CASOS CLINICOS. APLICACION PRACTICA DE UN PLAN PROA.

JESUS JAVIER CASTELLANOS MONEDERO. SERVICIO MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA CENTRO. ALCAZAR DE SAN JUAN.

NUESTRO PLAN PROA

Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship

Clinical Infectious Diseases 2007; 44:159–77

Recomendaciones:

- Abogan por un equipo multidisciplinar: Clínico experto en enfermedades infecciosas, farmacéutico clínico experto en enfermedades infecciosas, microbiólogo y epidemiólogo.
- Es preciso coordinación entre el programa de vigilancia antibiótica y la comisión de infecciones del hospital.
- Funcionar bajo el auspicio de la dirección del hospital.
- Soporte informático y guías adecuadas al centro.

NUESTRO PLAN PROA

COMISION DE INFECCIOSAS

GRUPO DE TRABAJO EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

(Cada uno de los servicios aporta un facultativo).

MEDICINA INTERNA:

Dr Barbera

Dr Castellanos

Dra Franco

Dra Galindo

Dra Cicuendez

Dra Rodríguez

FARMACIA:

Dra Conde

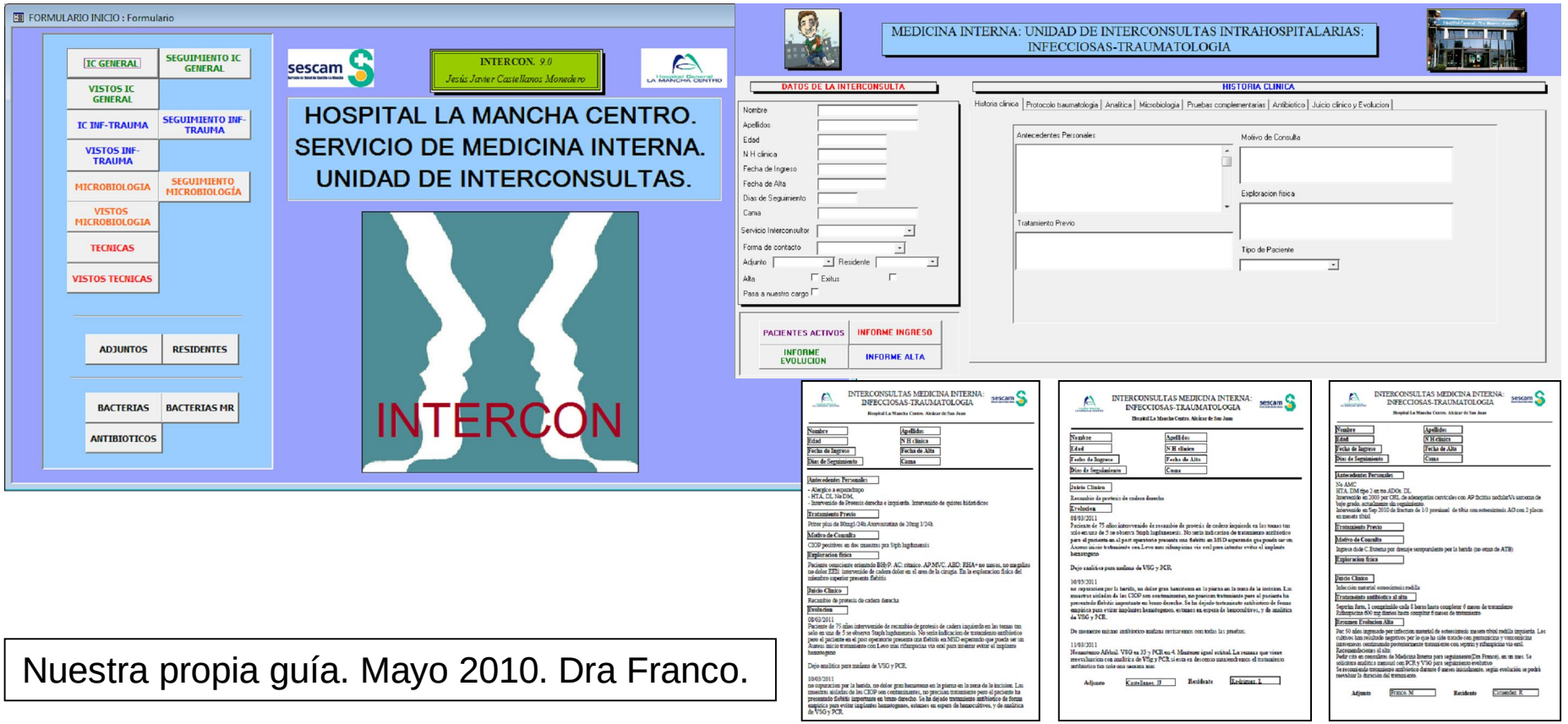
Dr Valenzuela

Dra Ruiz

MICROBIOLOGIA:

Dr Carranza

NUESTRO PLAN PROA



Nuestra propia guía. Mayo 2010. Dra Franco.

Infecciones relacionadas con las prótesis articulares

Javier Ariza, Gorane Euba y Óscar Murillo

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(6):380-90

Papel de los grampositivos en las infecciones osteoarticulares

Javier Cobo

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26 Supl 2:31-43

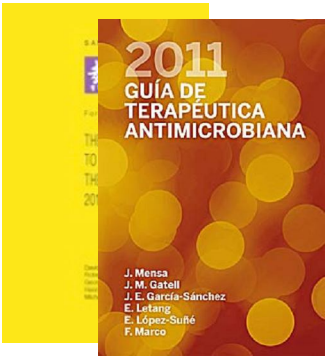
AAOS

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS

THE DIAGNOSIS OF PERIPROSTHETIC JOINT INFECTIONS OF THE HIP AND KNEE

GUIDELINE AND EVIDENCE REPORT

Adopted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons
Board of Directors
June 18, 2010



R

PRIMER CASO CLINICO II

¿QUÉ ACTITUD DEBE TOMAR EL TRAUMATOLOGO?

1. AVISAR AL REUMATOLOGO.
2. AVISAR AL INTERNISTA DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENF. INFECCIOSAS.
3. LAVADO ARTICULAR Y AVISAR AL INTERNISTA DEL GRUPO DE TRABAJO DE ENF. INFECCIOSAS.
4. NO AVISAR A NINGUN COMPAÑERO. ESTA SUFICIENTEMENTE CAPACITADO PARA EL TRATAMIENTO CORRECTO DE LA ARTRITIS.
5. INICIAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON VANCOMICINA, LINEZOLID O DAPTOMICINA.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 3

Approach to septic arthritis.

Horowictz DL, Katzap E, Horowitz S Barilla-La Barca ML.

Am Fam Physician. 2011 Sep 15;84(6):653-60

“ Prompt diagnosis and treatment of infectious arthritis can help prevent significant morbidity and mortality. The acute onset of monoarticular joint pain, erythema, heat, and immobility should raise suspicion of sepsis. Constitutional symptoms such as fever, chills, and rigors are poorly sensitive for septic arthritis. In the absence of peripheral leukopenia or prosthetic joint replacement, synovial fluid white blood cell count in patients with septic arthritis is usually greater than 50,000 per mm3. Isolation of the causative agent through synovial fluid culture is not only definitive but also essential before selecting antibiotic therapy. Synovial fluid analysis is also useful to help distinguish crystal arthropathy from infectious arthritis, although the two occasionally coexist. Almost any microorganism can be pathogenic in septic arthritis; however, septic arthritis is caused by nongonococcal pathogens (most commonly Staphylococcus species) in more than 80 percent of patients. Gram stain results should guide initial antibiotic choice. Vancomycin can be used for gram-positive cocci, ceftriaxone for gram-negative cocci, and ceftazidime for gram-negative rods. If the Gram stain is negative, but there is strong clinical suspicion for bacterial arthritis, treatment with vancomycin plus ceftazidime or an aminoglycoside is appropriate. **Evacuation of purulent material with arthrocentesis or surgical methods is necessary**. Special consideration should be given to patients with prosthetic joint infection. In this population, the intraarticular cutoff values for infection may be as low as 1,100 white blood cells per mm3 with a neutrophil differential of greater than 64 percent.”.

PRIMER CASO CLINICO III

Ante estos hallazgos los traumatólogos deciden realizar lavado de la articulación con 16 litros de suero, toma de cultivos y nos realizan interconsulta para iniciar tratamiento antibiótico.

A nuestra llegada realizamos historia clínica; donde se pone de manifiesto la presencia de excoriaciones en miembros inferiores, en la auscultación cardiaca la presencia de un soplo sistólico previamente no conocido.

