Infusión continua de cloxacilina en el tratamiento de infecciones complejas por SAMS, una práctica cada vez más habitual: A propósito de un nuevo caso clínico.

Jorge Amador[1], Luis Contardo[1], Fernanda Rodriguez[1], Francisca Ríos[1], Oscar Heredia[1], Julio Moscoso[1], Jorge Amador[2], Francisca Ríos[3], Julio Moscoso[3], Fernanda Rodriguez[4]

1. Hospital Clínico San Borja Arriarán
2. Universidad Andrés Bello
3. Universidad de Chile
4. Fundación Arriarán

INTRODUCCIÓN:

La infusión continua (IC) de antibióticos ?-lactámicos sigue siendo una práctica a considerar, sobre todo para el tratamiento de infecciones complicadas y con difícil penetración en muchos tejidos, como aquellas que afectan al SNC. La evidencia sugiere que la IC es una estrategia que mejora la relación PK/PD al mantener concentraciones sostenidas del fármaco, optimizando el tratamiento y mejorando los resultados clínicos.

CASO CLÍNICO:

Paciente femenina de 38 años con antecedentes de trastorno afectivo bipolar en tratamiento, diplopía y cefalea de 8 meses de evolución. Una RNM cerebral reveló meningioma cerebeloso derecho con hidrocefalia secundaria. En mayo de 2024 ingresó al HCSBA, donde se instaló una derivación ventrículo-peritoneal (DVP) y el 07/06 se realizó la exéresis tumoral. Ingresó a UCI en sedación superficial, sin requerimientos de drogas vasoactivas, con manejo de hipertensión endocraneal. Evolucionó favorablemente, siendo trasladada a UTI, donde presentó fiebre y aumento de parámetros inflamatorios con compromiso hemodinámico. Se inició tratamiento empírico con meropenem y vancomicina ante la sospecha de infección de SNC. En los hemocultivos de CVC se aísla SAMS, con diagnóstico de bacteriemia (ITS-CVC), iniciándose cefazolina. A pesar del tratamiento, y tras dos cultivos de LCR negativos, la paciente desarrolló fiebre persistente sin compromiso de SNC. En TC-TAP se identifica una colección abdominal, por lo que se reinició meropenem para cobertura de foco abdominal. No obstante y por indicación del equipo de neurocirugía, se decide no retirar el DVP y se cultiva la punta, donde se aísla SAMR iniciándose vancomicina. La paciente evolucionó tórpidamente y febril, por lo que se indica retiro definitivo del DVP y cultivo de LCR, aislándose nuevamente un SAMS. Esta vez se inicia cloxacilina 12 gr/día en IC. La paciente evolucionó con disminución de los parámetros inflamatorios, afebril, reducción de la colección, siendo dada de alta desde la unidad.

DISCUSIÓN:

El tratamiento de pacientes críticos representa una complejidad considerable, ya que las alteraciones fisiológicas influyen directamente en la farmacocinética, dosificación y administración de los medicamentos, especialmente de los antimicrobianos. La terapia inicial con múltiples antibióticos no se ajustó adecuadamente al microorganismo identificado ni al sitio de infección. Basándose en el antibiograma, su interpretación y la localización del foco infeccioso, se optó por un régimen antibiótico poco común pero más adecuado para la situación clínica específica. La decisión de iniciar cloxacilina en IC, basada en los resultados microbiológicos y en la evolución clínica, resultó en una mejoría significativa.

CONCLUSIONES:

El uso de cloxacilina en IC para el tratamiento de infecciones por SAMS en sitos de difícil penetración, ha demostrado en el último tiempo ser una opción terapéutica segura y eficaz, siendo cada vez una práctica más habitual en nuestra UPC.