

Última hora

Coordina: **B. Pérez Gorricho**
gorricho@teletel.es

1 DE DICIEMBRE Y "EL ESLABÓN DÉBIL DEL SIDA"

Durante el mes de diciembre, con motivo del "Día Mundial de Lucha contra el Sida", se difunden en los medios de comunicación, a través de sociedades científicas y en conferencias y cursos a profesionales de la salud, los aspectos más relevantes de esta enfermedad. En España, según los datos facilitados por el Registro del Plan Nacional del Sida hasta el 30 de junio de 2002, continúa produciéndose un descenso en el número de nuevos casos diagnosticados, que para este año y hasta la fecha era del 12%. La disminución se viene registrando desde el periodo de 1993-1995, en el cual se diagnosticaron 6000 a 7000 nuevos casos, hasta los 1200 diagnósticos comunicados a dicho organismo entre 2001 y 2002. Un dato a destacar en esta etapa de la evolución de la epidemiología del sida en España es el aumento del número de mujeres infectadas por vía heterosexual. Desde los 12.433 casos de mujeres diagnosticadas de esta enfermedad, transmitida generalmente por vía parenteral mediante el intercambio de jeringuillas como consumidoras de drogas (también la vía más común en un primer momento entre la población), se observa ahora un incremento de la transmisión heterosexual. En la actualidad esta vía de transmisión supone el 40% del total de las mujeres afectadas (3549 casos), siguiéndole a distancia la transmisión por las otras vías conocidas. La mujer es más susceptible que el hombre a contraer la infección por contacto sexual, por lo cual este eslabón deberá contemplarse en las tareas educativas.

¿BIOTERRORISMO?

El 2 de diciembre de 2002 el Ministerio de Sanidad del Reino Unido ha publicado las pautas de actuación sanitaria frente a una reaparición de la viruela (*Department of*

Health interim guidelines for smallpox response and management in the post-eradication era. Department of Health, London 2002, <http://www.doh.gov.uk/epcu/cbr/biol/smallpoxplan.htm>). Durante el mes de enero de 2003 se considerarán las estrategias de vacunación, los procedimientos de diagnóstico y los aspectos asistenciales de los primeros casos, así como las medidas terapéuticas y otras medidas de control de un brote. Las posibilidades de efectos adversos graves a la vacuna, según la experiencia norteamericana, son de 1,5 por cada mil personas vacunadas y de un fallecimiento por millón (*Advisory Committee on Immunization Practices. Vaccinia (smallpox) vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2001.* CDC, Atlanta 2001, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5010a1.htm>). Un diagnóstico rápido de los primeros casos es esencial, por lo cual tanto infectólogos como microbiólogos y médicos de urgencias deben estar familiarizados con un algoritmo diagnóstico al que podemos acceder en <http://www.doh.gov.uk/epcu/cbr/cbrpdf/smallpoxfig10.pdf>. Enero de 2003 será la fecha en que se complete el calendario vacunal por parte de los profesionales más comprometidos con la enfermedad infecciosa. Un proceso similar viene gestándose en Estados Unidos, Canadá e Israel.

MEDICAL PROGRESS EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

El artículo de Christopher Parry y cols. (Parry, C., Hien, T.T., Dougan, G., White, N., Farrar, J. *Typhoid fever.* N Engl J Med 2002; 347: 1770) nos facilita información sobre 57 ensayos clínicos en adultos y niños entre 1964 y 2000. Esta revisión de los tratamientos pronostica la posibilidad de resurgimiento de una forma de fiebre tifoidea resistente. Un total de 4000 pacientes fueron tratados con cloranfenicol, trimetoprima-sulfametoxazol, ampicilina o amoxicilina, cef-