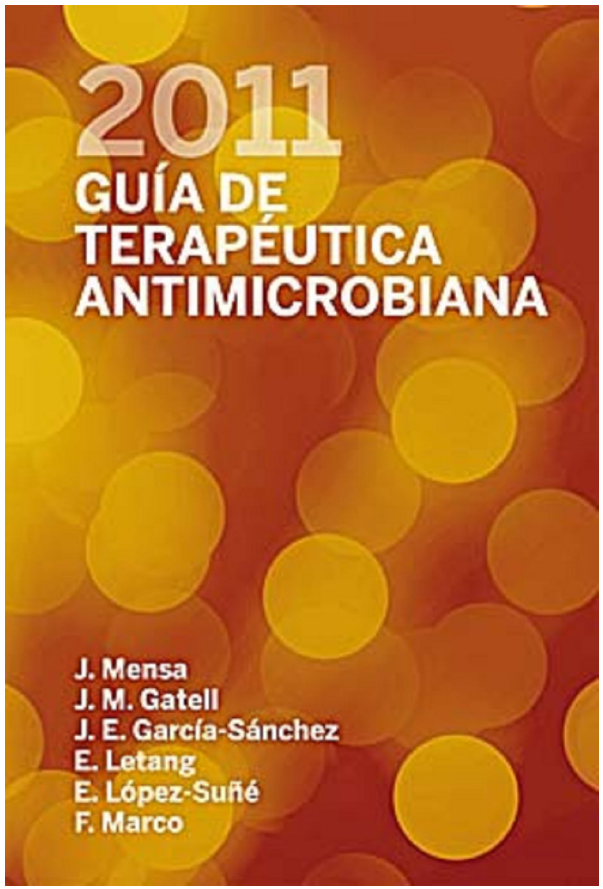
Con estos hallazgos completamos el estudio con una radiografía de tórax (sin hallazgos significativos), con la obtención de hemocultivos y con un ecocardiograma (no se observaron datos de endocarditis).

PRIMER CASO CLINICO IV

¿QUE ACTITUD DEBEMOS SEGUIR?

1. INICIAR ANTIBIOTICO.
2. ESPERAR AL RESULTADO DE CULTIVOS.
3. SOLICITAR ANALITICA CON REACTANTES DE FASE (VSG y PCR).
4. COMENTAR EL CASO EN SESION CLINICA ES DEMASIADO COMPLEJO.
5. 1, 2 Y 3 SON CORRECTAS.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 5



Pag 421:

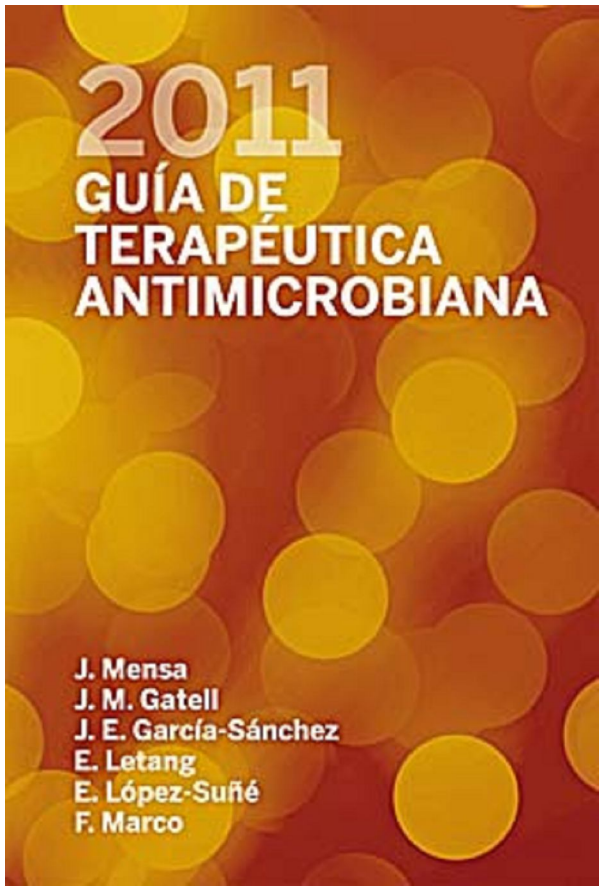
Determinación VSG, PCR y toma de cultivos e iniciar antibiótico

PRIMER CASO CLINICO V

¿QUE ANTIBIOTICO EMPIRICO DEBEMOS EMPLEAR?

1. INICIAR VANCOMICINA 1g/12h.
2. INICIAR LINEZOLID 600mg/12h.
3. INICIAR DAPTOMICINA 10mg/kg/24h.
4. INICIAR CLOXACILINA 2gr/4h.
5. INICIAR CLOXACILINA 2gr/4h + GENTAMICINA 240mg/24h (3-5 días).

RESPUESTA CORRECTA OPCION 5

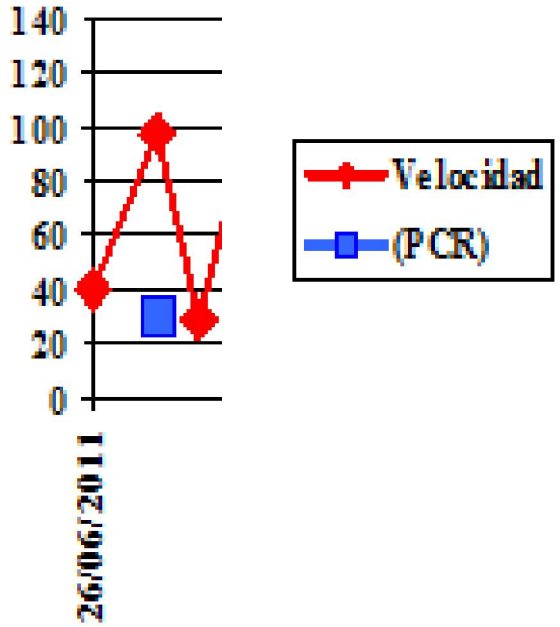


Pag 422: cloxacilina 2gr/4h + gentamicina 240mg/24h (3-5 días).

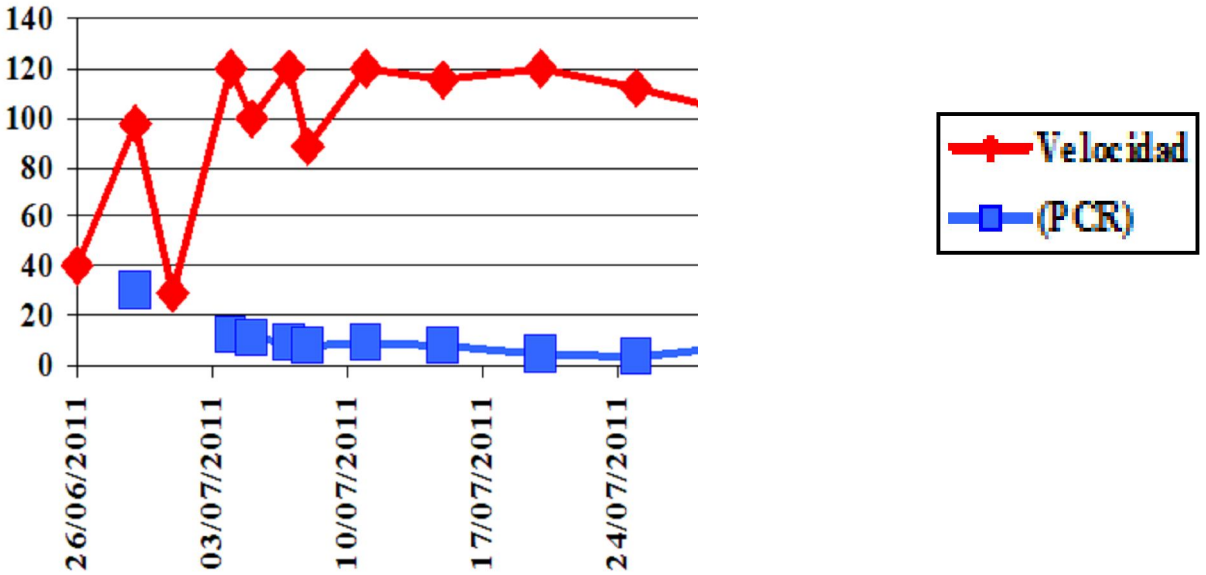
PRIMER CASO CLINICO VI

Tras completar la valoración inicial iniciamos antibioterapia con gentamicina 240mg/ 24h (5 días) y cloxacilina a dosis de 2gr/4h.

