



1245 - EXPERIENCIA CLÍNICA CON CEFTOBIPROLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A.I. de Gracia León, C. Bea Serrano, S. Vela Bernal, E. Fuertes del Olmo, A. de Castro Oliver, C. Pinto Pla, A. Ferrer Ribera y M.R. Oltra Sempere

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Resumen

Objetivos: Cefotobiprole es una cefalosporina de quinta generación con actividad frente a cocos gram-positivo, incluyendo SARM, así como bacterias gram-negativo incluyendo *Pseudomonas aeruginosa* no MDR. Está aprobado su uso en neumonía extrahospitalaria e intrahospitalaria no asociada a ventilación y pendiente para infecciones de piel y estructuras relacionadas. El objetivo de este trabajo es recoger la experiencia de uso en vida real en un hospital terciario, tras incluirse en la farmacopea hospitalaria en septiembre 2020, para valorar su eficacia, seguridad y facilitar su posicionamiento por el grupo PROA de nuestro hospital.

Métodos: En nuestra serie de casos incluimos 8 pacientes que recibieron tratamiento con ceftobiprole entre septiembre de 2020 y junio de 2021 (10 meses). Revisamos sus historias clínicas para analizar datos epidemiológicos, factores de riesgo, diagnóstico, tratamientos previos y concomitantes y evolución (tabla).

Resultados: En todos los casos se inició ceftobiprole de forma empírica, excepto en aquel con abscesos vertebrales donde había aislamientos previos de *P. aeruginosa wild type*. En el resto, pese a obtenerse muestras respiratorias, hemocultivos, y otras como líquido pleural en el empiema y lavado broncoalveolar en la neumonía cavitada, no se aislaron microorganismos, exceptuando *E. coli* multisensible en la traqueobronquitis. 5 pacientes tenían como factor de riesgo de multirresistencia su origen nosocomial. De los 6 pacientes, en 3 se pautó por neumonía (2 nosocomiales, 1 comunitaria), en 2 por empiema (1 postraumático extrahospitalario, 1 posquirúrgico), en 3 por infección posquirúrgica (1 en raquis, 1 epidural craneal) y en 1 por traqueobronquitis por ventilación. Entre aquellos con neumonía, en 1 fue pautado por neumonía cavitada sospechándose infección por *S. aureus*. En otro con neumonía nosocomial, se consideró ante colonización de úlceras por *P. aeruginosa* no MDR. En el paciente con neumonía COVID-19 se inició por sospechar sobreinfección bacteriana nosocomial. 6 requirieron asociar antibioterapia anaerobocida, 3 por posible broncoaspiración y 3 por infección coleccionada. Evolucionaron favorablemente 7 de los 8 pacientes (87%), presentando 4 (57%) resolución del cuadro tras una media de 8'25 días de tratamiento, pudiendo finalizarse o desescalar a tratamiento oral. 1 paciente con múltiples comorbilidades presentó mala evolución y falleció. Este paciente, con epilepsia conocida, presentó crisis comiciales como posible efecto adverso. 3 pacientes presentaron mejoría clínica sin resolución del cuadro, que requirió de tratamiento antibiótico oral supresor para el absceso paravertebral y de tratamiento quirúrgico de la colección epidural y del empiema. En este último hubo de retirarse el

antibiótico por sospecha de colestasis farmacológica.

Edad (género)	Antecedentes	Diagnóstico	Riesgo multirresistencia	Aislamiento microbiológica (muestra)	Tratamiento previo	Tratamiento asociado	Días duración	Efectos adversos	Evolución
54 (H)	Discapacidad intelectual Epilepsia Desnutrición Distrofia miotónica Steinert	Neumonía nosocomial Úlceras sobreinfectadas	Infección nosocomial	<i>Pseudomonas aeruginosa wild type</i> (exudado herida)	Piperacilina-tazobactam	Clindamicina	5	Crisis comiciales	Exitus
19 (H)	TCE, lesión axonal difusa	Traqueobronquitis asociada a ventilación	Infección nosocomial Ingreso en UCI	<i>E. coli</i> (colonización aspirado traqueal)	Levofloxacino Linezolid	Clindamicina	7	No	Resolución
36 (H)	Banda gástrica	NAC necrotizante	Ninguno	Ninguno	Levofloxacino	Clindamicina	4	No	Resolución
69 (M)	LMMC Colecistectomía	Empiema postraumático	Ninguno	Ninguno	Piperacilina-tazobactam Levofloxacino	Clindamicina	10	No	Resolución
61 (H)	Cardiopatía isquémica ICC Neumonía COVID-19 Sd. Noonan	Neumonía nosocomial	Infección nosocomial	Ninguno	Ninguno	No	6	No	Resolución
49 (H)	Criptorquidia Fractura vertebral con fusión T11-L3 Anemia ferropénica por poliposas colonia	Abscesos paravertebral	Infección de material de osteosíntesis	<i>Pseudomonas aeruginosa wild type</i>	Ceftazidima + Linezolid Pipertazo	No	19	No	Mejoría clínica sin resolución
65 (M)	Neoplasia de mama en 1999 Carcinoma epidermoide pulmonar	Empiema posquirúrgico tras lobectomía	Infección nosocomial post-quirúrgica	Ninguno	Linezolid	Clindamicina	8	Colestasis disociada	Mejoría clínica sin resolución
52 (M)	Meningioma	Colección epidural	Infección posquirúrgica	<i>S. epidermidis</i> meticilín-resistente	Meropenem Linezolid	Clindamicina	7	No	Mejoría clínica

Conclusiones: En nuestra experiencia, aunque limitada, Ceftobiprole resulta un fármaco eficaz para tratar infecciones respiratorias tanto intra como extrahospitalarias con sospecha de participación de BGN o SAMR, así como con un buen perfil de seguridad. El Grupo PROA lo posiciona como una opción en infecciones respiratorias con factores de riesgo para SARM o *P. aeruginosa* no MDR. Asimismo, es una alternativa eficaz en infecciones de piel y estructuras relacionadas en las que existan factores de riesgo de SARM o *P. aeruginosa* no MDR.