

HADOM

CONTENIDO:

<i>Congreso Nacional</i>	1
<i>Nuevos antibióticos</i>	2
<i>TAID.</i>	3
<i>Caso Clínico</i>	4
<i>Citas de interés</i>	5

A destacar:

- Séptimo número del Boletín con más contenidos
- Presentación por la UHAD del Hospital de Basurto de la sección: "Caso clínico."



VIII CONGRESO NACIONAL

El próximo mes de junio va a celebrarse el VIII Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio, cuya sede va a ser San Lorenzo del Escorial, un típico pueblo de la Sierra madrileña de Guadarrama. Los organizadores han elaborado un interesante programa cuya versión preliminar puede consultarse en:
www.shmedical.es/proximos_congresos.html.

Recordad que la fecha tope para mandar comunicaciones, por vía electrónica, es del **28 de abril**.



Para facilitar su consulta se ha colgado una copia de dicho programa en nuestra web (www.svhad.net).

OTRAS NOTICIAS:

El pasado 25 de Enero la UHAD del Hospital de Basurto recibió de manos de la Directora General de Osakidetza, el Certificado del Sistema de Gestión de su Proceso Asistencial según la norma ISO 9001:2000.

NUEVOS antibióticos: TIGECICLINA



Tigeciclina (Tygacil en EEUU) es el primer antibiótico de la familia de las gliciliclinas semisintéticas que se desarrolla clínicamente. Es un antibiótico de amplio espectro activo frente a gram negativos, gram positivos (incluidos SAMR y enterococo R a vanco), anaerobios y atípicas y está indicado para infecciones severas, como tratamiento inicial de amplio espectro en monoterapia.

Se han descrito resistencias al antibiótico por parte de *P aeruginosa* y reducida susceptibilidad entre especies de *Proteus*.

Se administra por vía parenteral, durante 1 hora, dos veces al día. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómitos y cefalea.

Actualmente, en EEUU, su uso está aprobado para el tratamiento de infecciones complicadas intraabdominales y de piel y anejos. No se recomienda su uso para el tratamiento de infecciones por *P aeruginosa*.

EXPERIENCIAS CERCANAS

Recientemente se han publicados dos Cartas al Director en revistas nacionales de UHAD del entorno.

En la primera, la UHAD de Santander (Med Clin 2006;126(1):37-9), expone su experiencia en la atención a pacientes pluripatológicos. Para ello estudiaron una muestra de 203 pacientes, observando que un 32,5% de los pacientes ingresados en la unidad en 2004, cumplían criterios de paciente pluripatológico, aumentando dicho porcentaje en un 6,4% más al alta de la unidad.

Los autores terminan la carta abogando en el futuro por la puesta en marcha de circuitos asistenciales alternativos para estos pacientes, que aprovechen las ventajas de las formas no tradicionales de asistencia ya funcionantes.

En la segunda de ellas M Millet de la UHAD de Donostia (Cir Esp 2006;79(3):194-6.) aborda el tema del uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general y el papel que en ésta podrían tener las UHADs, apuntando la experiencia propia. En dicha carta se puede leer:

“ ... Creemos que, en el proceso asistencial al paciente quirúrgico, las UHAD pueden ser un recurso eficaz no sólo para disminuir la tasa de estancias hospitalarias inadecuadas en el postoperatorio, sino también, y quizá no menos importante, para disminuir las estancias adecuadas...”.



T RATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PARENTERALES EN EL DOMICILIO.

En las últimas semanas han aparecido varios trabajos acerca de los efectos secundarios que pueden aparecer en el transcurso de los tratamientos antibióticos parenterales en el medio extrahospitalarios y que enfatizan la importancia del control de los mismos, en este sentido destacan:

Saunders JE. Vestibulotoxicity: a risk of home aminoglycoside therapy. *J Okla State Med Assoc.* 2005 Dec;98(12):596-600.

Manjunath P Pai, Renee-Claude Mercier, and Sarah A Koster. Epidemiology of Vancomycin-Induced Neutropenia in Patients Receiving Home Intravenous Infusion Therapy. *Ann Pharmacother* 2006;40:224-228. DOI 10.1345/aph.1G436.