Al día siguiente de iniciar el antibiótico de forma empírica se reciben los cultivos del liquido articular que nos informa de un Staph aureus meticilin sensible con una CMI <=0,25, para cloxacilina.



PRIMER CASO CLINICO VII



El paciente presento una evolución lenta con edema en la rodilla, incapacidad en la movilización y reactantes de fase elevados.

En la segunda semana de ingreso se realiza un nuevo lavado articular y mantenemos tratamiento antibiótico, a pesar de esto la evolución del paciente era muy tórpida sin capacidad para la deambulación y con los niveles sanguíneos de PCR y VSG mantenidos de forma constantemente elevados.

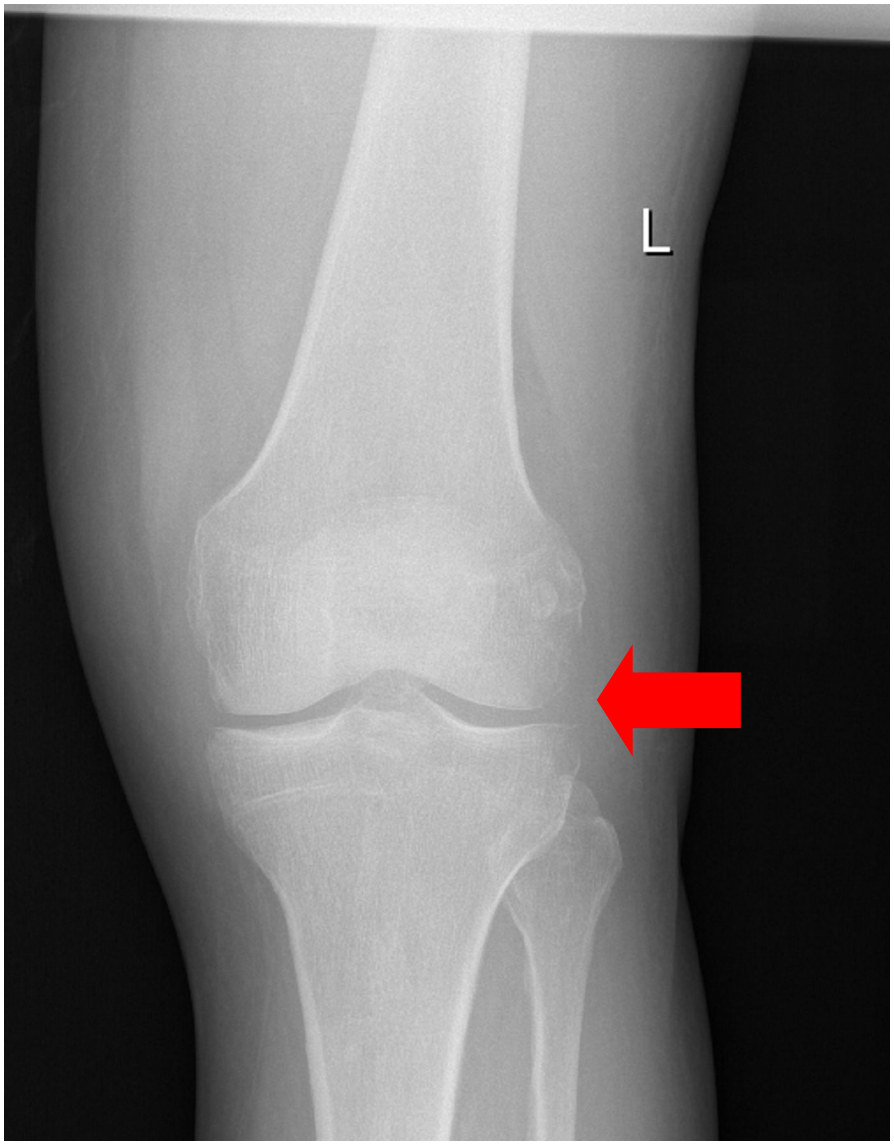
PRIMER CASO CLINICO VIII

¿QUE ACTITUD DEBEMOS TOMAR?

1. REEVALUACION CLINICA.
2. MANTENER CLOXACILINA.
3. SUSPENDER ANTIBIOTICO ACTUAL E INICIAR LEVOFLOXACINO 750mg/24h.
4. SUSPENDER ANTIBIOTICO ACTUAL E INICIAR VANCOMICINA 1g/12h.
5. SUSPENDER ANTIBIOTICO ACTUAL E INICIAR LINEZOLID 600mg/12h.
6. SUSPENDER ANTIBIOTICO ACTUAL E INICIAR DAPTOMICINA 10mg/Kg/24h.
7. REALIZAR NUEVO LAVADO QUIRUGICO.

PRIMER CASO CLINICO IX

RESPUESTA CORRECTA OPCION 1



PRIMER CASO CLINICO X

¿QUÉ PUEDE TENER EL PACIENTE?

1. COMPLICACION DE LA ARTRITIS INFECCIOSA.
2. EL STAPH AUREUS ES METICILIN RESISTENTE.
3. LAS DOSIS DE ANTIBIOTICO NO HAN SIDO CORRECTAS.
4. PORQUE TENGO ESTE CASO CLINICO.
5. REALIZAR CAMBIO ANTIBIOTICO YA.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 1

Papel de los grampositivos en las infecciones osteoarticulares.

Cobo J.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008 Jam 1;26(2):31-43

Tipo anatómico

Estadio 1. Osteomielitis medular

Estadio 2. Osteomielitis superficial

Estadio 3. Osteomielitis localizada (a)

Estadio 4. Osteomielitis difusa (b)

Clase fisiológica

A. Huésped normal

B. Huésped comprometido

Bs: compromiso sistémico (c)

Bl: compromiso local (d)

C. Tratamiento peor que enfermedad

(a) La osteomielitis afecta al espesor del hueso sin comprometer la estabilidad.

(b) La osteomielitis afecta al espesor del hueso comprometiendo la estabilidad.

(c) Compromiso sistémico: desnutrición, insuficiencia renal o hepática, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad inmunológica, inmunodeficiencia, neoplasia, edades extremas.

(d) Compromiso local: linfedema crónico, estasis venosa, compromiso vascular, artritis, cicatrices extensas, fibrosis por radiación, neuropatía, enfermedad de pequeño vaso, tabaquismo (> 40 cigarrillos/día).

PRIMER CASO CLINICO XI

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO INDICADO?

1. TRATAMIENTO QUIRUGICO.
2. TRATAMIENTO MEDICO.
3. TRATAMIENTO COMBINADO.
4. NINGUNO DE LOS ANTERIORES.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 3

Papel de los grampositivos en las infecciones osteoarticulares.

Cobo J.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008 Jam 1;26(2):31-43

TABLA 4. **Tratamiento en función de la clasificación**

Tipo de osteomielitis	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento médico	Observaciones
Tipo 1 (hematógena)	No precisa salvo mala evolución o complicaciones	4-6 semanas. En los niños puede ser suficiente con 1 semana parenteral	Menos información sobre tratamiento oral en el adulto (individualizar)*
Tipo 1 (asociada a clavo endomedular) y otras asociadas a material de osteosíntesis	Retirada del material tras obtener la consolidación de la fractura	Tratamiento prolongado (oral) hasta consolidación de la fractura, completando 4 semanas más después de la retirada. Posiblemente útiles otras opciones de duración más corta (v. texto)	Otra opción es retirar el material y colocar un fijador externo, completando 4-6 semanas de antibioticoterapia tras la retirada*
Espondilodisicitis	Indicado en casos de inestabilidad de la columna, compromiso neurológico o abscesos	4-6 semanas. Probablemente parte del tratamiento puede ser por vía oral*	Algunos autores recomiendan tratamientos más prolongados en casos seleccionados
Tipo 2	Desbridamiento y cobertura	2-4 semanas tras el desbridamiento y la cobertura*	También hay experiencias favorables en la osteomielitis del pie diabético con pautas

Osteomielitis

Como mencionamos anteriormente, el tratamiento antibiótico es ineficaz por sí solo en las osteomielitis crónicas, por lo que la clave del éxito en gran parte de las situaciones reside en los aspectos quirúrgicos, especialmente en los casos más crónicos y complejos.

PRIMER CASO CLINICO XII

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO INDICADO?

