



939 - EPOC: ANTIBIOTERAPIA Y MICROBIOLOGÍA

María Lourdes Orgaz Salgado, María Mateos González, Lorea Roteta García, Alejandro Estrada Santiago, Cruz Pastor Valverde, Maitane Sobrino Alonso, Francisco Javier Teigell Muñoz y José Manuel Casas Rojo

Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar el diagnóstico microbiológico y tratamiento antibiótico recibido de pacientes con agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC) y compararlo con los protocolos y las guías clínicas vigentes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de los pacientes hospitalizados con AEPOC en nuestro centro durante el año 2022. Los datos fueron extraídos de la historia clínica electrónica y recogidos en un registro codificado. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata 18. Se consideraron como estándar de manejo diagnóstico-terapéutico las guías clínicas GeSEPOC y GOLD. Se ha contado con la aprobación del Comité Ético de Investigación.

Resultados: Analizamos 248 agudizaciones correspondientes a 172 pacientes. En un 94,5% de los episodios se empleó antibioterapia, siendo los más empleados: 47% quinolonas a dosis estándar, 22% cefalosporinas de 3ª generación y 16% amoxicilina-clavulánico. En el 89% de los episodios había indicación de antibioterapia, pautándose en el 96,5% de los mismos, así como en el 81,5% de los episodios sin indicación. El 61% de los casos presentaba riesgo de *Pseudomonas*. En el 62% de estos se empleó cobertura antipseudomónica empírica, así como en el 59% de los episodios sin factores de riesgo aparentes. La duración media de la antibioterapia fue de 8,3 días (mediana 7). En un 85% de los episodios la duración fue superior a 5 días y en el 17% superior a 10. Se recogió cultivo de esputo en el 45% de los episodios y PCR de virus respiratorios en el 61%. El tiempo medio hasta el resultado del cultivo fue de 4,4 días (mediana 4). No hubo asociación entre la duración del ingreso y la recogida o no de cultivo ($p = 0,96$), o el tiempo hasta el resultado del cultivo ($p = 0,29$). El 28% de los cultivos fueron positivos. Los aislamientos más frecuentes fueron *S. aureus* (7,2%), *H. influenzae* (6,3%), *P. aeruginosa* (3,6%) y *S. maltophilia* (2,7%). En el 11,4% se aislaron hongos. El 39% de los aislamientos no estaban cubiertos por el antibiótico empírico (9/26), destacando *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *H. influenzae* y *E. coli*, principalmente por sensibilidad disminuida o resistencia a quinolonas a dosis estándar. Se modificó el antibiótico empírico en el 16% de los casos, sin asociación con el tiempo hasta el resultado del cultivo ($p = 0,62$). El 8% de las PCR de virus recogidas fueron positivas (5 casos de gripe, 4 de VRS y 3 de COVID-19). Se utilizaron antivirales frente a SARS-CoV-2 en un caso y oseltamivir en 4.

Conclusiones: La AEPOC es uno de los principales motivos de ingreso en Medicina Interna, por lo que unificar pautas diagnóstico-terapéuticas es prioritario. Obtener muestras microbiológicas en todas las AEPOC y mejorar el tiempo hasta el resultado es esencial para la optimización del manejo

antibiótico de estos pacientes. Es importante valorar las indicaciones de antibioterapia en las AEPOC, guiando la misma en función del riesgo microbiológico, principalmente de *Pseudomonas*. Debemos acortar la duración de la antibioterapia a lo establecido en las guías (5-7 días) y limitar el uso de quinolonas. Revisar la actividad clínica ayuda a establecer puntos de mejora, optimizar los recursos disponibles y mejorar la seguridad del paciente.