



481 - USO CLÍNICO DE CEFIDEROCOL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: SERIE DE CASOS

Daniel Arnés García¹, Clara Beatriz Palacios Morenilla¹, Laura Lucena Torres¹, Pablo Conde Baena¹, Mar Rivero Rodríguez² y Carmen Hidalgo Tenorio²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: El cefiderocol es una cefalosporina siderófora que se une a proteínas fijadoras de penicilina, inhibiendo la síntesis de peptidoglucano. Actualmente, no está comercializada en España. Su uso, como medicación extranjera, se limita al tratamiento de infecciones por bacilos gramnegativos (BGN) panresistentes, con alternativas terapéuticas limitadas. El objetivo de este trabajo era analizar, en un hospital de tercer nivel, los resultados en salud de cefiderocol.

Métodos: Fueron incluidos 7 pacientes entre diciembre 2020 y mayo 2022, que habían recibido cefiderocol, al menos 48 h, para una infección producida por BGN extremadamente resistentes sensibles a cefiderocol. Se analizaron variables clínicas (edad, motivo y unidad de ingreso, comorbilidad...) y microbiológicas (foco infeccioso, microorganismo, antibiograma, muestras positivas, uso de otros antibióticos, CMI cefiderocol...).

Resultados: La edad media fue de 63,4 años, 57% eran hombres, con una media de índice de Charlson ajustado por edad de 3,71 (\pm 2,86) y estancia hospitalaria de 36 días (P25-P75 de 28-61). Tres pacientes presentaban comorbilidad relevante: uno EPOC, otro, trasplante médula ósea e inmunodepresión farmacológica (ciclofosfamida, sirólimus, micofenolato, corticoides) y el último, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular y diabetes *mellitus* complicada. Los motivos y unidades de ingreso se especifican en la tabla, destacando dos ingresos en UCI por COVID-19. En el 85% de los casos, la adquisición de la infección fue nosocomial y el 15% restante, nosohusial. El foco infeccioso más frecuente fue respiratorio (4; 57%), dos de ellos asociados a ventilación mecánica invasiva (VMI), seguido de infección endovascular (1), urinario-óseo (1) y cutáneo (1). Los microorganismos aislados responsables fueron *Acinetobacter baumannii* OXA-23 (4), *Pseudomonas aeruginosa* (2), una multirresistente y productora carbapenemasa tipo IMP y otra extremadamente resistente sin mecanismo de resistencia comunicado, y *Achromobacter xylosoxidans* (1). Estos fueron aislados en muestras respiratorias en 4 pacientes (57%), hemocultivos en 3 (42%), exudado rectal en 3 (42%) y urocultivo en 2 (28%). En el 42% (todos ellos en UCI), la infección se relacionó con instrumentalización. Otro 42% había completado al menos una pauta antibiótica en los últimos seis meses para tratamiento del mismo foco. En el 85% de los sujetos, el cefiderocol se administró conjuntamente con otro antibiótico según antibiograma: colistina (2), trimetoprim-sulfametoxazol (2), tigeciclina (1) y piperacilina-tazobactam (1). La sensibilidad a cefiderocol se comunicó en 4 casos con puntos de corte de CMI y, en tres de ellos, con valores exactos: 1,5 mg/L (*Pseudomonas*

aeruginosa XDR), 0,25 mg/L (*Acinetobacter baumannii* OXA-23) y 0,75mg/L (*Achromobacter xylosoxidans*). La duración mediana del tratamiento con cefiderocol fue 13 días (P25-75 de 8-14). Tres pacientes (42%) fueron *exitus* intrahospitalarios relacionados con infección, tres (42%) experimentaron curación clínica y microbiológica y uno (16%) continúa en tratamiento activo. Ningún paciente desarrolló efectos adversos al cefiderocol.

| | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------|------------------|--------------|
| Edad (años) | 61 | 49 | 55 | 69 | 71 | 72 | 67 |
| Sexo | M | H | M | H | H | H | M |
| Charlson score | 3 | 0 | 0 | 4 | 8 | 7 | 4 |
| Comorbilidad | - | - | - | EPOC | - | ERC ECV DM | ID |
| Servicio | UCI | UCI | UCI | NQ | INFEC | INFEC | HEMAT |
| Motivo ingreso inicial | COVID | COVID TEPA | PERIT | IHQ | ITU PsAe | UPP | ALO-TPH (MF) |
| Días ingreso | 28 | 36 | 93 | 29 | 61 | 20 | 61 |
| Foco infeccioso | VASC | NAVM | NAVM | NN | ITU, OM | UPP | NN |
| Adquisición | N | N | N | N | N | NH | N |
| Factores asociados a adquisición | CVC | VMI | VMI | ATB | ATB | ATB | - |
| Microorganismo | AcBau OXA23 | AcBau OXA23 | AcBau OXA23 | PsAe MDR IMP | PsAe XDR | AcBau OXA23 | Achro |
| Combinación con otro ATB | TG | COL | - | COL | PIP-TAZ | COT | COT |
| Aislamiento | HC | HC BAS ER | BAS ER UC | BAS ER UC | UC | HC | ESP |
| Días de cefiderocol | 8 | 13 | 14 | 10 | 52 | 13 | 3 |
| Evolución | CUR | EXIT REL | CUR | EXIT REL | TTO | CUR | EXIT REL |

Conclusiones: Las infecciones por BGN multirresistentes son infrecuentes y suelen producirse por bacilos no fermentadores como *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*, de adquisición nosocomial o nosohusial. En nuestra serie de pacientes, el cefiderocol, administrado conjuntamente con otro antibiótico en el 85% de los sujetos, consiguió solamente una tasa de curación del 42%, lo que refleja el reto que supone el tratamiento de estas infecciones actualmente.