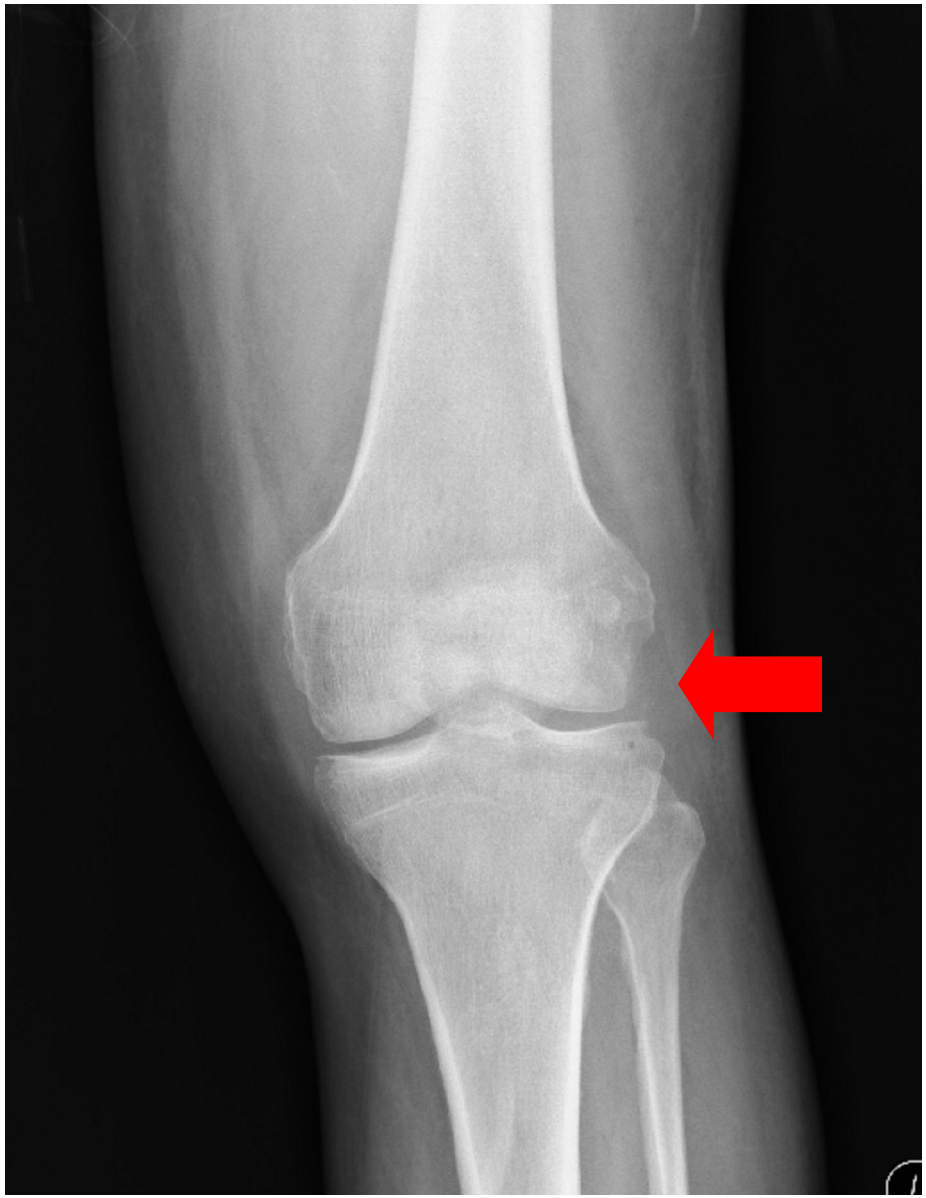
1. LINEZOLID.
2. LINEZOLID Y RIFAMPICINA.
3. DAPTOMICINA.
4. DAPTOMICINA Y RIFAMPICINA.
5. VANCOMICINA.
6. VANCOMICINA Y RIFAMPICINA.
7. MANTENER CLOXACILINA.
8. LEVOFLOXACINO.
9. LEVOFLOXACINO Y RIFAMPICINA.
10. MOXIFLOXACINO.
11. MOXIFLOXACINO Y RIFAMPICINA.

TABLA 5. **Principales experiencias con linezolid en el tratamiento de infecciones osteoarticulares**

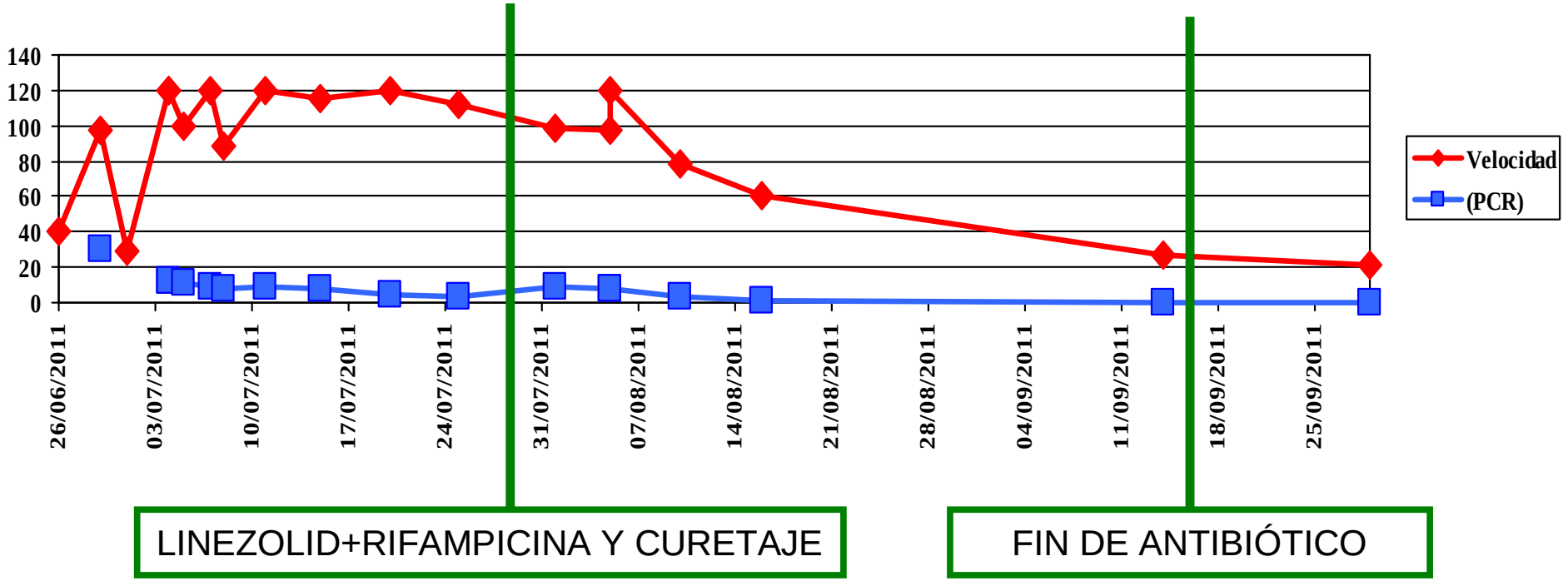
Autor y referencia bibliográfica	Entidades clínicas	N.º de casos	Duración (días)	Microorganismos	Curación	Efectos adversos
Aneizokoro et al[93]	Osteomielitis	20	42-126	SAMR(9), SAMS(2) ERV (2) ESV(2)	55%	Trombopenia (10%), anemia (10%)
Bassetti et al[94]	Infecciones sobre prótesis	20	42-72	SAMR (14) SCNMR (5), ESV (1)	80%	Ninguno que llevara a suspender el tratamiento
Seneville et al[95]	Infecciones sobre prótesis (27)/ osteomielitis	66	35-252	SSMR (49)	79%	Anemia (32%), neuropatía periférica (9%)
Rao et al[96]	Infecciones sobre prótesis(23)/ osteomielitis (25)	53	42-133	SSMR (38) ERV (1) ESV (1)	65%	Neuropatía (1), trombopenia (5), anemia (5)
Rayner et al[97]	Osteomielitis hueso largo (29), pie diabético (10), estereotomía (8), espondilitis (8)	55	ND	SAMR (11) ERV (6) otros (6)	82 (en 22 evaluables)	Gastrointestinales
Razonable et al[98]	Infecciones sobre material de osteosíntesis (15)/ osteomielitis (5)	20	28-422	SAMR (6) SAMS (1) SCNMR(7) ERV (4) ESV (2)	55	Mielodepresión (40%), neuropatía periférica (1 paciente)
Herruzo et al[99]	Osteomielitis (19 sobre implantes)	23	30-360	SCNMR (21), SAMR (2)	52,2%	Retirada tratamiento (43%) Anemia (26%), digestiva (26%); acidosis láctica (2 casos)
Soriano et al[100]	Osteomielitis en implantes	85	17-300	SCNMR (44), SAMR (9), SSMR (2), SAMS (6) ESV (5)	Retirada implante –Aguda: 100% –Croníca: 92% Sin retirar implante –Aguda: 72% –Crónica: 43%	Anemia (5,8%) Trombopenia (4,7%)

ERV: enterococo resistente a vancomicina; ESV: enterococo sensible a vancomicina; SAMR: *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, SAMS: *S. aureus* sensible a la meticilina; SCNMR: estafilococo coagulasa negativo resistente a meticilina; SSMR: especies de estafilococos sensibles a la meticilina.

