

NECESIDAD DE DETECTAR MECANISMO DE RESISTENCIA A MACRÓLIDOS, LINCOSAMIDAS Y ESTREPTOGRAMINAS EN *Streptococcus pyogenes* Y *Staphylococcus aureus* EN VARICELA COMPLICADA

NEED TO DETECT A MECHANISM OF RESISTANCE TO MACROLIDES, LINCOSAMIDES AND STREPTOGRAMINS IN *Streptococcus pyogenes* AND *Staphylococcus aureus* IN COMPLICATED SMALL POX

María del Carmen Quispe-Manco^{1,2,a},
Rito Zerpa-Larrauri^{1,3,b}

Sr. Editor. Hemos leído con interés el artículo de Miranda-Choque *et al.* ⁽¹⁾ publicado en su revista, sobre varicela complicada. El cual describe las características clínicas y epidemiológicas de los casos de varicela complicada tratados en un periodo de 10 años en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Es necesario precisar, además, que los gérmenes más frecuentemente relacionados a estas complicaciones son el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes* ⁽²⁾, por lo cual consideramos que es importante conocer los mecanismos de resistencia antimicrobiana de los gérmenes de mayor prevalencia en este tipo de infecciones.

En el Perú es muy frecuente la incidencia de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) y de enfermedades invasivas por el estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA), los cuales, como ya se mencionó, son los agentes etiológicos que afectan fundamentalmente a los pacientes con varicela. Las complicaciones asociadas a estos gérmenes, en pacientes con varicela, incluyen desde infecciones secundarias de piel y partes blandas hasta entidades que afectan múltiples órganos, como el síndrome de shock tóxico ^(2,3). Del mismo modo, se han incrementado las prevalencias de cepas resistentes a los antimicrobianos

de primera línea, como los betalactámicos y, consecuentemente, se ha incrementado el uso de alternativas terapéuticas, tanto orales como parenterales y tópicos, entre los cuales destacan la clindamicina y otros nuevos macrólidos.

Sin embargo, debido a la elevada capacidad de generar resistencia a los antimicrobianos que poseen tanto el SARM como el EBHGA, se han descrito también resistencia a estas alternativas terapéuticas. Se sabe además que la resistencia a macrólidos, lincosamidas y estreptograminas del tipo B (MLS_B, por sus siglas en inglés) presenta dos variables: la constitutiva (MLS_{Bc}) y la inducible (MLS_{Bi}), las cuales se diferencian por la expresión del gen *erm* (erythromycin ribosome methylation). La variable constitutiva (MLS_{Bc}) presenta un elevado nivel de resistencia a cualquier antimicrobiano del grupo MLS_B, y la inducida (MLS_{Bi}) presenta únicamente resistencia a eritromicina y azitromicina, pero presenta sensibilidad *in vitro* a clindamicina y estreptogramina del tipo B ^(4,5). Empero, esta sensibilidad es solo aparente, el uso *in vivo* de clindamicina en cepas con resistencia MLS_{Bi} condiciona la inducción de la resistencia y lleva al fracaso terapéutico, debido a que clindamicina, al ser un inductor débil, provoca que, a largo plazo, se induzca resistencia a sí misma ⁽⁶⁾.

Artículos como el de Miranda-Choque *et al.* son importantes porque contribuirán a estimular investigaciones que tengan como objetivo detectar los mecanismos de resistencia al grupo MLS_B que pueden generar fracasos terapéuticos. Ellos, a su vez, permitirán determinar el espectro de la resistencia de los gérmenes, mediante pruebas fenotípicas en el laboratorio, y así conocer la evolución de la resistencia a los antimicrobianos, con lo cual se podrá implementar estrategias terapéuticas adecuadas a seguir en beneficio de nuestra población, además de contribuir con la vigilancia epidemiológica de la resistencia bacteriana.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda-Choque E, Candela-Herrera J, Díaz- Pera J, Farfán-Ramos S, Muñoz-Junes EM, Escalante-Santivañez IR. *Varicela complicada en un hospital pediátrico de referencia, Perú, 2001-2011*. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):45-8.
2. Raulin O, Durand G, Gillet Y, Bes M, Lina G, Vandenesch F, *et al.* *Toxin Profiling of Staphylococcus aureus Strains Involved in Varicella Superinfection*. J Clin Microbiol. 2010;48(5):1696-700.
3. Prego J, Sehabiague G, De Leonardis D, Gutierrez C. *Varicela complicada con fascitis necrotizante: Importancia de un diagnóstico oportuno*. Arch Pediatría Urug. 2001;72:S85-S88.

¹ Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima, Perú.

² Escuela académica profesional de Tecnología Médica, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Tecnólogo médico; ^b médico patólogo - microbiólogo
Recibido: 08-08-2013 Aprobado: 04-09-2013

Citar como: Quispe-Manco MC, Zerpa-Larrauri R. Necesidad de detectar mecanismo de resistencia a macrólidos, lincosamidas y estreptograminas en *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* en varicela complicada [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):718-9.

