



I-011 - PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN NEUMONITIS POR BRONCOASPIRACIÓN AGUDA

M. Baldà Masmiquel¹, T. Blanco Hernández¹, M. Serras Pujol¹, M. Pérez Caimari¹, J. Altimiras Roset² y O. Mascaró Cavaller¹

¹Medicina Interna, ²Epidemiología. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Comparar mortalidad, cambio de modalidad de ventilación, ingreso en UCI y estancia hospitalaria de pacientes con broncoaspiración que reciben antibioterapia profiláctica, con los pacientes que no reciben antibiótico.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con broncoaspiración aguda (enero-diciembre/2018).

Resultados: 267 pacientes (50,6% mujeres). Media 81,62 años. Servicios: Urgencias (75,7%), Interna (12,4%). Comorbilidades (fig. 1), índice Charlson 6,10 (DE 2,73). Riesgo de broncoaspiración 71 pacientes (26,6%). 231 (86,5%) antibiótico, 36 (13,5%) sin antibiótico. Más utilizado amoxicilina-clavulánico (59,2%). Duración tratamiento antibiótico 6,64 días (DE 4,40). 7 complicaciones secundarias a antibiótico. Indicado antibiótico en 28 pacientes (10,5%). 30 pacientes (11,2%) cambio de modalidad ventilatoria, 21 pacientes (7,9%) ingreso en UCI. 97 pacientes (36,3%) fueron exitus (días hasta exitus 5,75 días), de los cuales 75 (77,1%) recibieron antibiótico. Comparación entre grupos de cambio ventilación, ingreso en UCI, exitus y estancia hospitalaria en la figura 2.

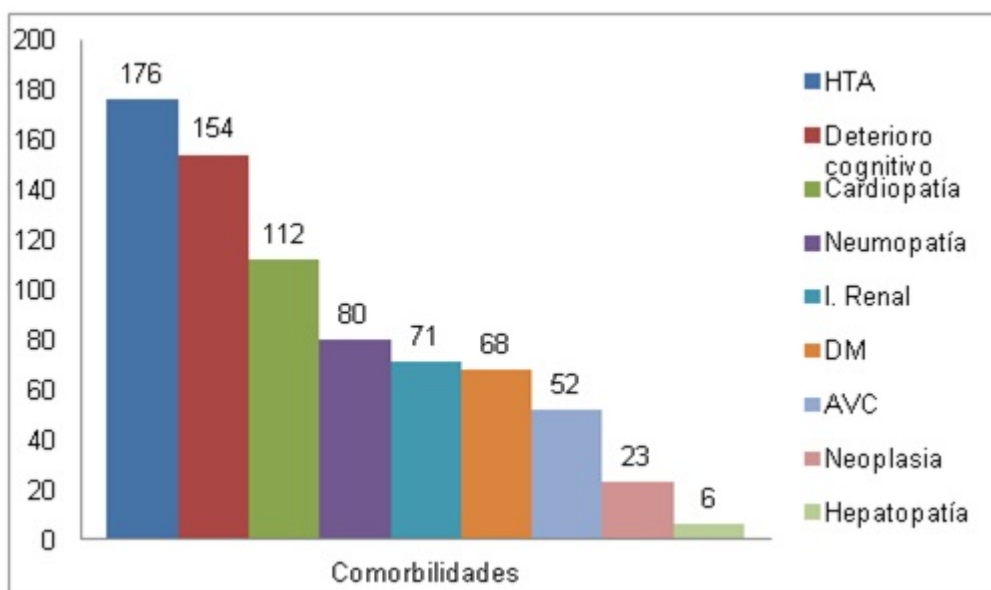


Figura 1.