PRIMER CASO CLINICO XIII



PRIMER CASO CLINICO XIV



Se realiza por parte de traumatología curetaje y microperforaciones en maléolo femoral y meseta tibial. Por nuestra parte se comenta el paciente en el comité de infecciosas y se decide iniciar tratamiento con linezolid y rifampicina durante 6 semanas. Actualmente los reactantes de fase se encuentran dentro de la normalidad y el paciente no tiene secuelas y es capaz de deambular.

La ventura va guiando nuestras cosas mejor de lo que acertáramos a desear; porque ves allí, amigo Sancho Panza, donde se descubren treinta o pocos más desaforados gigantes, con quien pienso hacer batalla y quitarles a todos las vidas, con cuyos despojos comenzaremos a enriquecer, que esta es buena guerra, y es gran servicio de Dios quitar tan mala simiente de sobre la faz de la tierra.

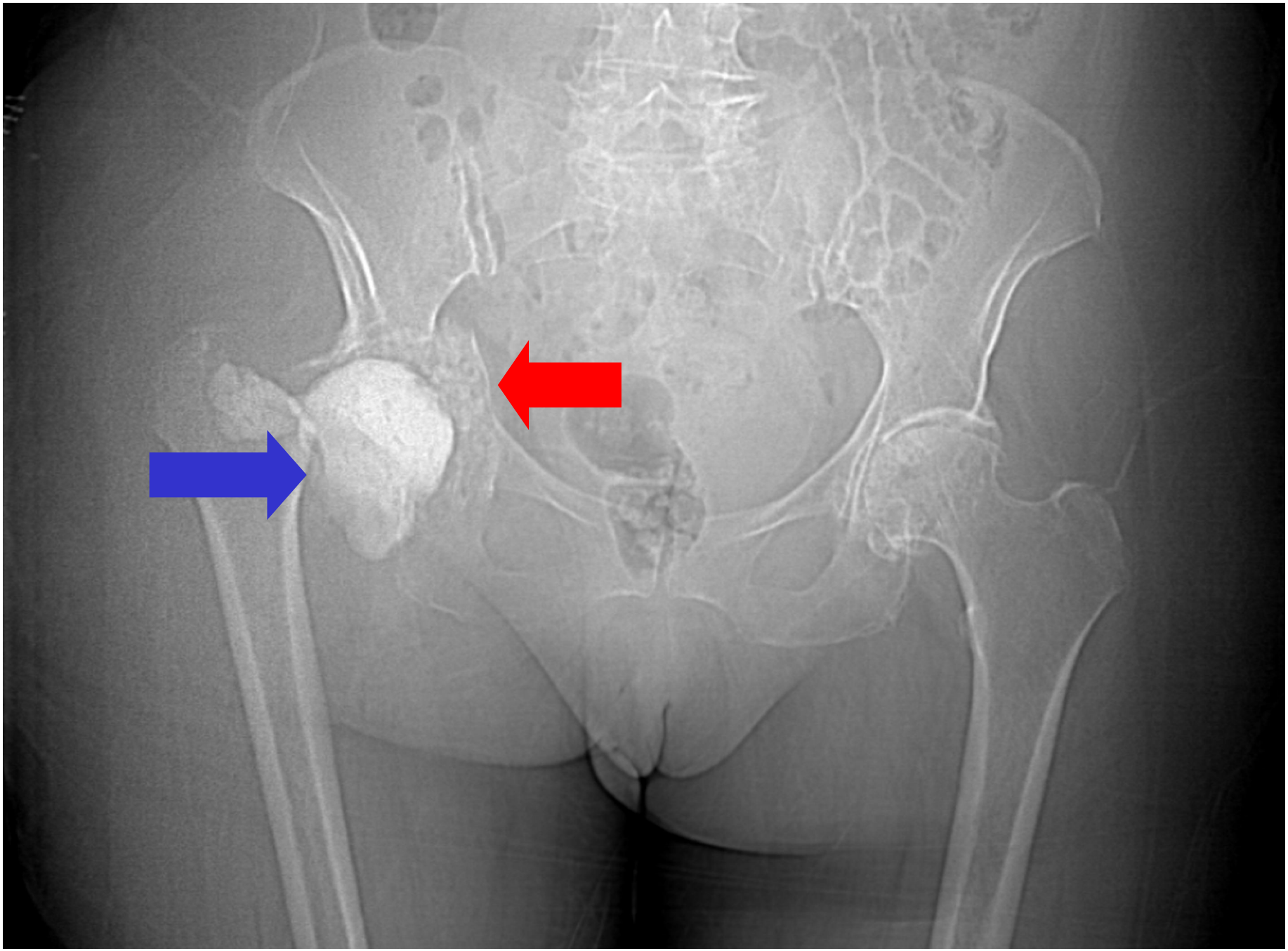
SEGUNDO CASO CLINICO I

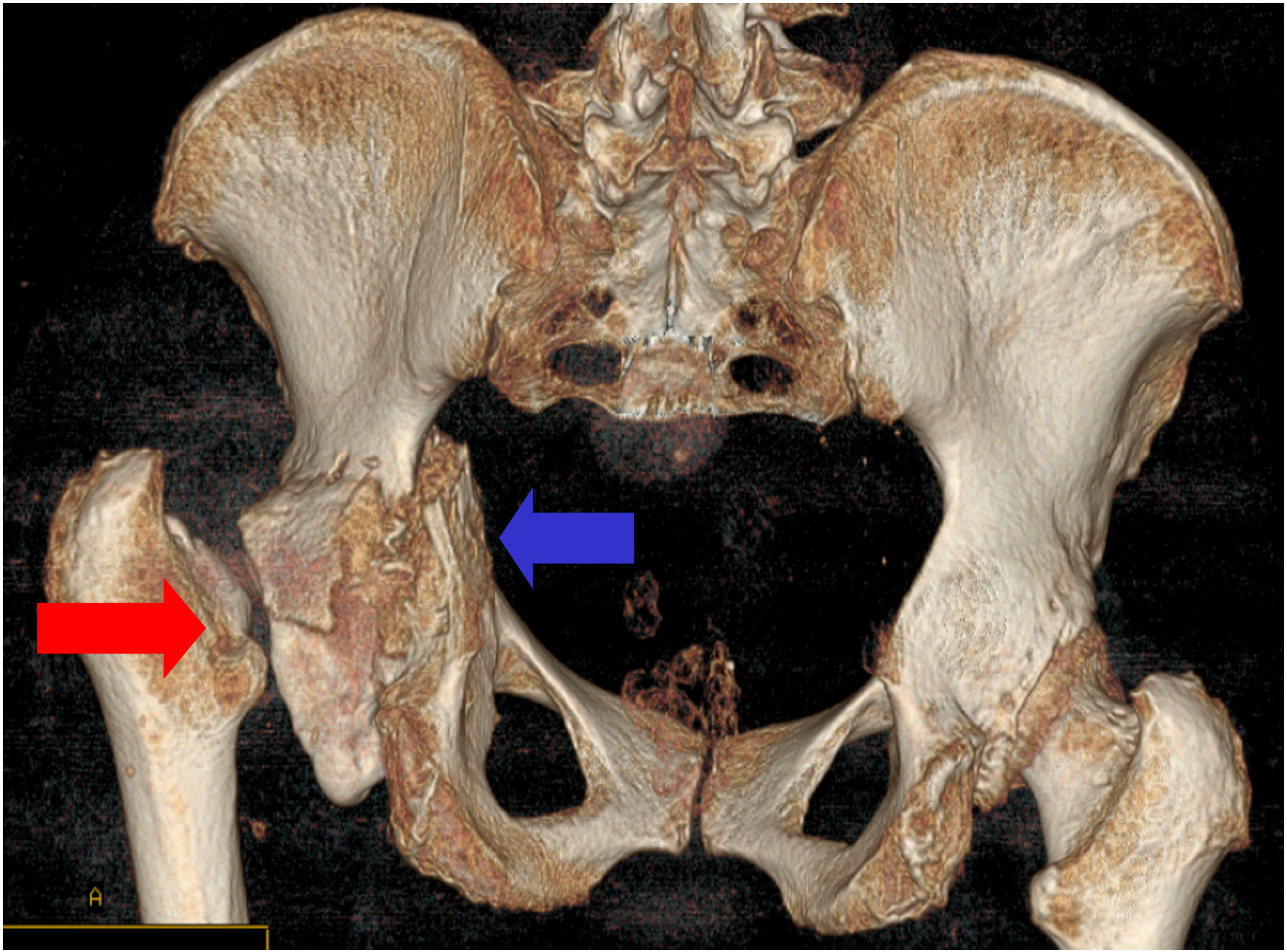
AP: Mujer de 78 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con antecedentes personales de artrosis, gastritis crónica y bulbítis por H pilory.

