

SEGUIMIENTO DE ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO

María Hernández Sánchez

R3 Hospital Morales Meseguer

ANTECEDENTES

- ♂ 42 años con dolor en MII sin respuesta a analgesia de primer escalón, disminución de diuresis, dolor en flanco izquierdo, náuseas, no fiebre.
- Obesidad mórbida, HTA, FA, ICC, ¿hipertensión pulmonar?
- Último ingreso (2023): probable colecistitis/colangitis.
- Tratamiento crónico: furosemida 40 mg 1-0-0, ramipril 5 mg 1-0-0, bisoprolol 2.5 mg 2-0-2, colchicina 1 mg 1-0-1, apixabán 5 mg 1-0-1, amiodarona 200 mg 0.5-0-0, eplerenona 25 mg 1-0-0.



PRUEBAS DE VALORACIÓN

- Exploración física: consciente y orientado, regular estado general, taquicárdico e hipotenso.
- Datos analíticos: leucocitos 22×10^3 cél./L , LDH 444 U/L , PCR 50 mg/dL, procalcitonina 5,5 ng/mL.
- Radiografía tórax: Nódulo pulmonar de aproximadamente 1 cm de diámetro, indeterminado.
- TAC abdomino-pélvico: pielonefritis aguda. En MII, reticulación de grasa del tejido células subcutáneo → celulitis.

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS



1. Servicio de Cirugía
2. Pocas horas después: evolución tórpida e ingreso en UCI
 - Cultivos
 - Meropenem 2 g/8h, linezolid 600 mg/12h
3. Tras 24h: S. Cirugía indica intervención urgente por sospecha de TEP con síndrome compartimental en MII. Intubación.



EVOLUCIÓN CLÍNICA

5º día UCI: Herida → *P. aeruginosa* →
ciprofloxacino 400 mg/8h (sensible a exp.
Incrementada) + vancomicina 2g/24h.



Ausencia de G+ → ~~vancomicina~~



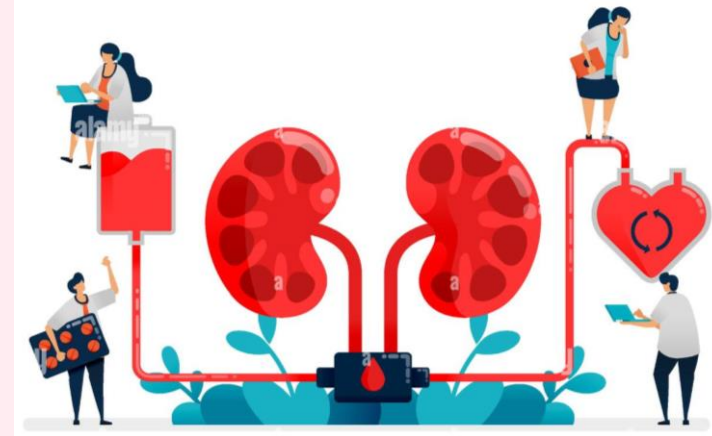
10º día: mejoría clínica → ciprofloxacino



Cocos G+ → teicoplanina



20º día: empeoramiento →
ceftolozano/tazobactam 1/0.5 g c/8h (IR),
linezolid y fluconazol (*Candida Albicans*).



BAS: *Stenotrophomonas maltophilia*
multirresistente →

ceftolozano/tazobactam c/6h + cotrimoxazol



Tras 1 mes : BAS: *Enterobacter Cloacae*
productor de carbapenemasas →
~~Ceftolozano/tz~~, cotrimoxazol +
ceftazidima/avibactam + linezolid + colistina
4,5 M/12h iv.



