se debe repetir la operación.

Esfignomanómetro y estetoscopio: El brazalete del esfignomanómetro se debe colocar por encima de otro brazalete de uso individual. Al alta del paciente este último se envía a Lavadero en bolsa de nylon con rótulo “contaminado” y registro de piso y sala. El estetoscopio se lava con agua y jabón y luego se desinfecta con alcohol al 70%.

Equipos de terapia respiratoria: (máscaras, tubos corrugados, nebulizadores y humidificadores) son de uso individual. Los nebulizadores y máscaras se deben cambiar cada 24 horas. Se deben llevar a cuarto de lavado de material respiratorio en bolsa amarilla y procesarse según normas del sector.

Instrumental para procedimientos: (riñones, pinzas) son de uso individual y deben estar estériles. Luego de ser utilizados deben ser colocados en la propia unidad del usuario en bolsa de nylon con rótulo “contaminado” y enviar a centro de materiales.

Bandeja para preparar medicación: Puede ser de uso común, pero cada vez que se termina de utilizar con un usuario debe ser lavada con agua y jabón, enjuagada, secada y desinfectada con alcohol al 70%. La bandeja no se debe apoyar sobre la cama del paciente.

Artículos de higiene y de eliminación de excretas: (chatas, palanganas, violines) son de uso individual. Luego de ser utilizados se deben lavar con agua y jabón, enjuagar y desinfectar con hipoclorito de sodio al 1/oo. Al alta se debe repetir la operación.

Ropa de cama: Se deben utilizar 2 sábanas de tela o descartables por paciente que deben cambiarse diariamente o cada vez que esté manchada por fluidos corporales o aerosoles. Se deben retirar desde la cama directamente hacia la bolsa de nylon de 50 micrones amarilla o transparente, evitando el contacto con otras superficies de equipos de la unidad. La bolsa debe ser rotulada como “contaminada” con registro de piso, sala y cama y debe ser colocada en el depósito para ropa sucia del sector al finalizar la guardia.

Importante: se debe evitar apoyar sobre la cama del paciente la historia clínica, planilla de controles, radiografía, aparato de presión arterial, así como todo equipo que no sea de uso estrictamente individual del paciente.

3.4. LIMPIEZA DE SALA Y BAÑO

Se realizará una limpieza de la sala y baños en el turno de la mañana y vespertino.

PROCEDIMIENTO: se realizará de acuerdo a las normas institucionales del Departamento de Higiene Ambiental, para pacientes contaminados. La limpieza de la sala, mesas de luz, enfermería, apartados y baño debe realizarse dos veces por día (mañana y vespertino). Al alta del usuario se debe realizar la limpieza de la unidad, incluyendo colchón, mesa de luz, soporte de suero, cama y silla.

En todos los casos de infección por SAMR-com debe recomendarse a los pacientes, en sus domicilios, extremar las **medidas de higiene con:**

- a) Correcta higiene personal. Baño diario con agua y jabón personal, de preferencia líquido, de la persona infectada y sus contactos domiciliarios. Uso de toallas individuales.
- b) Mantener las uñas cortas y limpias, evitar el rascado de las lesiones cutáneas o nasales.
- c) Higiene ambiental: lavado diario con hipoclorito de sodio (agua Jane, Lavandina, etc.) con una concentración de 100 CC. de hipoclorito en 10 litros de agua de paredes y pisos y servicios higiénicos. En superficies metálicas que se alteran con el Hipoclorito, usar un paño con alcohol al 70%.

4. PAUTA OPERATIVA

Para pacientes **sin criterios de ingreso** que consultan en Emergencia o Consulta Externa:

1. Se debe consignar en la Historia Clínica los datos del paciente, siendo imprescindible registrar el domicilio y un teléfono para su localización en caso de ser necesario.
2. Se debe llenar en cada caso un formulario de **denuncia de “Sospecha de infección por SAMR-com”**. Diariamente Enfermería los enviará a Dirección para su notificación a Vigilancia Epidemiológica del MSP.
3. En la primera consulta se debe realizar cultivo de las lesiones y se le entrega los antibióticos para tratamiento por 72 horas, explicándole al paciente que éste es incompleto y que es imprescindible su concurrencia al **primer control, al día siguiente**.
4. En el Laboratorio Clínico (1er. Piso) en el horario de 8:00 a 12:00 de lunes a viernes, se toman las muestras de pacientes provenientes de Policlínica con lesiones abiertas o cerradas pequeñas (forúnculos de poca entidad o lesiones costrosas). Si el paciente presenta lesiones cerradas que necesiten drenaje quirúrgico, debe ser derivado de inmediato a ser visto por Cirujano para realizar el drenaje y la toma de muestra para el cultivo.
5. En caso de pacientes que consultan por primera vez en Emergencia (durante las 24 horas) o en Policlínica de Medicina General en la tarde, si necesitan cultivo la muestra será tomada en el propio lugar de la consulta.
6. Cada paciente con sospecha de SAMR-com **deberá contar, por lo menos, con dos controles posteriores a su primera consulta**: un primer control clínico **al día siguiente** y un segundo control **a las 72 horas** (48 horas después del primer control), en que se podrá contar con el **resultado del cultivo**.
7. En el Servicio de Admisión se centralizará el llenado de una Planilla especial, donde constará: los datos del paciente (en forma especial domicilio y teléfono), la fecha y lugar de sus próximos controles. Por tanto una vez realizada la primera consulta los pacientes serán derivados a Admisión para el registro en la planilla, provengan tanto de Emergencia como de Consulta Externa, **durante las 24 horas del día**.
8. El Departamento de Registros Médicos recogerá diariamente la información de esta Planilla, asegurando que las Historias Clínicas –tanto las de Policlínica como las de Emergencia- de estos pacientes sean trasladadas al lugar donde será realizado el control (1º o 2º). Si se trata de un paciente nuevo, Registros Médicos le abrirá una Historia y le otorgará un número de registro en el Hospital.
9. En cualquier caso, cuando estos controles (tanto el primero como el segundo) deban realizarse durante el fin de semana (sábado o domingo) los mismos serán realizados en el Departamento de **Emergencia en el horario de 16 a 18 horas**.
10. Previo a concurrir al segundo control (a las 72 horas) en la Policlínica de origen, el paciente deberá pasar por el Departamento de Laboratorio Clínico a buscar el resultado del cultivo, a los efectos de contar con él, durante el control. En el caso de realizarse este control en Emergencia un día sábado o domingo, no se podrá contar con el cultivo, debiendo realizarse igualmente el control clínico, suministrarle la medicación para continuar el tratamiento y recordándole al paciente que debe concurrir el día lunes siguiente a recoger el resultado de

