



697 - OPTIMIZACIÓN ANTIBIÓTICA EN NEUTROPENIA FEBRIL: ANÁLISIS DE DESESCALADA Y SECUENCIACIÓN A VÍA ORAL

María Lourdes Orgaz Salgado, Sandra Nicás Jiménez, Sara Sevo Spahiu, Maitane Sobrino Alonso, Lorea Roteta García, Blanca Beamonte Vela, María Mateos González y Francisco Javier Teigell Muñoz

Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla (Madrid).

Resumen

Objetivos: Analizar la realización de una adecuada desescalada antibiótica y secuenciación oral en los pacientes con neutropenia febril de nuestro centro.

Métodos: Es un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico codificado de neutropenia febril entre los años 2016 y 2022 en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, tipo de neoplasia y tratamiento antineoplásico recibido. También se recogieron datos clínicos, tanto de presentación (foco clínico, datos de gravedad y valores analíticos al ingreso), como de microbiología (toma de muestras, resultados de estas y antibiograma), así como de tratamiento antimicrobiano y evolución clínica, además de cambios realizados en el tratamiento antibiótico tras la antibioterapia empírica inicial (desescalada y/o secuenciación a vía oral).

Resultados: Se analizaron 105 pacientes, de los cuales el 56% eran hombres, con edad media de 61,5 años. El 92% tenía una neoplasia en tratamiento (44% linfoma, 40% órgano sólido y 9% leucemia). El 31% asociaba alguna comorbilidad. Los focos clínicos más frecuentes fueron: respiratorio (9,5%) y ORL (9,5%), sin foco definitivo en el 66%. Se recogieron hemocultivos en el 92% de pacientes. Un 4% de los pacientes incluidos presentaron criterios de sepsis o *shock* séptico. Los antibióticos empíricos iniciales más utilizados fueron piperacilina-tazobactam (56%) y meropenem (24%). Un 8% de los pacientes recibió cobertura frente a cocos grampositivos resistentes. Se obtuvo aislamiento microbiológico en el 17% de los pacientes, siendo el más frecuente *E. coli* (22%), seguido de *P. aeruginosa* (11%) y *S. pneumoniae* (11%). Ningún bacilo gramnegativo expresaba betalactamasas de espectro extendido ni carbapenemasas. Atendiendo a la evolución clínica, la mediana de días hasta la resolución de la fiebre fue de 1, y hasta la resolución de la neutropenia fue de 2. Del total de pacientes, el 95% fueron dados de alta, y el 5% tuvieron como desenlace el *exitus*. En la mitad de los pacientes en los que hubo aislamiento bacteriano se pudo desescalar según antibiograma, realizándose en todos ellos. De los que carecieron de aislamiento, se desescaló empíricamente en el 67%. En el 73% de los pacientes se secuenció a vía oral; según antibiograma en el 7% y de forma empírica en el 66%. Hasta en un 28% de los pacientes no se realizó secuenciación a vía oral, realizando todo el ciclo antibiótico por vía intravenosa.

Discusión: En nuestra muestra cabe destacar varias características relevantes: en la mayoría de

pacientes se produjo una evolución clínica muy favorable, con una recuperación de la neutropenia y desaparición de la fiebre precoces. Además, muy pocos pacientes tenían datos iniciales de gravedad, y cuando hubo aislamiento microbiológico, la tasa de resistencias fue baja. Esto supone una población en la que la desescalada antibiótica y/o secuenciación a vía oral deberían ser generalizadas. En este contexto, hay un tercio de todos los pacientes en los que no se desescaló a un antibiótico de menor espectro, y en cerca de un cuarto de los pacientes no se secuenció a vía oral. Estos resultados, aunque no desfavorables, implican un margen de mejora en cuanto a optimización del uso de antimicrobianos en nuestro hospital. Una razón principal podría radicar en el hecho de que hasta muy recientemente, nuestro centro carecía de un programa específico de optimización de uso antibiótico (PROA) y la falta de dotación de tiempo y medios a los profesionales encargados de enfermedades infecciosas.

Conclusiones: Existe un margen de mejora en cuanto a la optimización del uso de antimicrobianos en pacientes con neutropenia febril del Hospital Universitario Infanta Cristina, lo que podría ser extensible a otro tipo de pacientes con enfermedades infecciosas. Esto puede deberse a una escasa implantación del PROA en nuestro centro hasta fechas recientes. Será útil analizar si la implantación del PROA, además de otras iniciativas de formación continuada han tenido un efecto positivo a este respecto.

Bibliografía

1. Who.int. 2020. Resistencia a los antibióticos [online] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antibi%C3%B3ticos> [acceso 21 junio 2022].
2. Hooper DC. Resistencia bacteriana a antimicrobianos. En: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J (eds.). Harrison. Principios de Medicina Interna, 20ª ed. McGraw Hill, 2018.
3. Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschmeyer G, Aapro M, *et al.* Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 2016;27:111-8.
4. Carmona-Bayonas A, Jimenez-Fonseca P, de Castro E, Mata E, Biosca M, Custodio A, *et al.* SEOM clinical practice guideline: management and prevention of febrile neutropenia in adults with solid tumors. *Clinical and Translational Oncology*. 2018;21(1):75-86.
5. Punnapuzha S, Edemobi P, Elmoheen A. Febrile Neutropenia [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541102> [acceso 21 junio 2022].