



Medicent Electrón. 2020 abr.-jun.;24(2)

Carta al Editor

Características clínico - epidemiológicas de infecciones pediátricas graves en piel y partes blandas

Clinical and epidemiological characteristics of severe pediatric skin and
soft tissue infections

Reidel Rojas Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-4828-4033>

Osvaldo Tomás Morales Mondeja² <https://orcid.org/0000-0002-4408-5371>

Zenaida Jiménez Mondeja³ <https://orcid.org/0000-0002-8156-0389>

¹Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara.
Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

Correo electrónico: osvaldotomas@infomed.sld.cu

³Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara, Villa Clara.
Cuba. Correo electrónico: zenaidajm@infomed.sld.cu

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: reidelrr@infomed.sld.cu

Recibido: 23/11/2019

Aprobado: 3/01/2020

Señor Editor:

Los estafilococos están entre las primeras bacterias que se reconocieron como patógenas; fueron descritos por Pasteur en el año 1880, y cultivados por el cirujano Ogston A. al analizar el pus que drenaba de un absceso infectado. Este último investigador fue quien lo denominó estafilococos y realizó su división en dos grupos: *staphylococcus* y *streptococcus*. En el año 1884, Rosenbach los cultivó en medios artificiales, diferenciándolos en dos especies: *staphylococcus pyogenes* y *staphylococcus pyogenes albus*. En 1885, Paset aisló una tercera especie a la que denominó: *staphylococcus pyogenes citreus*.⁽¹⁾

Las infecciones por estafilococo áureo en la población pediátrica son recurrentes. La tasa de infección por este microorganismo es de aproximadamente 30 casos por cada 100 000 habitantes. Esta bacteria coloniza la piel, las fosas nasales, o ambas, y produce una amplia gama de infecciones desde las más leves como: infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB), hasta las más graves como: neumonía o sepsis. Esta afección constituye un problema para el equipo médico y origina más controversias que nunca, por lo que es importante vigilar el cambio en el perfil epidemiológico del estafilococo áureo meticilino resistente (SAMR, por sus siglas en inglés), en el ámbito hospitalario y en el contexto de la comunidad. Las cepas se clasifican en: estafilococo áureo meticilino resistente asociado a ambientes hospitalarios (SAMR – AH) y estafilococo áureo meticilino resistente asociado a la comunidad (SAMR- AC).^(1,2)

Con la introducción de la penicilina y las sulfonamidas en el año 1950, los estreptococos fueron desplazados por los estafilococos como agentes de infección intrahospitalaria. En 1959, año en que apareció la meticilina (penicilina semisintética), el 60% de las cepas ya eran resistentes a la penicilina.⁽¹⁾

En América Latina (año 2000) se registraron los primeros casos de infección por SAMR-AC; este agente se transformó en uno de los patógenos más importantes en diversas áreas del resto del mundo, principalmente en el suroeste del Pacífico y Europa.^(3,4)

El género estafilococo incluye 42 especies diferentes, algunas de ellas forman parte de la flora microbiana normal de la piel y mucosas de los seres humanos, entre estas especies se encuentran los: estafilococos epidermidis, estafilococos hemolyticus, estafilococos lugdunensis, estafilococos saprophyticus, y estafilococo áureo, que es el más virulento y conocido.⁽¹⁾

En los recién nacidos esta bacteria se coloniza en la primera semana de vida, de tal forma, que el 50 % de los niños sanos portan cepas de estafilococo áureo. Los sitios más colonizados suelen ser: la nasofaringe, la piel, el periné y el muñón umbilical. En niños mayores y adultos el estado de portador permanente o temporal de estafilococo áureo es más frecuente en la nasofaringe que en la bucofaringe.^(1,2,5)

La transmisión se puede realizar: de persona a persona, a través del contacto directo, al diseminarse partículas densas hasta una distancia de 1,80 metros o menos, o a través de los fómites contaminados; el personal sanitario siempre debe utilizar técnicas correctas como el lavado de manos antes y después del contacto con los pacientes.⁽¹⁾

Los pacientes con riesgo de esta infección son: los lactantes con síndrome de piel escaldada, niños con impétigo y otras infecciones cutáneas, mujeres menstruantes, pacientes portadores de catéteres intravasculares (bacteriemia y endocarditis) o derivaciones (meningitis), y pacientes con afectación de la función respiratoria (neumonía).^(1,2)

