

M-6

PREVALENCIA DE *S. aureus* METICILINO RESISTENTE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL
DEL IMSS. AGOSTO - NOVIEMBRE 2004

Gallardo-Luna María Gabriela.¹ Cuellar López Oliver,¹ Fragoso-Morales Lilia Esperanza,¹ Magaña- Aquino Martín,² Velarde del Río Luz Teresa,³ Turrubiartes Guadalupe, Díaz Laura de la Luz.¹

¹Facultad de Ciencias Químicas UASLP, ² IMSS Hospital General de Zona No. 1, S.L.P.

Palabras clave: *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, prevalencia.

Introducción: Los *S. aureus* meticilino-resistente (SAMR) suelen ser introducidos en una institución por un paciente infectado o colonizado (nasofaringe, sitio de traqueostomía, herida) o por un trabajador de salud colonizado. La transferencia de un paciente a otro ocurre a través de las manos colonizadas del personal de la salud o del ambiente inanimado, esto ha provocado epidemias importantes en hospitales de atención terciaria, pero también en instituciones de cuidados crónicos. La colonización de las narinas anteriores por SAMR implica un riesgo de infección significativamente mayor que la colonización por cepas sensibles. Por ello, los estudios epidemiológicos y las medidas de control son particularmente importantes en relación con los SAMR.^{1,2}

Objetivo: Determinar la prevalencia del SAMR en el Hospital General de Zona Número 1 del IMSS.

Metodología: Estudio, descriptivo, transversal. Se incluyeron la totalidad de los especímenes clínicos recibidos en el laboratorio de Microbiología del IMSS desde el 18 de agosto hasta el 30 de noviembre del 2004. Los aislamientos obtenidos se identificaron por métodos tradicionales y se practicó la sensibilidad a la oxacilina aplicando discos de oxacilina de 1 μ g, posteriormente en el laboratorio de Microbiología de la Facultad de Ciencias Químicas UASLP se realizó el método de sensibilidad a la oxacilina por dilución en placa, añadiendo la sal pura en el medio Müller Hinton (con NaCl al 4%) en una concentración de 6 μ g/mL.³

Resultados: Se recibieron en total 30 muestras clínicas microbiológicas de pacientes con estafilococos provenientes de

secreción de túnel de catéter (31 %), exudados diversos (20 %), hemocultivo (13 %), punta de catéter (13 %), líquido de diálisis y urocultivo (7 % c/u), además secreción intervertebral, esputo y absceso (3 % c/u). Dos aislamientos perdieron viabilidad, no procesándose por el método de dilución en placa. De los 28 procesados el 53.3 % (16) presentaron estafilococos meticilino resistentes. De los aislamientos el 96.43 % (27) portaba cepas de *Staphylococcus aureus*, el resto Estafilococos coagulasa negativo 3.57 % (1). De las muestras procesadas 4 (13.3%) tenían dos microorganismos y 1 (3.33 %) tres; el espécimen enviado con más frecuencia fue secreción de túnel de catéter (18 %), seguido de exudados diversos (14 %). La proporción de muestras que presentaron SAMR fueron: túnel de catéter (50 %), exudados diversos (66.7 %), hemocultivos (50 %), punta de catéter (50 %) y secreción intervertebral, esputo y aspirado de absceso (100 % en c/ espécimen).

Conclusiones: Es importante hacer una búsqueda intencional de SAMR a fin de poder prevenir la diseminación intrahospitalaria de esas cepas reconocidas como de alta resistencia, las cuales son difíciles de erradicar tanto del paciente como del ambiente hospitalario.

REFERENCIAS

1. Mandell G, Bennett J, Dolin R. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*. Buenos Aires: Médica Panamericana. 1999. p. 1963-1985.
2. Centers for Disease Control and Prevention CDC. *Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in Pacific Islanders-Hawaii*. 2002-2003.
3. NCCLS. *Performance standards for antimicrobial disk susceptibility tests*. Approved standard. January 2003. M2-A8 (23, 22). p. 15, 21.