

15. Boyce JM, Kelliher S, Vallande N. Skin irritation and dryness associated with two hand hygiene regimens: soap and water handwashing versus hand antiseptics with an alcoholic hand gel. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000;21:442-8
16. Alberto Fica C., Marcela Cifuentes D., M. Cristina Ajenjo H., Luis Delpiano M., Naldy Febre V.,
17. Wilma Medina L. y Yolanda Parada E. Precauciones en la atención de pacientes hospitalizados por influenza aviar H5N1. *Rev Chil Infect* 2006; 23 (4): 290-296
18. Derrick J L, Gomersall C D. Protecting health-care staff from severe acute respiratory syndrome: filtration capacity of multiple surgical masks. *J Hosp Infect* 2005; 59: 365-8.

## VIGILANCIA NACIONAL DE LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS, PERÚ 2005-2006

Luis Asencios Solís<sup>1</sup>, Neyda Quispe Torres<sup>1</sup>, Alberto Mendoza Ticona<sup>1</sup>, Elena Leo Hurtado<sup>1</sup>, Lucy Vásquez Campos<sup>1</sup>, Oswaldo Jave<sup>2</sup>, César Bonilla<sup>2</sup>

### Introducción

El Perú reporta el 25% de casos de tuberculosis en América Latina y ha implementado la estrategia DOTS desde 1990, con altas tasas de curación; sin embargo, se ha desarrollado la resistencia a medicamentos antituberculosos que amenaza seriamente al programa nacional de control de tuberculosis.

### Objetivo

Determinar la tendencia nacional de la resistencia a medicamentos antituberculosos.

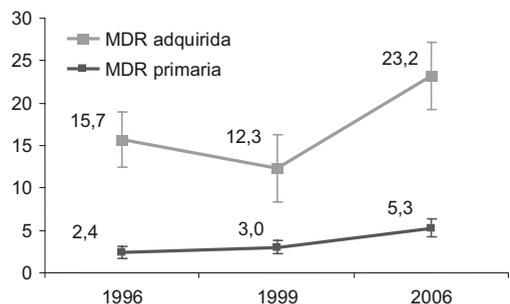
### Materiales y Métodos

Se realizó un muestreo por conglomerados en las 33 regiones de salud de Perú, según el diseño de la OMS.

Se utilizó el método de las proporciones de Canetti en medio sólido L-J para la susceptibilidad de *Mycobacterium tuberculosis* a medicamentos antituberculosos con isoniacida (INH) rifampicina (RMP), estreptomina (SM) y etambutol (EMB). Las cepas con resultado de TB MDR se sometieron a susceptibilidad a medicamentos de segunda línea por el método de las proporciones en Agar 7H10, en placas.

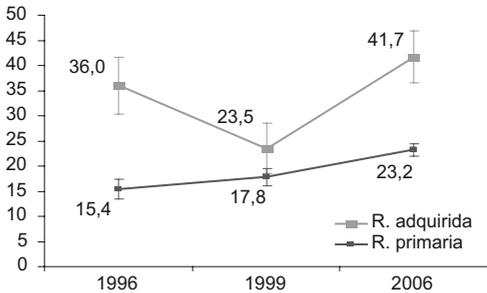
### Resultados

Se analizó 1809 cultivos de pacientes nuevos y 360 de antes tratados; 51,6% residía en Lima y 59,3% fue de sexo masculino. La prevalencia nacional de la resistencia primaria fue de 23,2%, (IC 95% 21,3 – 25,1) y la resistencia adquirida fue de 41,7%, (IC 95% 36,5 – 46,8). Se detectó 180 casos de TB MDR, de los cuales, la prevalencia de TB MDR primaria fue de 5,3%, (IC 95% 4,2 – 6,3) y la adquirida fue de 23,6%, (IC 95% 19,2 – 28). El 20% de aislamientos de pacientes nunca tratados en Lima, fueron resistentes a INH o RIF. La resistencia global y la TB MDR primarias fueron más prevalentes en Lima que en el resto del país; por otro lado, la TB XDR estuvo presente en 5,9% de pacientes con TB MDR y



**Figura 1.** Prevalencia de la multidrogorresistencia primaria y adquirida a fármacos antituberculosos, Perú 1996, 1999 y 2006.

1 Centro Nacional de Salud Pública/INS  
2 Ministerio de Salud



**Figura 2.** Prevalencia de la resistencia primaria y adquirida a fármacos antituberculosos, Perú 1996, 1999 y 2006.

36% de las cepas de TB MDR fueron resistentes a por lo menos una droga de segunda línea.

Comparado con los estudios previos, la resistencia a drogas antituberculosas primaria y adquirida se ha incrementado significativamente en los últimos 10 años en Perú.

## Conclusiones

El incremento de la resistencia a medicamentos antituberculosos es una consecuencia del debilitamiento del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Urge un mayor compromiso político y técnico, para llevar a cabo nuevas estrategias de control más eficientes.

## SEIS AÑOS DE VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA A BACTERIAS DE ORIGEN HOSPITALARIO

Blga. Rosa Sacsquispe Contreras<sup>1</sup>, TM. Johnny Lucho Amado<sup>1</sup>

## Introducción

La resistencia antimicrobiana aparece casi con la aparición de los antimicrobianos para combatir las enfermedades infecciosas. Con el transcurrir

de los años, el uso masivo de antimicrobianos, tanto en el hombre como en animales y en la agricultura, se ha incrementado grandemente y ha involucrado nuevas especies y nuevos mecanismos de resistencia. Las bacterias han desarrollado muchas formas de resistencia a los antimicrobianos, ejemplo de ello tenemos a los estafilococos resistentes a la meticilina, los enterococos resistentes a vancomicina, y gram negativos productores de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE) creando resistencia a penicilinas, cefalosporinas de todas las generaciones y aztreonam; y metalo beta lactamasas que hidrolizan penicilinas, cefalosporinas y carbapenemos.

La resistencia antimicrobiana produce dificultades en el tratamiento de las infecciones y, además, encarece el manejo de la enfermedad debido al uso de antibióticos de última generación y de mayor cobertura. Además, el desconocimiento de terapéutica empírica inicial correcta, de los aspectos epidemiológicos de la resistencia bacteriana local y regional favorece una práctica clínica errónea que impide hacer una elección terapéutica inicial con bases empíricas, aplicables y seguras

La emergencia y diseminación de la resistencia bacteriana es hoy considerada como un fenómeno de gran complejidad y de creciente peligrosidad para el mundo; es por ello que la Organización mundial de la salud (OMS) la ha declarado como problema de salud pública y, por lo tanto, viene haciendo esfuerzos en la creación de una estrategia global cuyos objetivos fundamentales son reducir la diseminación de microorganismos resistentes, retardar la emergencia de la resistencia antimicrobiana y estimular la prevención y control de infecciones.

Una de las medidas que puede contribuir en parte a la solución de los problemas mencionados es la vigilancia de la resistencia antimicrobiana, para reconocer esta resistencia de manera objetiva y así poder proponer

<sup>1</sup> Laboratorio de IRA e IHH- CNSP/INS