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias se definen como todo proceso infeccioso transmisible local o sistémico, que hace aparición después de las 48 horas de ingresado el paciente, o hasta 72 horas después del alta, y que no exista evidencia de su existencia en el momento del ingreso. Constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, no solo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el estado. Por lo antes expuesto, es necesario conocer la importancia clínica y epidemiológica de evitar las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias pues presentan altas tasas de morbilidad y mortalidad.^(1,2,6)

Los factores de riesgo frecuentemente relacionados a las infecciones por SAMR-C son: los neonatos con infección materna recurrente, las guarderías con niños

menores de 2 años, el contacto cercano de piel a piel en personas colonizadas, las heridas en la piel, la mala higiene, el hacinamiento, las prácticas de deportes de contacto, la infección de piel y tejidos blandos con mala respuesta a los β – lactámicos, terapia con antibióticos previa a la hospitalización o en los últimos 6 meses, y las infecciones bacterianas o neumonías secundarias a infecciones virales respiratorias.^(1,2)

Los signos y síntomas varían de acuerdo a las cepas específicas y a la localización de la infección. Las infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB) ocupan un lugar importante en la consulta pediátrica, pues su gravedad puede variar rápidamente; cualquier infección localizada puede convertirse en el punto de siembra de una bacteriemia potencialmente letal (infecciones invasivas profundas e infecciones invasivas graves).^(7,8)

Es necesario revisar y difundir las recomendaciones del tratamiento empírico de las infecciones por estafilococo áureo meticilino resistente de la comunidad, pues según los datos estadísticos internacionales su incremento es verdaderamente significativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Togneri AM, Podestá LB, Pérez MP, Santiso GM. Estudio de las infecciones por *Staphylococcus aureus* en un hospital general de agudos (2002-2013). Rev Argentina Microbiol [internet]. 2017 [citado 18 feb. 2020];49(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2130/213050529005.pdf>
2. Cruz C, Leal N, Otth L, Arce ME, Zaror A, Lizama V. Características epidemiológicas de la infección por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. Cuad Cir [internet]. 2018 [citado 18 feb. 2020];14(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v14n1/art04.pdf>
3. Sopena-Galindo N, Hornero-Lopez A, Freixas-Sala N, Bella-Cueto F, Pérez-Jové J, Limon-Cáceres E, et al. Encuesta de las medidas de control de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en los hospitales que participan en el programa

VINCat. Enferm Infecc Microbiol Clín [internet]. 2016 [citado 18 feb. 2020];34(7):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0213005X15003559&r=28>

4. Ensínck G, Ernst A, Lazarte G, Romagnoli A, Sguassero Y, Míguez N, et al. Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad: experiencia de 10 años en un hospital pediátrico de Rosario, Argentina. Arch Argentinos Pediatr [internet]. 2018 [citado 18 feb. 2020];116(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_ao_ensinck_9-2-18pdf_1518198817.pdf

5. Cubero Rego M, Williams F, Ortega Perdomo L, Morales Mesa E, Broche Candó R, Sosa Palacios O. Aspectos clínico-epidemiológicos de las infecciones de piel y partes blandas en neonatos. Rev Cubana Pediatr [internet]. 2019 [citado 18 feb. 2020];91(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

<https://relaped.com/wp-content/uploads/2019/09/CUBERO.pdf>

6. Gaspar Rascão ES. Patógenos emergentes: influencia de la resistencia a los antimicrobianos [tesis]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2018 [citado 18 feb. 2020]. Disponible en:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/80909/1/Tese%20de%20Eugenia%20Gaspar.pdf>

7. Díez Morales CA. Frecuencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SARM) de la Unidad de Neonatología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray periodo abril-diciembre 2015 [tesis]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2017 [citado 18 feb. 2020]. Disponible en:

<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/10584/Tesis%20Maestr%c3%adaX%20-%20Carlos%20Augusto%20Diez%20Morales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Guillén R, Carpinelli L, Rodríguez F, Castro H, Quiñónez B, Campuzano A, et al. *Staphylococcus aureus* adquiridos en la comunidad: caracterización clínica, fenotípica y genotípica de aislados en niños paraguayos. Rev Chilena Infectol

[internet]. 2016 [citado 18 feb. 2020];33(6):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n6/art02.pdf>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.