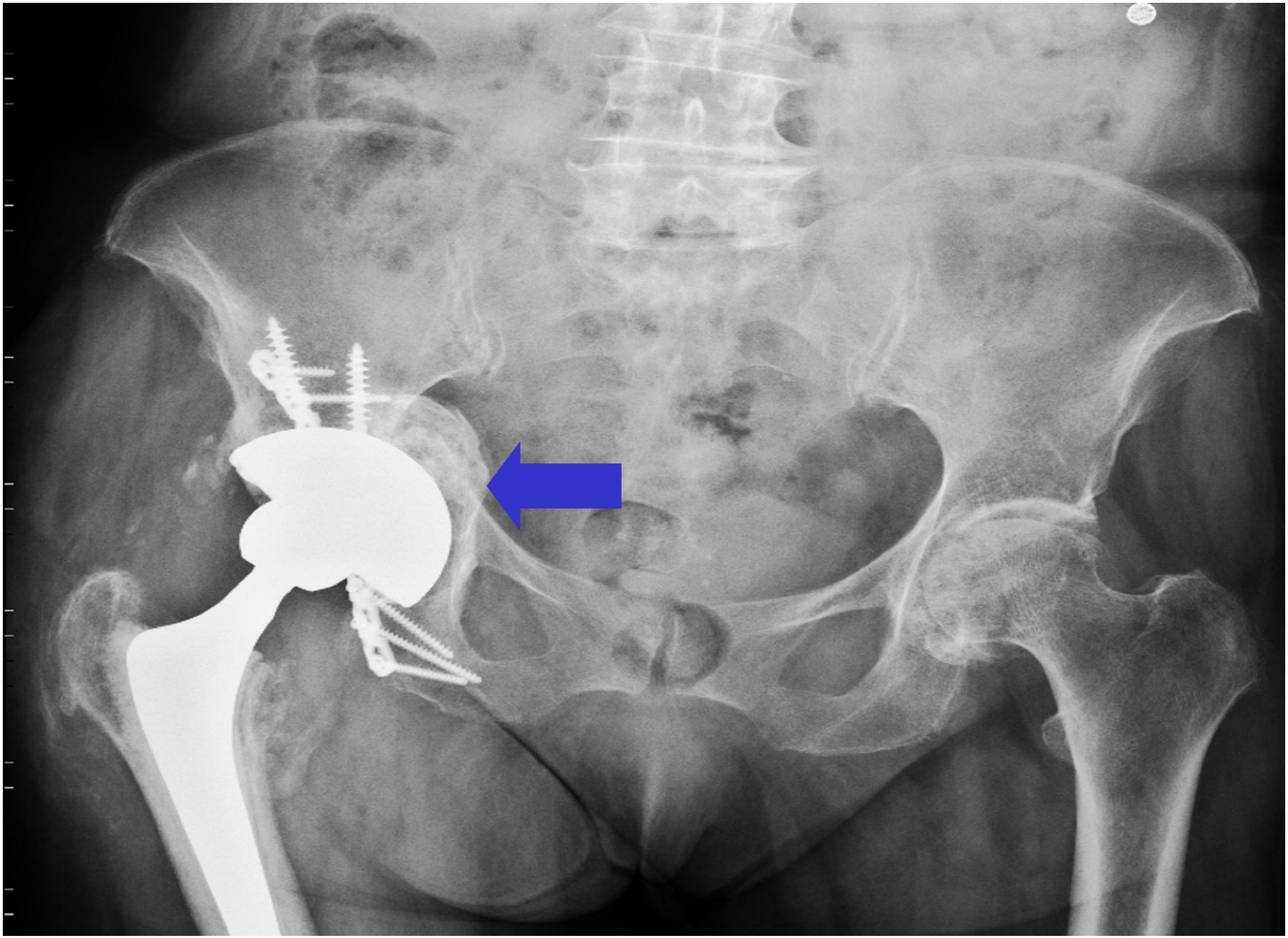
Tratamiento habitual con Paracetamol 650mg 1/12h y con Celebrex 200mg 1/24h.

EA: La paciente ingresa 24/03/2011 para intervención quirúrgica de coxartrosis, en el trascurso de la intervención se produce fractura de cotilo, ante esta situación y la complejidad de la cirugía se decide suspender la cirugía y programar una segunda.

Esta segunda intervención se programa para el día 12/04/2011 donde los traumatólogos realizan nueva intervención. (osteosisntesis de cotilo con placa de titanio con 8 agujas desde isquion a pala iliaca con soporte del techo de la fractura. Colocación de acetábulo de tantalio de 66 mm, también se aporta injerto de banco óseo. En la cabeza femoral se fija con tres tornillos Se cementa toda la estructura con polietileno. Sobre el fémur realizan incisión de 12 cm para colocación del vástago femoral y su posterior unión a la cabeza del fémur)




A



SEGUNDO CASO CLINICO V

Tras la intervención presenta un episodio de fibrilación auricular rápida secundaria a anemia postquirugica.

Presenta una hemoglobina de 5mg/dl, por lo que se realiza transfusión sanguínea de 4 concentrados de hematíes, digoxina y anticoagulación con heparina.

La paciente presenta evolución tórpida con supuración abundante en el área quirúrgica.

Motivo por el cual los traumatólogos deciden realizar un primer lavado el día 26/05/2011 con 12 litros de la zona quirúrgica y realizan interconsulta a nuestra unidad.

SEGUNDO CASO CLINICO VI

¿QUE ACTITUD NO DEBEMOS SEGUIR?

1. INICIAR ANTIBIOTICO.
2. ESPERAR AL RESULTADO DE CULTIVOS.
3. SOLICITAR ANALITICA CON REACTANTES DE FASE (VSG y PCR).
4. COMENTAR EL CASO EN SESION CLINICA ES DEMASIADO COMPLEJO.
5. EVALUACION CLINICA DE LA PACIENTE.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 1

Infecciones relacionadas con las prótesis articulares

Ariza J, Euba G y Murillo O.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(6):380-90

Antibioticoterapia

En presencia del cuerpo extraño, los antibióticos son eficaces frente a las bacterias planctónicas de las biocapas más superficiales o las que se desprenden en el medio y a menudo controlan los síntomas inflamatorios durante el tratamiento, pero esta eficacia es muy limitada frente a la población sesil de las biocapas profundas y los síntomas reaparecen al suprimirlos o poco tiempo después.

Con frecuencia, la infección no se cura hasta que no se retira el material protésico, hecho que facilita mucho la acción antibiótica. Sin embargo, el objetivo prioritario del tratamiento es curar la infección, salvando la artroplastia, lo cual puede intentarse en las IPP, las IHA y las formas CIOP. En estas situaciones la antibioticoterapia debe dar respuesta a una máxima exigencia. Es indispensable la identificación de los microorganismos responsables para proporcionar una antibioticoterapia dirigida y administrada durante largos períodos. Los criterios farmacodinámicos habituales, referidos a las infecciones bacterianas en estado planctónico, no son aplicables a estas infecciones.

SEGUNDO CASO CLINICO VII

Evaluamos a la paciente en R.E.A tras el lavado quirúrgico, ante el nuevo episodio de inestabilidad hemodinámica, la infección activa, y la insistencia de los traumatólogos. QUE ACTITUD ES LA CORRECTA ?