Otro aspecto importante es el del control de todo el proceso de administración del antibiótico para en lo posible evitar infecciones, llámeselas como quiera nosohusiales, nosodomiciales o relacionadas con la asistencia. Esta situación cada vez es más frecuente y en este sentido son interesantes tanto el artículo como el editorial recientemente aparecidos en *Archives of Internal Medicine*. En ellos se presenta un brote de infección asociada al catéter, por gram negativos, en un centro oncológico de ámbito extrahospitalario y una reflexión sobre éste hecho y la situación general del control de la infección nosocomial en este ámbito de actuación.

Dennis G. Maki; Christopher J. Crnich. History Forgotten Is History Relived: Nosocomial Infection Control Is Also Essential in the Outpatient Setting. *Arch Intern Med* 2005;165 2565-2567

John T. Watson; Roderick C. Jones; Alicia M. Siston; Julio R. Fernandez; Karen Martin; Elizabeth Beck; Steven Sokalski; Bette J. Jensen; Matthew J. Arduino; Arjun Srinivasan; Susan I. Gerber. Outbreak of Catheter-Associated *Klebsiella oxytoca* and *Enterobacter cloacae*. *Bloodstream Infections in an Oncology Chemotherapy Center.* *Arch Intern Med* 2005;165 2639-2643

Un trabajo también interesante es el de Esmond G y cols quienes comparan el tratamiento antibiótico intravenoso en pacientes con fibrosis quística en el hospital o en el domicilio. Ellos concluyen, atención, que la mejoría de la función pulmonar es mayor en los tratados en el hospital, sugiriendo que las exacerbaciones agudas de estos pacientes no son tratadas efectivamente en el domicilio. Ahora bien los pacientes tratados en domicilio presentaron una mayor calidad de vida.

Esmond G, Butler M, McCormack AM. Comparison of hospital and home intravenous antibiotic therapy in adults with cystic fibrosis. *J Clin Nurs.* 2006 Jan;15(1):52-60.

Otros artículos sobre este tema:

Quezada G, Sunderland T, Chan KW, Rolston K, Mullen CA. Medical and non-medical barriers to outpatient treatment of fever and neutropenia in children with cancer. *Pediatr Blood Cancer.* 2006 Jan 24; [Epub ahead of print]

Elliott RA, Thornton J, Webb AK, Dodd M, Tully MP. Comparing costs of home- versus hospital-based treatment of infections in adults in a specialist cystic fibrosis center. *Int J Technol Assess Health Care.* 2005 Fall;21(4):506-10.

CASO CLINICO: UHAD DEL HOSPITAL DE BASURTO

Presentamos el caso de un paciente de 80 años con antecedentes de EPOC, aneurisma de aorta abdominal e hipernefroma. El paciente ingresa en el Hospital por presentar un cuadro de febrícula y dolor en hipocondrio derecho. Se le realiza una ecografía en la que (además de los hallazgos en relación con los diagnósticos previos) se objetiva una imagen en hipocondrio derecho con nivel hidroaéreo en relación con absceso a dicho nivel. Se desestima exploración y desbridamiento quirúrgico bajo anestesia por el alto riesgo del paciente. Se realiza punción diagnóstica de dicha lesión con control de TAC. En el cultivo crece *C albicans*. El paciente es remitido a nuestro Servicio con el diagnóstico de absceso por *Candida* en tratamiento con fluconazol para control evolutivo.

Habida cuenta de la persistencia de la febrícula se decide la inserción de un catéter de drenaje con control ecográfico con desaparición de la febrícula. En el cultivo del exudado se aíslan *Citrobacter koseri*, *Streptococo agalactiae* y *Propionobacter sp.* Ante estos hallazgos, se suspende el fluconazol y se pauta Amoxicilina-clavulánico. Dado que presenta flora polimicrobiana y que además no disminuye el débito, se realiza una fistulografía (07-12-04) a través del catéter, apreciándose la comunicación de dicho absceso con la segunda porción duodenal. A consecuencia de dicho hallazgo se decide realizar un tránsito EGD (14-12-04) en el que se demuestra la presencia de una fístula dependiente del bulbo duodenal. Posteriormente se realiza una gastroscopia (29-12-04) objetivándose la presencia en cara anterior de bulbo duodenal de un pequeño orificio fistuloso con un nódulo adyacente que se biopsia siendo el diagnóstico anatomo-patológico de Duodenitis crónica inespecífica. Con todos los datos anteriores se interpreta el cuadro como Absceso intraabdominal secundario a perforación duodenal.

