

pacientes diagnosticados como «pulmón de tina caliente» en un centro médico de referencia, durante un periodo de 7 años, con el objetivo de conocer las características y la evolución clínica de estos pacientes. Los resultados de este estudio sugieren que esta entidad se comporta como una neumonitis por hipersensibilidad más que como una infección por micobacterias, por lo que el tratamiento con fármacos antimicobacterianos podría ser prescindible.

El cuadro clínico de la paciente hizo pensar en la posibilidad de una NH, aunque no estaba muy claro si era secundaria a exposición a palomas. Dada la mejoría con tratamiento corticoide, se decidió el alta a domicilio estando pendiente de los resultados de precipitinas y micobacterias. Una vez confirmado el diagnóstico, se puso en conocimiento de salud pública y del centro donde trabajaba, que fue cerrado.

Bibliografía

- Díaz Carrillo T, Rodríguez de Castro F. Enfermedades pulmonares por polvos orgánicos. En: Álvarez-Sala JL, Casan P, Rodríguez F, Rodríguez JL, Villena V, editores. Neumología clínica. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2010. p.616-24.

- Camirero Luna JA. Infecciones pulmonares por micobacterias no tuberculosas. En: Álvarez-Sala JL, Casan P, Rodríguez F, Rodríguez JL, Villena V, editores. Neumología clínica. Elsevier España, S.L: Barcelona; 2010. p. 341-9.
- García García JM, Palacios Gutiérrez JJ, Sánchez Antuña AA. Infecciones respiratorias por micobacterias ambientales. Arch Bronconeumol. 2005;41:206-19.
- Hartman TE, Jensen E, Tazelaar HD, Hanak V, Ryu JH. CT findings of granulomatous pneumonitis secondary to *Mycobacterium avium-intracellulare* inhalation: «Hot Tub Lung». AJR. 2007;188:1050-3.
- Hanak V, Kalra S, Aksamit TR, Hartman TE, Tazelaar HD, Ryu JH. Hot tub lung: Presenting features and clinical course of 21 patients. Respir Med. 2005;100:610-5.

Bélice Mercedes Terrero Jiménez*, Araceli Abad Fernández y M. Antonia Juretschke Moragues

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drabeliceterrero@gmail.com

(B.M. Terrero Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.08.001>

Tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso en la enfermedad respiratoria crónica

Home Intravenous Antimicrobial Therapy in Chronic Respiratory Disease

Sr. Director:

El tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE) realizado en una Unidad de Hospitalización a Domicilio puede ser una alternativa al ingreso hospitalario en los pacientes con exacerbación de una enfermedad respiratoria crónica como consecuencia de una infección respiratoria. Nuestro objetivo ha sido analizar su eficacia y su seguridad en dichos pacientes, remitidos directamente desde el Hospital de Día de Enfermedades Respiratorias^{1,2}.

La Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital de Sabadell dispone de un registro prospectivo de los pacientes atendidos, a partir del cual se ha realizado un estudio observacional que describe los casos remitidos para TADE desde el Hospital de Día de Enfermedades Respiratorias, entre enero de 2008 y diciembre de 2011. El ingreso se decidió de forma consensuada entre ambos equipos médicos, siendo aceptado por el paciente y/o cuidador principal. Los dispositivos de infusión utilizados fueron bombas elásticas de infusión continua, portátiles y desechables (Intermate SV 200, Intermate XLV 250, Intermate LV 250, Baxter). La primera dosis del tratamiento se administró en el Hospital de Día de Enfermedades Respiratorias y las dosis posteriores se administraron en el domicilio, a cargo del mismo paciente y/o de su cuidador principal, tras un proceso de educación por parte del personal de enfermería de la Unidad de Hospitalización a Domicilio, que supervisaba posteriormente el tratamiento, mediante contacto telefónico y visitas domiciliarias habitualmente cada 48 h. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa estadístico SPSS versión 18, utilizando el cálculo de las medias y las desviaciones estándar en el caso de las variables cuantitativas y el cálculo de porcentajes en el caso de las variables cualitativas. Durante el periodo descrito se incluyeron 50 pacientes, que generaron un total de 74 casos de TADE. Las principales características de los casos atendidos se resumen en la tabla 1.