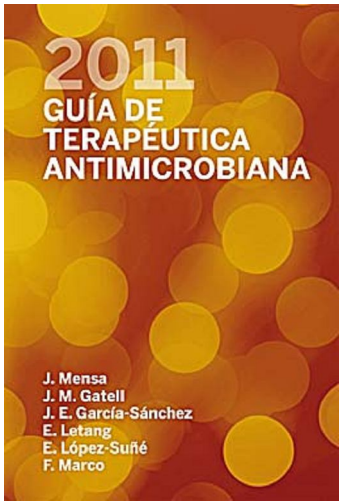
1. INICIAR ANTIBIOTICO.
2. ESPERAR AL RESULTADO DE CULTIVOS.
3. SOLICITAR ANALITICA CON REACTANTES DE FASE (VSG y PCR).
4. COMENTAR EL CASO EN SESION CLINICA, ES DEMASIADO COMPLEJO.
5. EVALUACION CLINICA DE LA PACIENTE.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 1

¿QUE ANTIBIOTICO EMPIRICO DEBEMOS EMPLEAR?

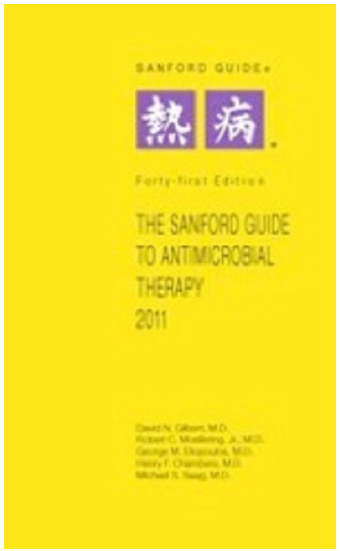
1. INICIAR VANCOMICINA 1g/12h.
2. INICIAR LINEZOLID 600mg/12h.
3. INICIAR DAPTOMICINA 10mg/kg/24h.
4. INICIAR IMIPENEM 500mg/6h.
5. INICIAR VANCOMICINA 1gr/12h + IMIPENEM 500mg/6h.
6. INICIAR VANCOMICINA 1gr/12h + CEFTAZIDIMA 2g/8h.
7. INICIAR AMOXICILINA/CLAVULANICO 2g/8h.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 5 y 6



Pag 533:

Vancomicina 15-20mg/kg/8-12h; Linezolid 600mg/12h o Daptomicina 6-8mg/kg/24h + Ceftazidima 1-2g/8h.



Pag 3:

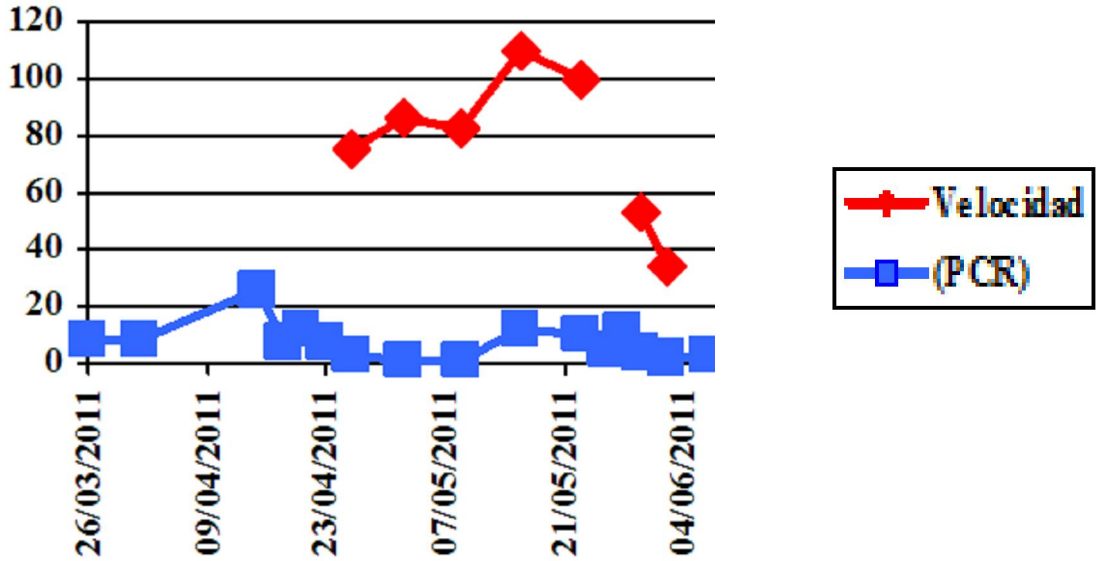
Vancomicina 15-20mg/kg/8-12h; Linezolid 600mg/12h o Daptomicina 6-8mg/kg/24h + Ceftazidima 1-2g/8h o Imipenem 500mg/6h

SEGUNDO CASO CLINICO VIII

El día 01/06/2011 la paciente llevaba ingresada 60 días desde la segunda cirugía y 5 días desde el ultimo lavado, con mala evolución clínica a pesar del tratamiento antibiótico.

Recibimos el cultivo y en las 7 muestras que se toman por protocolo se aísla un Corynebacterium sp (Bacilo gram+).

La situación en cuanto a parámetros de inflamación es:



SEGUNDO CASO CLINICO IX

¿QUE HACEMOS AHORA?

1. NO ESPERABA ESTA BACTERIA, ESTUDIAR.
2. BUENA EVOLUCION ANALITICA, ESPERAR.
3. MANTENER SOLO VANCOMICINA.
4. RETIRADA DE LA PROTESIS ES UNA BACTERIA MUY AGRESIVA.
5. MANTENER VANCOMICINA Y AÑADIR RIFAMPICINA.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 3

Infecciones relacionadas con las prótesis articulares

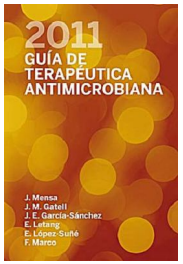
Ariza J, Euba G y Murillo O.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(6):380-90

TABLA 3. Tratamiento antibiótico[a] de los microorganismos causantes de infección de prótesis articular

Microorganismo	Antibiótico	Dosis	Vía
Staphylococcus aureus sensible a meticilina	Cloxacilina + rifampicina 1 semana seguido de	2 g/6 h 600-900 mg/24 h	i.v. v.o.
Staphylococcus aureus resistente a meticilina o *Staphylococcus* coagulasa negativo[b]	Vancomicina + rifampicina 2 semanas seguido de	1 g/12 h 600-900 mg/24 h	i.v. v.o.
Sensible a rifampicina	rifampicina + clindamicina o TMP-SMZ o ácido fusídico o linezolid o teicoplanina o	600-900 mg/24 h 600 mg/8 h 1 cp DS/8 h 500 mg/8 h 600 mg/12 h 400 mg/24 h	v.o. v.o. v.o. v.o. v.o. i.v., i.m.
Resistente a rifampicina	Daptomicina ? Tigeciclina ?	8-10 mg/kg/24 h ? 100 mg/12h	i.v. i.v.
Streptococcus sp.	Ceftriaxona[c] 4 semanas seguido de amoxicilina ± rifampicina	2 g/24 h 1 g/8 h	i.v. v.o.
Enterococcus faecalis	Ampicilina + aminoglucósido 2 semanas seguido de amoxicilina	2 g/6 h (dosis única diaria) 1 g/8 h	i.v. v.o.
Enterobacterias (FQ-S)[d]	Ciprofloxacino	750 mg/12 h	v.o.
Pseudomonas aeruginosa[d]	Ceftazidima + aminoglucósido 2 semanas seguido de ciprofloxacino	2 g/8 h (dosis única diaria) 1 g/12 h	i.v. v.o.
Propionibacterium acnes	Ceftriaxona[c] 4 semanas seguido de amoxicilina ± rifampicina	2 g/24 h 1 g/8 h	i.v. v.o.
Otros anaerobios	Metronidazol Clindamicina de 2 a 4 semanas seguido de clindamicina	500 mg/6h 600 mg/6-8 h 600 mg/8 h	i.v., v.o. i.v. v.o.

Referencias [3,7] (modificadas). Según la opinión de los autores.
Las infecciones polimicrobianas pueden requerir combinaciones diversas y algunos antibióticos de espectro amplio como amoxicilina-ácido clavulánico, piperacilina-tazobactam o carbapenémicos pueden estar indicados.
[a]Se plantean unas opciones generales entre muchas otras circunstancias posibles.
[b]Las infecciones por *Staphylococcus* coagulasa negativos a menudo se deben a varias copas con diferente sensibilidad; ello resta fiabilidad al antibiograma, si no se realiza un "arrastre" de las copas de las placas. Un tratamiento de espectro restringido comporta cierto riesgo de seleccionar copas resistentes inicialmente no detectadas.
[c]Podría utilizarse penicilina G sódica o ampicilina, pero ceftriaxona es más confortable en un tratamiento prolongado.
[d]El tratamiento de las infecciones por bacilos gramnegativos es muy variable según el antibiograma.
cp DS: comprimido de doble dosificación; FQ-S: sensible a fluoroquinolonas; i.v.: intravenoso; i.m.: intramuscular; TMP-SMZ: trimetoprima-sulfametoxazol; v.o.: oral.