Se plantean tres opciones terapéuticas:

- a) Reparación quirúrgica de la perforación duodenal.
- b) Dieta absoluta más nutrición parenteral, o bien
- c) Nutrición enteral mediante sonda nasoyeyunal más dosis altas de Omeprazol (80mgr/d)

La primera opción se desestima por el elevado riesgo quirúrgico y entre las conservadoras se opta por la opción c) por ser menos agresiva y mejor tolerable por el paciente. Se coloca una sonda nasoyeyunal y se mantiene la nutrición enteral durante 27 días, al cabo de los cuales se retira dicha sonda y se realiza un tránsito EGD y una ecografía abdominal que objetivan el cierre de la fístula y la desaparición del absceso subsecuente.

DISCUSION:

Presentamos el caso por tratarse de una presentación atípica de una úlcera duodenal perforada, satisfactoriamente tratada de forma conservadora. El tratamiento conservador clásico de la úlcera perforada, también llamado cura de Taylor, consiste en sonda nasogástrica de aspiración más fluidoterapia (o nutrición) parenteral. Inicialmente recomendada por Taylor para pacientes con clínica ulcerosa inferior a tres meses (los pacientes con clínica de más duración, además de requerir tratamiento quirúrgico definitivo de sus ulcus, presentaban más alta incidencia de absceso subfrénico: (26% vs 6%) Actualmente se reserva para pacientes con alto riesgo quirúrgico. Presenta una mortalidad del 2,3%.

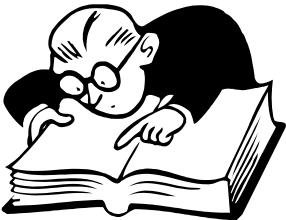


Sociedad Vasca de Hospitalización a Domicilio.
Etxeko Ospitalizazioa Euskal Elkartea.
Domicilio: Hospital de Cruces
Plaza de Cruces s/n
48903 Baracaldo. Vizcaya

Teléfono: 946006467

Correo: hdomicilio@hcru.osakidetza.net

Estamos en la web.
www.svhad.net



Edición
Dirección contacto:

MA Goenaga.
Unidad HAD Hospital Donostia.
Paseo Dr Beguiristain s/n
20014. San Sebastián.
mgoenaga@chdo.osakidetza.net

PRÓXIMOS CONGRESOS A TENER EN CUENTA

VI CONGRESO NACIONAL DE LA SECPAL. San Sebastián, 7-10 de junio.

XXVII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA. Salamanca, 25-28 de octubre.

VIII Congreso de la Sociedad de MI de Aragón, Navarra, la Rioja y País Vasco. Bilbao, 15-17 de junio.

OTROS ARTÍCULOS INTERESANTES HAN SIDO:

1. [No authors listed. Continuous intravenous milrinone therapy at home. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med.* 2004 Dec;1(2):69.
2. Caplan GA, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment (The REACH-OUT trial). *Age Ageing.* 2005 Oct 20;
3. Delegge MH, Borak G, Moore N. Central Venous Access in the Home Parenteral Nutrition Population-You PICC. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2005 Nov-Dec;29(6):425-8.
4. Readding LA. Hospital to home: smoothing the journey for the new ostomist. *Br J Nurs.* 2005 Sep 8;14(16 Suppl):S16-S20.
5. Robert L Elwood and Steven E Spencer. Successful Clearance of Catheter-Related Bloodstream Infection by Antibiotic Lock Therapy Using Ampicillin. *Ann Pharmacother* 2006;40:347-350.
6. Nicolay U, Kiessling P, Berger M, Gupta S, Yel L, Roifman CM, Gardulf A, Eichmann F, Haag S, Massion C, Ochs HD. Health-related quality of life and treatment satisfaction in north american patients with primary immunodeficiency diseases receiving subcutaneous IgG self-infusions at home. *J Clin Immunol.* 2006 Jan;26(1):65-72.
7. Edwards E, Hsiao K, Nixon G. Paediatric home ventilatory support: The Auckland experience. *J Paediatr Child Health.* 2005 Dec;41(12):652-8.
8. Chvetzoff G, Garnier M, Perol D, Devaux Y, Lancry L, Chvetzoff R, Chalencon J, Philip T. Factors Predicting Home Death for Terminally Ill Cancer Patients Receiving Hospital-Based Home Care: The Lyon Comprehensive Cancer Center Experience. *J Pain Symptom Manage.* 2005 Dec;30(6):528-535.