triaxona, cefixima, fluoroquinolonas, azitromicina y aztreonam. Se evaluó la multirresistencia (incluyendo cloranfenicol, trimetoprima-sulfametoxazol y ampicilina-ampicilina), la resistencia al ácido nalidíxico, el fallo clínico, el fallo microbiológico, el tiempo medio de permanencia de la fiebre, las recaídas y el estado de portador fecal. Es destacable el elevado estado de portador con cloranfenicol, de casi un 6% de los pacientes, el aumento de las recaídas con cloranfenicol y ceftriaxona en el 5%, el fallo microbiológico con cefixima del 2%, el fallo clínico mayor con cefixima en el 9,4% y con trimetoprima-sulfametoxazol en el 9,3%. En caso de fiebre tifoidea no complicada por cepas altamente sensibles, las fluoroquinolonas (ofloxacin, ciprofloxacino y pefloxacino) son muy activas y efectivas, en las cepas resistentes trataremos también con fluoroquinolonas durante cinco o siete días, y en las cepas resistentes a las quinolonas se empleará azitromicina y ceftriaxona o cefixima durante siete días. La fiebre tifoidea grave será tratada según la sensibilidad: en la plenamente sensible se administrarán fluoroquinolonas de diez a catorce días, igualmente en caso de fiebre multirresistente, y para la resistente a las quinolonas el tratamiento será con ceftriaxona o cefotaxima durante diez o catorce días. Los portadores recibirán antibióticos de forma prolongada, descartándose la litiasis biliar. La amoxicilina o la ampicilina alcanzan una eficacia del 80% a dosis de 100 mg/kg/día más 30 mg/kg de probenecida al día durante tres meses, trimetoprima-sulfametoxazol dos comprimidos cada 12 horas también durante tres meses, o bien un tratamiento de 28 días con ciprofloxacino cada 12 horas. Afortunadamente se han descrito muy pocos casos de resistencia a las fluoroquinolonas y cefalosporinas de tercera generación, pero ante la posibilidad de que surjan serán necesarias nuevas fórmulas, tratamientos combinados o una vacunación extensiva en áreas de endemia, además de una mejora importante de los sistemas sanitarios y de higiene. En Tailandia se ha reducido de forma importante la incidencia de fiebre tifoidea debido a los programas de vacunación antitifoidea con células enteras. La nueva vacuna conjugada Vi dentro de los programas de vacunación infantil se puede plantear como una alternativa válida ante la falta de armas terapéuticas en las zonas endémicas donde aparecen cepas resistentes.

**MIEMBROS DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE QUIMIOTERAPIA
PARTICIPAN ACTIVAMENTE
EN EL PRÓXIMO CONGRESO DE LA SEM**

El comité organizador del XIX Congreso Nacional de Microbiología, que tendrá lugar en Santiago de Compostela

en septiembre de 2003, después de una sosegada meditación junto con la directiva de la Sociedad, y en reconocimiento a una larga y fructífera carrera investigadora sobre el neumococo y sus fagos, decidió que la lección inaugural estará a cargo del profesor Rubens López. La conferencia versará sobre ese tema, con el título "*Streptococcus pneumoniae* y sus bacteriófagos: la pasión por el conocimiento y el regalo de la amistad". Además de los simposios que se desarrollarán paralelamente a las sesiones de paneles, el congreso integrará reuniones de todos los grupos especializados que llevan a cabo su labor dentro de la Sociedad.

**AMOXICILINA:
¿DÓNDE, CUÁNDO Y CÓMO?**

La *American Academy of Pediatrics*, el *Subcommittee on Management of Sinusitis* y el *Committee on Quality Improvement*, en su *Clinical Practice Guideline: Management of Sinusitis* (Pediatrics 2001; 108: 798-808) reflexionan sobre la prescripción de amoxicilina a dosis de 45 mg/kg/día dividida en dos dosis diarias. En general, por su farmacocinética la amoxicilina debería prescribirse en tres dosis diarias. Se permite una posología de dos administraciones al día en caso de faringoamigdalitis, comprobándose una eficacia similar en la erradicación del estreptococo del grupo A. Este microorganismo tiene una CMI muy baja de amoxicilina, a diferencia de la alta concentración que requiere *Streptococcus pneumoniae*. En la sinusitis no existe aún información suficiente como para demostrar una eficacia similar en la curación con dos dosis de amoxicilina frente a las tres dosis habitualmente indicadas, y será difícil comprobarlo debido a la alta resolución espontánea de estas infecciones (Morris, P. *Antibiotics for persistent nasal discharge (rhinosinusitis) in children*. Cochrane Database Syst Rev 2000; (3)CD001094). En la otitis media aguda es importante destacar la posibilidad de que esté causada por *S. pneumoniae* con resistencia intermedia a la penicilina, en cuyo caso la dosis de amoxicilina deberá ser de 75 mg/kg/día en tres dosis, cada ocho horas. Si en vez de tres dosis queremos tratar con dos dosis diarias indicaremos amoxicilina a razón de 90 mg/kg/día, cada doce horas (Seikel, K., Shelton, S., McCracken, G.H. *Middle ear fluid concentrations of amoxicilline after larger dosages in children with acute otitis media*. *Pediatr Infect Dis* 1997; 16: 710).