Pag 256-257: O son multisensibles o son multirresistentes. Iniciamos Vancomicina que todos son sensibles.

SEGUNDO CASO CLINICO X

En los cultivos se aísla un Corynebacterium striatum tan solo sensible a vancomicina y doxiciclina.

El día 02/06/2011 se comenta el caso clínico en el grupo de infecciosas y ante la mala evolución clínica, el material implantado y que los traumatólogos no se pueden permitir realizar una segunda intervención.

¿QUE PENSAIS QUE ES LO CORRECTO?

1. CONTINUAR VANCOMICINA 1g/12h, SIN RIFAMPICINA.
2. SUSPENDER VANCOMICINA. INICIAR LINEZOLID 600mg/12h.
3. SUSPENDER VANCOMICINA. INICIAR DAPTOMICINA 10mg/kg/24h.
4. COMBINADO CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES CON RIFAMPICINA 600mg/24h.
5. INICIAR DAPTOMICINA 10mg/kg/24h Y DOXICICLINA 200mg/24h.

TODAS SON APLICABLES
NUESTRA ELECCION LA OPCION 5*

Cistitis y hematuria por Corynebacterium striatum. A propósito de un caso y revisión de la literatura científica

Beteta Lópeza A, Gil Ruiza MT, Vega Pradoa L, Fajardo Olivares.

Actas Urol Esp. 2009;**33(8)**:909-912

Se ha reconocido como causante de una amplia variedad de infecciones, como son sepsis, osteomielitis, sinovitis y artritis, meningitis, endocarditis, infecciones pulmonares, absceso de mama, peritonitis, infección de heridas, queratitis e infección intrauterina.

Aunque cada vez hay más estudios acerca de los patrones de sensibilidad de esta especie, se desconocen los mecanismos moleculares causantes de la resistencia de *C. striatum* a antimicrobianos.

In Vitro Activities of Daptomycin, Vancomycin, Quinupristin-Dalfopristin, Linezolid, and Five Other Antimicrobials against 307 Gram-Positive Anaerobic and 31*Corynebacterium* Clinical Isolates

Ellie J. C. Goldstein, Diane M. Citron,. Vreni Merriam, Yumi A. Warren,Kerrin L. Tyrrell, Helen T. Fernandez

ANTIMICROBIAL AGENTS AND CHEMOTHERAPY. 2003; 337–341

Successful Treatment of *Corynebacterium striatum* Endocarditis with Daptomycin plus Rifampin

Shah M and Murillo JL

Ann Pharmacother 2005;39:1741-4.

Treatment was initiated with linezolid 600 mg intravenously every 12 hours due to a previous history of allergies to vancomycin and β-lactam antibiotics (rash and itching associated with both drug classes). Although in vitro data showed that the *C. striatum* isolate was sensitive to linezolid, the patient's condition continued to deteriorate, as evidenced by a persistent febrile state and a total of 8/8 sets of positive blood cultures that yielded *C. striatum* over a period of one week during linezolid treatment.

Since the *C. striatum* isolate was found to be susceptible to daptomycin, the agent was initiated at a dose of 6 mg/kg intravenously every 48 hours (total dose 500 mg every 48 h), with the addition of rifampin 300 mg orally twice daily. The frequency of daptomycin was adjusted to every 48 hours because the patient was receiving hemodialysis. She defervesced within 24 hours, and repeat blood cultures obtained 4 days after treatment initiation showed no growth. The patient was treated with daptomycin and rifampin for a total of 6 weeks. Multiple blood cultures obtained during and at the end of daptomycin treatment remained negative.

SEGUNDO CASO CLINICO XI

Iniciamos Daptomicina a dosis de 10mg/Kg/24h, asociado a doxiciclina 200mg/24h.

¿CUAL ES LA DURACION INDICADA DE ESTE TTO ANTIBIOTICO?

1. ES UNA CADERA, 3 MESES INGRESADA.
2. ES UNA CADERA, 3 MESES TERMINAR EN HOSPITAL DE DIA.
3. TRATAMIENTO UN MES Y VER EVOLUCION.
4. REPASAR Y COMENTAR.
5. TERMINAR LOS DOS MESES SIGUIENTES CON LINEZOLID.

RESPUESTA CORRECTA OPCION 2

Infecciones relacionadas con las prótesis articulares

Ariza J, Euba G y Murillo O.

Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(6):380-90

La duración del tratamiento debe ser tres meses estamos realizando tratamiento de una cadera

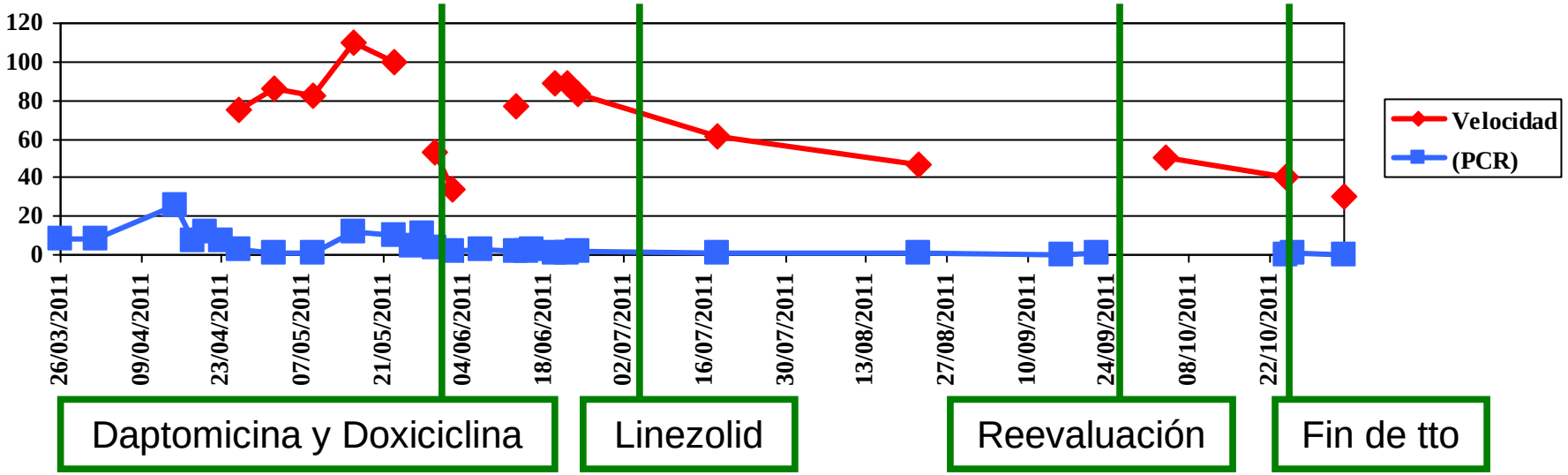
No tenemos fuente bibliográfica que fundamente nuestra decicisión, pero la paciente estaba estable, no quería progresar ingresada y nuestra infraestructura hospitalaria no permite administrar los fines de semana de forma reglada fármacos IV para pacientes en régimen ambulante. Así que asumimos que con linezolid seria una buena opción por lo que iniciamos este tratamiento antibiótico.

SEGUNDO CASO CLINICO XII

Tras este mes se inicia linezolid durante 2 meses.

Tras reevaluación en consultas y por presentar aun VSG en 40 y PCR en 1 decidimos mantener Linezolid un mes más precisando ser suspendido 5 días antes de finalizar el mes por anemia de 7,8mg/dl y plaquetopenia de 50000/mm.

Tras ser suspendido el antibiótico la paciente presenta buena cicatrización es capaz de deambular con andador y presenta Hb de 13mg/dl, 240000 plaquetas, VSG 30 y PCR 0,1.



—¿Qué gigantes? —dijo Sancho Panza.

—Aquellos que allí ves —respondió su amo—, de los brazos largos, que los suelen tener algunos de casi dos leguas.

—Mire vuestra merced —respondió Sancho— que aquellos que allí se parecen no son gigantes, sino molinos de viento, y lo que en ellos parecen brazos son las aspas, que, volteadas del viento, hacen andar la piedra del molino.

MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL LA MANCHA-CENTRO
INTERCON