laboratorio y controlarse en policlínica.

11. De acuerdo al resultado del cultivo, se ajustará el tratamiento y se entregará el número de comprimidos necesario para completar el mismo, según la pauta. Se realizará una receta por el número de comprimidos necesarios, que el paciente retirará en Farmacia, 1er. Piso.
12. El Laboratorio Clínico diariamente enviará la información a la Dirección del Hospital, de los pacientes con resultados confirmados para SAMR-com, a efectos de que ésta realice la notificación diaria a Vigilancia Epidemiológica del MSP y al Departamento de Laboratorios del MSP.

Las presentes pautas han sido elaboradas con el aporte de los Departamentos Clínicos de Medicina y Cirugía, del Departamento de Emergencia, de la División Enfermería y del Comité de Infecciones del Hospital de Clínicas, así como de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina. Las mismas han sido aprobadas por la Dirección del Hospital y el Comité de Infecciones.

Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”
Montevideo – Uruguay
Agosto de 2004

CUADRO DE TRATAMIENTOS PARA EL SAMR-com

1. Piel y partes blandas (sin celulitis)

De elección **Trimetoprim – sulfametoxazol**

1 comp de 160/800 ó 2 comp de 80/400 c/12 hs.

Duración : 10 a 14 días

Para alergicos a las sulfas y pacientes embarazadas:

Clindamicina

300 mg v/o c/6 hs.

Duración: 10 a 14 días

2. Celulitis congestiva sin necrosis

Opción 1:

Clindamicina	
600 mg i/v c/6 hs	

Opción 2:

Clindamicina +	Penicilina
600 mg i/v c/6 hs	4 millones i/v c/6 hs

Duración: mínimo 14 días

3. Celulitis, fascitis, miositis necrotizante

Opción 1:

Penicilina +	Clindamicina +	Amicacina
4 millones i/v c/6 hs	600 mg i/v c/6 hs	1,5 gr i/v c/24 hs

Opción 2:

Penicilina +	Clindamicina +	Gentamicina
4 millones i/v c/6 hs	600 mg i/v c/6 hs	80 mg i/v c/8 hs

Opción 3:

Penicilina +	Clindamicina +	Ciprofloxacina

4 millones i/v c/6 hs	600 mg i/v c/6 hs	400 mg c/8 hs
-----------------------	-------------------	---------------

Opción 4:

Piperazilina/Tazobactam	+	Clindamicina
4.5 g i/v c/6 hs		600 mg i/v c/6 hs

4. Sospecha de SAMR – com en Neumonía Necrotizante iniciar con:

Opción 1:

Ampicilina/ Sulbactam	+	Clindamicina
1.5 g i/v c/6 hs		600 mg i/v c/6 hs

Opción 2:

Ampicilina/ Sulbactam	+	Trimetoprim-Sulfametoxazol
1.5 g i/v c/6 hs		2 amp de 80/400 i/v c/6 hs

Opción 3:

Amoxicilina/ Clavulánico	+	Clindamicina
1.2 g i/v c/8 hs		600 mg i/v c/6 hs

Opción 4:

Amoxicilina/ Clavulánico	+	Trimetoprim-Sulfametoxazol
1.2 g i/v c/8 hs		2 amp de 80/400 i/v c/6 hs

De confirmarse el diagnóstico el tratamiento tendrá una duración mínima de 21 días

5. Sospecha de SAMR – com en foco óseo

Ciprofloxacina	+	Rifampicina
400 mg i/v c/12 hs (pasar luego a v/o, según evolución)		900 mg v/o c/24 hs

Duración: mínimo seis semanas

6. Tratamiento específico en paciente grave con germen aislado

Opción 1:

Vancomicina +	Rifampicina
1 g i/v c/12 hs	300 mg v/o o SNG c/ 8 hs

Opción 2:

Clindamicina +	Rifampicina
600 mg i/v c/6 hs	300 mg v/o o SNG c/ 8 hs

Opción 3:

Clindamicina +	Trimetoprim - Sulfametoxazol
600 mg i/v c/6 hs	2 amp de 80/400 i/v c/6 hs