



I-137. - INFECCIONES CRÓNICAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

J. Solá Aznar¹, A. Mujal Martínez¹, M. Hernández Ávila¹, M. Baylina Melé², J. Taján², J. Oristrell Salvá²

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Explicar la experiencia en infecciones crónicas por microorganismos multirresistentes (MR) en nuestra unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD).

Métodos: En los últimos años ha aumentado el número de infecciones crónicas por microorganismos-MR que requieren tratamientos prolongados, y la HaD es un ámbito adecuado para su tratamiento. Explicamos la experiencia con 4 pacientes atendidos en nuestra unidad: 1. Absceso con fístula entero-cutánea por Klebsiella tipo BLEE y productora de carbapenemasas. 2. Osteomielitis vertebral múltiple por Pseudomonas multirresistente. 3. Endocarditis e infección diseminada por Mycobacterium avium intracellulare (MAI) 4. Infección de prótesis aórtica con fístula aorto-entérica por Staphylococcus epidermidis.

Resultados: Caso 1: paciente de 87 años diabética, ICC, que presenta absceso intraabdominal. Cultivo positivo para Klebsiella tipo BLEE y productora de carbapenemasas. Drenaje percutáneo purulento y fecaloideo. Se trata con ertapenem y teicoplanina durante 3 meses. Posteriormente, drenaje sin antibiótico. Al año shock séptico y exitus. Caso 2: paciente de 72 años hipertenso, diabético, cardiopatía isquémica. Presenta ruptura de aneurisma aórtico abdominal con shock y fallo multiorgánico. Ingreso prolongado en UCI con sepsis y espondilodiscitis vertebral múltiple por Pseudomonas aeruginosa sensible a colimicina y doripenem. Tratamiento con colimicina (suspendida por insuficiencia renal) y doripenem durante 9 meses. Dos intervenciones para limpieza quirúrgica. Fístula vértebro-cutánea espontánea. A los 9 meses se retira antibiótico. Paciente estable a los 3 años. Caso 3: paciente de 53 años, intervenido de recambio valvular aórtico por estenosis severa, que presenta endocarditis e infección diseminada por MAI con aplasia medular por síndrome hemofagocítico secundario. Dos recambios valvulares con reinfección por MAI. Se inicia tratamiento con claritromicina, etambutol, rifabutin, moxifloxacino, amikacina y con interferón. Paciente estable al año de evolución. Caso 4: paciente de 68 años con arteriopatía ocluyente y aneurisma disecante de aorta abdominal con prótesis de dacron, que presenta infección de la prótesis con fístula aorto-duodenal por Staphylococcus epidermidis. Se interviene de la fístula pero no se puede retirar prótesis. Drenaje cutáneo de infección periprotésica y tratamiento antibiótico con linezolid oral que intolerancia y posteriormente con daptomicina durante 3 meses. Estable a los 6 meses con drenaje sin antibiótico.

Conclusiones: Las infecciones crónicas por gérmenes MR precisan de tratamientos antibióticos muy prolongados, que pueden hacerse de forma segura en HaD.