El TADE lo administró el cuidador principal en el 63% de casos, y en el 37% lo hizo el propio paciente. Los accesos venosos uti-

lizados habitualmente fueron el catéter periférico tipo abboath (47%) y el catéter venoso central de inserción periférica (47%); en el 6% restante se utilizó un port-a-cath ya implantado previamente. Hubo un 30% de complicaciones menores derivadas de las vías de acceso venoso, y la mayoría (92%) se solucionaron en el domicilio del paciente. La estancia media fue de 19 días (DE, 13), evitándose un total de 1.416 días de estancia hospitalaria. En el 87% de casos la evolución clínica fue satisfactoria, pero el 13% precisaron ingreso hospitalario convencional por mala evolución clínica. Tras el alta, el 12% de casos precisaron un nuevo ingreso hospitalario durante el mes siguiente y el 16% durante los 3 meses sucesivos. El porcentaje de fracasos (necesidad de ingreso hospitalario convencional) observado durante el TADE en nuestro estudio es similar al referido en otras experiencias publicadas, aunque es necesario tener en cuenta que estas son muy heterogéneas y dependen de la población en la cual se ha realizado el TADE, del tipo de infección tratada y del germen responsable de ella: 3,6% en un grupo de 81 pacientes (111 episodios) con infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa*³, 7,5% en una serie de 142 pacientes (145 episodios) con infecciones diversas que precisaron TADE⁴ y hasta un 20,7% en otro grupo de 82 pacientes con infecciones causa-

Tabla 1

Características principales de los casos (n = 74)

| Características principales | Media ± desviación estándar o Frecuencia |
|----------------------------------|---|
| Edad (años) | 64 ± 17 |
| Sexo | 73% hombres (54/74) |
| Motivo de ingreso en UHaD (TADE) | Infección respiratoria EPOC, 47% (35/74) Infección respiratoria BQ, 30% (22/74) Infección respiratoria FQ, 15% (11/74) Neumonía comunitaria, 7% (5/74) Neumonía nosocomial, 1% (1/74) |
| FVC (l%) | 2,34 ± 0,53 l/60 ± 13% |
| FEV1 (l%) | 1,07 ± 0,44 l/38 ± 17% |
| FEV1/FVC (%) | 46 ± 13% |
| OCD (%) | 24% (18/74) |
| Índice de Barthel | 90 ± 19 |
| Cultivo de esputo positivo | 74% (55/74) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , 50% (37/74) |

BQ: bronquiectasias; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FQ: fibrosis quística; FVC: capacidad vital forzada; OCD: oxigenoterapia crónica domiciliaria; TADE: tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso; UHaD: Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

das por microorganismos multirresistentes, entre las cuales la más frecuente fue la infección del tracto respiratorio⁵. El porcentaje de reingresos a los 3 meses de seguimiento también coincide con el de otras series⁴. Nuestros resultados confirman que el TADE autoadministrado y controlado mediante el ingreso en una Unidad de Hospitalización a Domicilio es un sistema seguro y eficaz para el manejo de las infecciones respiratorias en los pacientes con enfermedad respiratoria crónica, pudiendo ser los pacientes directamente derivados desde el Hospital de Día de Enfermedades Respiratorias a la Unidad de Hospitalización a Domicilio, lo cual permite evitar tanto las asistencias a los servicios de urgencias como los ingresos hospitalarios convencionales.

Bibliografía

1. Pomares X, Montón C. Hospitales de Día de Enfermedades Respiratorias: ¿qué hemos aprendido? *Med Clin (Barc)*. 2011;136:454-5.
2. Casas LF, Montón C, Baré M, Casabon J, Pomares X, Aguirre U. Hospital de Día de Enfermedades Respiratorias: Impacto sobre la tasa de ingresos hospitalarios por exacerbaciones de la EPOC. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:665-8.
3. Garde C, Millet M, Goenaga MA, Arzelus E, Cuende A, Sarasqueta C, et al. Tratamiento de la infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes adultos en hospitalización a domicilio: características clínicas y evolutivas así

como análisis de los factores pronósticos de recidiva. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009;27:257-62.

4. Pérez López J, San José Laporte A, Aleman C, Pardos-Gea J, Vilardell M. Antibioterapia intravenosa domiciliaria en una unidad de hospitalización a domicilio: factores pronósticos de reingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:290-2.
5. Pérez-López J, Pardos-Gea J, San José Laporte A, Almirante Gragera B, Marian Oltean D, Vilardell Tarrés M. Antibioticoterapia intravenosa domiciliaria en el tratamiento de las infecciones causadas por microorganismos multirresistentes. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:557-61.

Concepción Montón^{a,c,*}, Xavier Pomares^{a,c} y Abel Mujal^{b,c}

^a *Servicio de Neumología, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*

^b *Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España*

^c *Institut Universitari Parc Taulí, Campus d'Excelència Internacional, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cmonton@tauli.cat (C. Montón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.09.008>