EXITUS

ANTIMICROBIANO	POSOLOGÍA	DURACIÓN	INDICACIÓN
Meropenem	2 g/8h	2 días	Tratamiento antibiótico empírico
Linezolid	600 mg/12h	2 días	Tratamiento antibiótico empírico
Ciprofloxacino	400 mg/8h	10 días	Tratamiento dirigido por aislamiento de Pseudomonas aeruginosa sensible en herida de pierna.
Vancomicina	2 g/24h	8 días	Profilaxis antibiótica de microorganismo Gram +
Teicoplanina	400 mg/12h	4 días	Tratamiento empírico por aislamiento de coco Gram + en herida de la pierna
Ceftolozano/ tazobactam	1/0,5 g/8h	32 días	Tratamiento dirigido por aislamiento de Stenotrophomonas maltophilia
Fluconazol	400 mg/24h	7 días	Tratamiento dirigido por aislamiento de Candida Albicans.
Sulfametoxazol/ trimetoprim	800/160 mg/6h	41 días	Tratamiento dirigido por aislamiento de Stenotrophomonas maltophilia .
Ceftazidima/ avibactam	2/0,5 g/8h	33 días	Tratamiento empírico por aislamiento en BAS de Enterobacter Cloacae multirresistente.
Colistina	4.5 millones/12h	13 días	Tratamiento empírico por aislamiento en BAS de Enterobacter Cloacae multirresistente.

DISCUSIÓN

- Infecciones más frecuentes en UCI :respiratorias, urinarias y del SNC.
- Microorganismos más frecuentes: bacterias G- (59.3%), bacterias G+ (29%) y hongos (10.6%).
- *P. aeruginosa* (G-) es frecuente en infecciones de tejidos blandos. Tratamiento: ATB + IQ. En nuestro caso: ciprofloxacino pero debido a la falta de mejora clínica, se suspendió y se pautó de forma empírica ceftolozano/tazobactam por probable desarrollo de resistencias.
- *Stenotrophomonas maltophilia*: es habitual en pacientes de UCI. Fármaco elección: cotrimoxazol (elevada potencia y sensibilidad>90%).
- *Enterobacter cloacae*: en partes blandas no es habitual. Frecuente en pacientes inmunocomprometidos, como críticos. Tratamiento: varios antibióticos simultáneamente. En nuestro caso: ceftazidima/avibactam y cotrimoxazol.
- Ceftazidima/avibactam: no se llegó a determinar la carbapenemasa, pero dada la gravedad se autorizó su administración.

CONCLUSIÓN Y APORTACIÓN DEL FARMACÉUTICO/A

- ✓ Detección de posibles interacciones farmacológicas.
- ✓ Ajuste de tratamientos antibióticos según función renal.
- ✓ Se informó a médicos y enfermeros de paciente alérgico a penicilinas y se solicitó que confirman la alergia. Tras esto, Medicina Intensiva contactó con el Servicio de Alergología quien, tras realizar test, descartó alergia.
- ✓ Validación farmacoterapéutica del tratamiento completo del paciente diariamente.
- ✓ Revisión de posibles reacciones adversas.
- ✓ Es necesario establecer una comunicación ágil con el Servicio de Microbiología para la detección temprana del tipo de resistencia en bacterias problemáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades infecciosas (IV) Interacción bacteria-huésped. Respuesta inflamatoria sistémica. Infección nosocomial. Páginas 3085-3096 (Abril 2018) [Vol. 12. Núm. 52.](#)
2. Infecciones en el paciente crítico. [M.J. Asensio Martín](#),* [M. Hernández Bernal](#), [S. Yus Teruel](#), and [A. Minvielle](#)
3. Biomarcadores en la sepsis. ¿Simplificando lo complejo? Cristóbal León, Ana Loza.
Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.
4. Interpretive reading of the antibiogram: A clinical necessity. Rafael Cantón, Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.
5. Características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la infección por *Stenotrophomonas maltophilia*. María Dolores del Toro[a](#), Jesús Rodríguez-Baño[a](#), Luis Martínez-Martínez**[b](#)**, Álvaro Pascual**[c](#)**, Ramón Pérez-Canoa**[a](#)**, Evelio J Perea**[c](#)**, Miguel Ángel Muniain**[a](#)**. Sección de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Departamento de Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Afiliación actual: Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ____Departamento de Microbiología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
6. Neumonía por *Stenotrophomonas maltophilia*. Verny Huertas-Franco**[1](#)*** y María Isabel Lacayo-Pallais**[.](#)**
7. SEPSIS FULMINANTE SECUNDARIA A INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS POR ENTEROBACTER CLOACAE S. Puig Companyó, J. Jimeno Fraile, O. Pallás, I. Martínez Casas, M.J. Pons Esteve, J.A. Pereira Rodríguez, E. Nve Obiang, J.J. Sancho Insenser, A. Sitges Serra y L. Grande Posa Hospital Universitario del Mar, Barcelona.