



<https://www.revclinesp.es>

## 316 - ¿PODEMOS TRATAR LAS INFECCIONES AGUDAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO?

**Juan Gabriel Sánchez Cano**<sup>3</sup>, **Leonor Moreno Núñez**<sup>2</sup>, **Carmen Jimeno Grino**<sup>3</sup>, **Manuel Ruiz Muñoz**<sup>3</sup>, **Javier Villanueva Martínez**<sup>3</sup>, **Adelaida Salazar Rustarazo**<sup>3</sup>, **Álvaro Prieto Callejero**<sup>1</sup> y **Cristina Garmendia Fernández**<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Farmacia, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España. <sup>2</sup>Infecciosas, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España. <sup>3</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España.

### Resumen

**Objetivos:** El tratamiento de las infecciones por microorganismos multirresistentes es complejo con estancias hospitalarias prolongadas y elevada mortalidad. La hospitalización a domicilio (HaD) es utilizada para el tratamiento de las infecciones mediante el uso del tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE), pudiendo ser una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de este tipo de infecciones. Existe poca experiencia a cerca del tratamiento de infecciones agudas causadas microorganismos multirresistentes que ingresan directamente en HaD desde los Servicios de Urgencias (SU). El objetivo del estudio es caracterizar mejor a estos pacientes: eventos adversos que aparecen durante el ingreso, estancia media, mortalidad y reingreso a fin de determinar si la HaD es una opción eficaz y segura en estos enfermos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo desde junio de 2021 hasta marzo de 2025 de todos los ingresos por infecciones causadas por microorganismos multirresistentes realizados en HaD desde el SU de un hospital de 2.<sup>º</sup> nivel.

**Resultados:** Se realizaron 151 ingresos de los cuales 63 (42%) se hicieron directamente desde el SU. Treinta y nueve pacientes (62%) eran varones con una mediana de edad de 76 años (RIQ 62-84). El 32% (n = 20) tenían insuficiencia renal crónica, 25% (n = 16) neoplasia activa, 14% (n = 9) deterioro cognitivo y 35% (n = 22) antecedentes de infección o colonización por microorganismos multirresistentes. La mediana de índice de Charlson fue de 5 (RIQ 3-7) y el índice de Barthel medio fue de 78 ± 31 DE. El foco más frecuente de infección fue el urinario en el 89% (n = 56), seguido del respiratorio 5% (n = 3) y cutáneo 3% (n = 2). Los microorganismos aislados fueron enterobacterias productoras de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) (n = 45; 71%), enterobacterias multirresistentes no productoras de BLEE ni carbapenemasa (n = 9; 14%), *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (n = 5; 8%), enterobacterias productoras de carbapenemasa (n = 3; 5%) y *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (n = 1; 2%). El 19% (n = 12) de las infecciones fueron bacterémicas. El TADE se realizó con ertapenem (n = 52, 82%), aminoglucósidos (n = 4, 6%), daptomicina (n = 3; 5%), ceftazidima-avibactán (n = 1, 2%) y cefolozano-tazobactán (n = 1, 2%); la mayoría de estos antibióticos fueron administrados a través de una vía periférica (95%, n = 60). La estancia media fue de 6 días (RIQ 4-8), la duración media del TADE de 6 días (RIQ 4-7) y la media de visitas médicas y de enfermería fue de 3 y 6 respectivamente. Tres pacientes (5%) tuvieron que volver a hospitalización convencional por empeoramiento clínico. No se produjeron caídas en domicilio, errores de medicación ni enfermedad tromboembólica, 5 pacientes (5%) tuvieron flebitis y 1 (2%) síndrome confusional agudo. Ningún paciente falleció durante el ingreso, el reingreso por cualquier causa fue del 24% (n = 15) siendo la

mayoría de ellos por infección (n = 13), la mortalidad al mes fue del 3% (n = 2).

*Conclusiones:* En nuestra experiencia, la hospitalización a domicilio es una opción válida y segura para el tratamiento de infecciones agudas por microorganismos multirresistentes, incluso en pacientes con alta morbilidad.