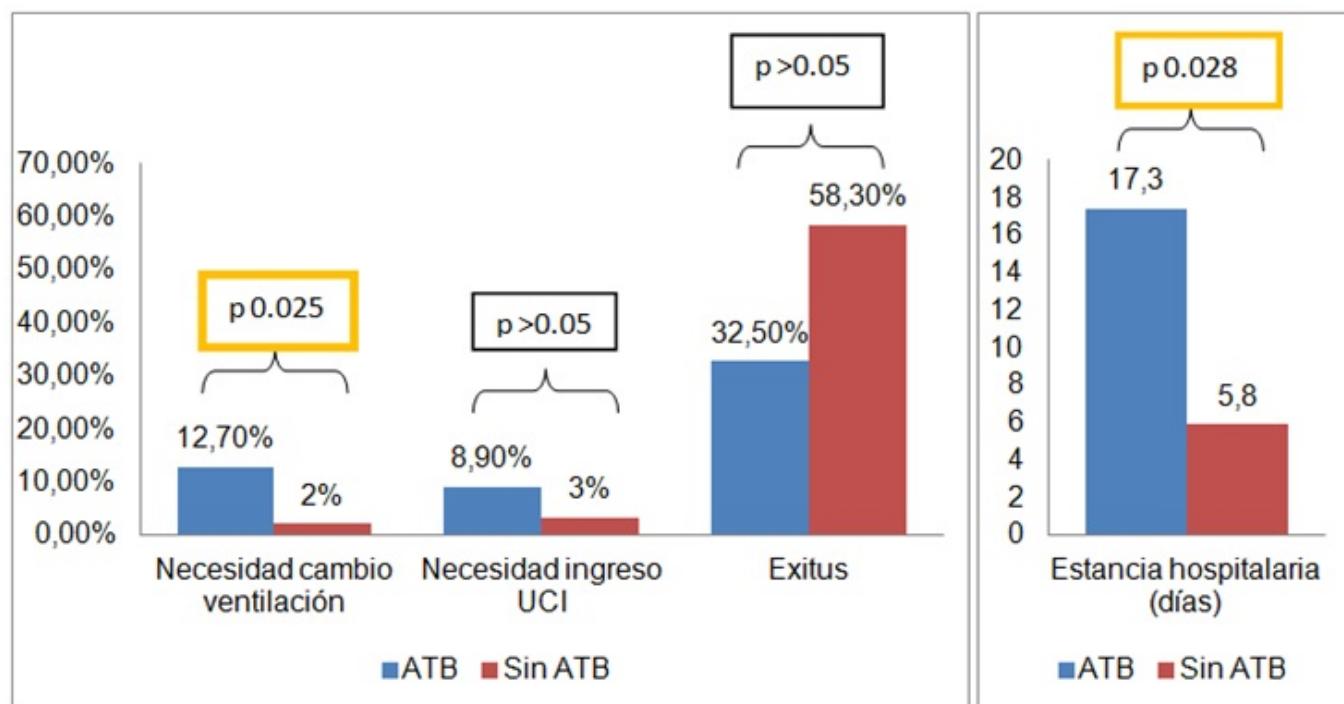


Figura 2.

Discusión: Es frecuente el uso de antibiótico en la broncoaspiración aguda, aunque hay poca evidencia de que aporte beneficios, y expone a los pacientes a aumento de resistencias microbiológicas y aparición de efectos secundarios al uso de antibióticos.

Conclusiones: Antibiótico profiláctico durante la broncoaspiración aguda no disminuye mortalidad ni necesidad de ingreso en UCI, aumenta la necesidad de cambio de modalidad de ventilación. La estancia hospitalaria en la antibioterapia profiláctica es mayor respecto a los pacientes que no reciben antibiótico.

Bibliografía

1. Dragan V, Wei L, Elligsen M, Kiss A, Walker SAN, Leis JA. Prophylactic Antimicrobial Therapy for Acute Aspiration Pneumonitis. Clin Infect Dis. 2018;1;67(4):513-8.
2. DiBardino DM, Wunderink RG. Aspiration pneumonia: a review of modern trends. J Crit Care. 2015;30(1):40-8.
3. Bynum LJ, Pierce AK. Pulmonary aspiration of gastric contents. Am Rev Respir Dis. 1976;114(6):1129-36.
4. Kane-Gill SL, Olsen KM, Rebeck JA, et al; Aspiration Evaluation Group of the Clinical Pharmacy and Pharmacology Section. Multicenter treatment and outcome evaluation of aspiration syndromes in critically ill patients. Ann Pharmacother. 2007;41:549.
5. Joundi RA, Wong BM, Leis JA. Antibiotics “just-in-case” in a patient with aspiration pneumonitis. JAMA Intern Med. 2015;175(4):489-90.
6. Cavallazzi R, Vasu TS, Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. N Engl J Med. 2001;344(9):665-71.
7. Raghavendran K, Nemzek J, Napolitano LM, Knight PR. Aspiration-Induced lung injury. Crit Care Med. 2011;39(4):818-26.