



## 397 - TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO INTRAVENOSO DOMICILIARIO (TADE) EN INFUSOR ELASTOMÉRICO

*Yelco Chantres Legaspi, Sara Ferro Rodríguez, Eva María Romay Lema, Blanca Ayuso García, Paloma Castellano Copa, Pedro Peinó Camba, Andrea Barcia Losada y Cristina Rodríguez Díaz*

*Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Describir el tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario (TADE) en infusor elastomérico, en los pacientes de nuestro hospital, entre enero 2019 y diciembre 2022, y ver factores relacionados con la evolución y mortalidad.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que recibieron TADE en infusor elastomérico en nuestro centro. Se obtuvo información sobre antecedentes personales de interés, tipo de terapia recibida y evolución clínica de la infección. Análisis estadístico realizado con el programa SPSS 19.

**Resultados:** se revisaron 81 pacientes, (tabla 1) el 61,7% varones. La media de edad fue de 73,5 años. Los pacientes recibieron de media 12 días de TADE. Las comorbilidades más frecuentes fueron la DM2 (30,9%) y la ERC (28,4%). El principal foco de infección (tabla 2) fue el respiratorio (27,2%), seguido de bacteriemia (16%). El 65,4% de las infecciones fueron monomicrobianas, siendo la *Pseudomonas aeruginosa* el principal microorganismo implicado (39,6%). El antimicrobiano más utilizado fue la piperacilina/tazobactam (33,3%). El 85,2% de los pacientes presentó buena evolución clínica y el 24,7% falleció en los 30 días posteriores al tratamiento antibiótico. En el análisis univariante, se asociaron a peor evolución clínica: edad < 80 años (p 0,029), neoplasia en los últimos 5 años (p 0,006) y menor número de días de antibioterapia previo al inicio de la TADE (p 0,044). Se asociaron a mayor mortalidad: diagnóstico de insuficiencia cardíaca (chi-cuadrado 5,7; p 0,016) y la procedencia de servicios médicos (chi-cuadrado 3,9; p 0,047). En el análisis multivariante, solo la presencia de neoplasia se asoció a evolución desfavorable: HR 5,35; IC (1,45-19,7), p 0,012. En cuanto a la mortalidad, se asoció a mayor mortalidad el diagnóstico de insuficiencia cardíaca: HR 3,8; IC (1,2-12,5), p 0,027.

**Discusión:** en nuestro estudio, se observó que múltiples tipos de infección son subsidiarios de este tipo de terapia, siendo el principal el respiratorio, en concordancia con otros estudios. En cuanto a microbiología, el principal microorganismo aislado fue *Pseudomonas aeruginosa*, y el principal antibiótico utilizado piperacilina/tazobactam, esto resulta lógico, ya que tenemos escasas alternativas de tratamiento por vía oral, además de las crecientes resistencias a quinolonas. Una característica fundamental en nuestra muestra, es que se trata de una población envejecida, con un 45% de pacientes mayores de 80 años y una elevada carga de comorbilidades. A pesar de ello, un

alto porcentaje de pacientes presentó buena evolución clínica. Otro aspecto importante es el apartado económico. Nuestros pacientes recibieron una media de 12 días de antibioterapia domiciliaria, lo que representa más de 900 días de hospitalización convencional evitados. Está descrito en la literatura el coste de un día de hospitalización convencional (528 &euro;), frente al coste de un día de hospitalización a domicilio (80 &euro;), con un ahorro mayor al 80% gracias a este tipo de programas.

Características de los pacientes		Evolución clínica			
		Total (nº,%)	Favorable	Desfavorable	p
	Media (años) ± DT	73,5 ± 17,5	74 ± 17,8	68 ± 15,2	0,324 0,478
Edad	> 65	61 (75,1)	53	8	0,029
	&ge; 80 años	37 (45,7)	35	2	
Sexo	Varón	50 (61,7)	42	8	0,76
	Mujer	31 (38,3)	27	4	
Índice de Charlson	Media	6,1 ± 3,2	5,9	7	0,062 1
	&ge; 3	72 (88,9)	61	11	
Diabetes mellitus		25 (30,9)	23	2	0,325
Enfermedad renal crónica		23 (28,4)	20	3	1
EPOC		20 (24,7)	19	1	0,276
Insuficiencia cardiaca		17 (21)	12	5	0,116
Enfermedad cerebrovascular		9 (11,1)	7	2	0,615
Cardiopatía isquémica		9 (11,1)	8	1	1
Historia de neoplasia		21 (25,9)	14	7	0,011
Deterioro cognitivo		16 (19,8)	14	2	1
Tipo de infección					
Nosocomial		25 (30,9)	19	6	0,174
Adquirida en la comunidad		56 (69,1)	50	6	
Servicio de procedencia					
Médico		59 (72,8)	51	8	0,726
Quirúrgico		22 (27,2)	18	4	
Tipo de acceso venoso					
Central		13 (16)	12	1	0,679
Periférico		68 (84)	57	11	
Características de la TADE					
Autoadministración		4 (5)	4	0	1
Días de AB previo a TADE (media, DT)		8,4 ± 8,2	9,2 (8,4)	4 (4,3)	0,044
Días de tratamiento con TADE (media, DT)		11,9 ± 8,5	11,8 (7,2)	12,8 (14,1)	0,727

Aislamiento microbiológico	Nº casos
Polimicrobianas	12
No aislamiento	16
Monomicrobianas	53
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
	4
Enterobacterias	<i>Escherichia coli</i>
	2
	<i>Morganella morganii</i>
	2
	<i>Enterobacter aerogenes</i>
	1
Pseudomonas aeruginosa	24
<i>Staphylococcus aureus</i> sensible a meticilina	11
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina	1
<i>Enterococcus faecalis</i>	4
Staphylococcus coagulasa negativos	2
Otros	3
Antibiótico administrado	Nº casos (%)
Ampicilina	6 (7,4%)
Piperacilina/tazobactam	27 (33,3%)
Cefazolina	13 (16%)
Ceftazidima	20 (24,7%)
Cefepima	3 (3,7%)
Ceftazidima/avibactam	3 (3,7%)
Ceftarolina	1 (1,2%)
Meropenem	8 (10%)
Localización de la infección	Nº casos (%)
Respiratoria	22 (27,2%)
Bacteriemia	13 (16%)
Piel y partes blandas	10 (12,3%)
Urinaria	9 (11,1%)
Endocarditis	8 (9,9%)
Osteoarticular	6 (7,4%)
Intraabdominal	3 (3,7%)
Sistema nervioso central	1 (1,2%)
Otras	9 (11,1%)

**Conclusiones:** La modalidad de TADE en infusor elastomérico ha supuesto un gran avance en el manejo terapéutico antimicrobiano, además, supone una disminución del gasto sanitario de más del 80%. En este estudio se ha observado la utilidad de esta modalidad en los pacientes de nuestro centro, un grupo de población envejecida.