4. Megged O, Assous M, Weinberg G, Schlesinger Y. **Inducible clindamycin resistance in β -hemolytic streptococci and Streptococcus pneumoniae.** *Isr Med Assoc J* Imaj. 2013;15(1):27-30.
5. Tamariz J, Quintanilla J, Porras A, Figueroa J, Horna G, Guerra H. **Resistencia a clindamicina inducida por eritromicina en Staphylococcus aureus aislados de tres hospitales de Lima, Perú.** *Acta méd peruana.* 2009;26(1):12-6.

Correspondencia: María del Carmen Quispe Manco

Dirección: Jr. Manco Cápac 456, Lima 17, Perú.

Teléfono: 947826187

Correo electrónico: mcqm@hotmail.com

CALIDAD DE REGISTRO EN HISTORIAS CLÍNICAS EN UN CENTRO DE SALUD DEL CALLAO, PERÚ 2013

REGISTRATION THE QUALITY OF MEDICAL RECORDS IN A HEALTH CENTER CALLAO, PERU 2013

Jessica Zafra-Tanaka^{1,a}, Liz Veramendi-Espinoza^{1,a}, Nathaly Villa-Santiago^{1,a}, Milagros Zapata-Sequeiros^{1,a}, Elsa Yovera-Leyva^{1,a}, Gloria Urbina-Yale^{1,a}, Ronald Ayala-Mendivil^{1,b}

Sr. Editor. La auditoría consiste en el análisis crítico y sistemático de la atención médica basada en la evaluación de la historia clínica cuya finalidad es mejorar la calidad de las prestaciones en salud. Dentro de las actividades de control de calidad de un centro de salud de primer nivel del Callao, se realizó un estudio descriptivo transversal de 91 historias clínicas de consulta externa (Medicina Interna, Pediatría, Nutrición y Odontología) elegidas mediante un muestreo por conveniencia. Se aplicó el instrumento presentado en la "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" ⁽¹⁾ y se consideró como "aceptable" aquellas que poseían 50 o más puntos y el resto, como "por mejorar".

El 85,7% fueron calificadas como historias por mejorar, y el resto fue aceptable. La frecuencia de registro de las distintas variables fue muy heterogénea, siendo las medidas higiénicas dietéticas lo menos registrado (16,5%) (Tabla 1).

¹ Sociedad Científica San Fernando, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

^a Estudiante de Medicina; ^b doctor en Medicina; master en salud pública. Recibido: 15-09-2013 Aprobado: 18-09-13

Citar como: Zafra-Tanaka J, Veramendi-Espinoza L, Villa-Santiago N, Zapata-Sequeiros M, Yovera-Leyva E, Urbina-Yale G, et al. Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao, Perú 2013 [carta]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(4):719-20.

Tabla 1. Principales ítems evaluados en las secciones de la "Norma Técnica de Auditoría de Calidad de Atención en Salud"

	N	(%)
Identificación de pacientes		
Número de historia/nombre completo*	91	(100)
Sexo	84	(92,3)
Fecha/lugar de nacimiento/domicilio*	88	(96,7)
Grado de instrucción/ocupación*	20	(22,0)
Religión	12	(13,2)
Etnia	6	(6,6)
Estado civil	28	(30,8)
Número de DNI	73	(80,2)
Enfermedad actual		
Fecha de la consulta	90	(98,9)
Motivo de consulta/síntomas principales*	85	(93,4)
Tiempo de la enfermedad	55	60,4)
Relato cronológico	40	(44,0)
Funciones biológicas	10	(11,0)
Antecedentes		
Fisiológicos	42	(46,2)
Inmunológicos	39	(42,9)
Patológicos	35	(38,5)
Familiares	19	(20,9)
Epidemiológicos	22	(24,2)
Exploración física		
Frecuencia cardíaca/respiratoria*	76	(83,5)
Presión arterial	81	(89,0)
Peso/Talla*	86	(94,5)
Estado general	31	(34,1)
Examen físico dirigido	72	79,1)
Diagnóstico		
Diagnóstico presuntivo/definitivo*	85	(93,4)
Uso del CIE 10	50	(54,9)
Tratamiento/Recomendaciones		
Nombre del medicamento	81	(89,0)
Dosis	66	(72,5)
Frecuencia de administración	61	(67,0)
Vías de administración	53	(58,2)
Medidas higiénico-dietéticas/preventivas*	15	(16,5)
Notas de evolución y otros		
Notas de controles/complicaciones*	78	(85,7)
Exámenes de laboratorio/radiológicos	77	(84,6)
Interconsultas	80	(87,9)
Identificación del médico tratante	88	(96,7)
Atributos de la historia		
Pulcritud	65	(71,4)
Registro de la hora de atención	41	(45,1)
Nombres y apellidos en todas las hojas	68	(74,7)
Letra legible	29	(31,9)
Sello y firma del médico	87	(95,6)

* Ítems agrupados por frecuencia similar

En cuatro hospitales del Ministerio de Salud del Perú, se realizó un estudio donde se halló que el registro de los síntomas motivo de la consulta, el diagnóstico y tratamiento, y plan de trabajo se encontraban registrado en más del 90% de los casos ⁽²⁾. En nuestro trabajo se hallaron frecuencias similares.