



2050 - CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE LOS ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN LOS AÑOS 2021 Y 2022

Luis Alberto Nieto Fernández del Campo, Ivan Navas Clemente, Jose Antonio Rueda Camino, Francisco Javier Gimena Rodríguez, María Alejandra Domínguez Sepúlveda, Jose Ángel Novalbos Partida, Paula Bermejo Acevedo y Raquel Barba Martín

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal es reflejar el grado de cumplimiento global de los médicos en un hospital de segundo nivel sobre las recomendaciones del equipo del programa de optimización de uso de los antibióticos (PROA). Los objetivos secundarios son reflejar dicho grado de cumplimiento según el servicio de ingreso del paciente, la distribución de los tratamientos empleados antes y después de la recomendación y explorar las diferencias en la estancia hospitalaria de acuerdo a dichas recomendaciones.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo mediante revisión sistemática de los formularios PROA, previa descarga pseudoanonimizada, de los pacientes ingresados en nuestro hospital entre enero 2021 y diciembre 2022 con los siguientes grupos farmacológicos iniciados: β -lactámicos de amplio espectro, piperacilina/tazobactam, carbapenémicos, vancomicina, linezolid, daptomicina, antifúngicos y quinolonas intravenosas. Los criterios de inclusión fueron pacientes comprendidos en el periodo y bajo los grupos farmacológicos descritos. El criterio de exclusión fue el de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Resultados: De los 383 formularios PROA analizados, había 59% hombres y 49% mujeres con una edad media de 74 años. El grado de cumplimiento global fue del 91% con un porcentaje en la mayoría de servicios del 100%, destacando Traumatología y Neumología como las de menor aceptación con un 66,67% y 68,65% respectivamente. Los antimicrobianos más utilizados previa valoración por el PROA fueron piperacilina-tazobactam con 30 prescripciones, meropenem (72), otros fármacos en monoterapia/combinación (33), ciprofloxacino (30) y levofloxacino (23). Los grupos farmacológicos inicialmente más usados (figura nº1) fueron penicilinas/inhibidores de betalactamasas con 109 prescripciones, carbapenémicos (97) y quinolonas (58). Tras las recomendaciones, los antimicrobianos más usados fueron varios fármacos en monoterapia/combinación con 52 prescripciones, la suspensión de 47 fármacos, ceftriaxona con clindamicina (33), ceftriaxona con metronidazol (33) y amoxicilina-clavulánico (30). Los grupos farmacológicos más usados tras la intervención (figura nº2) fueron las quinolonas (62). El tiempo de estancia hospitalaria fue de 9 días (mediana) en los casos que siguieron las recomendaciones del PROA frente a 7 días en los que no.

GRUPOS FARMACOLÓGICOS PREVIO A PROA

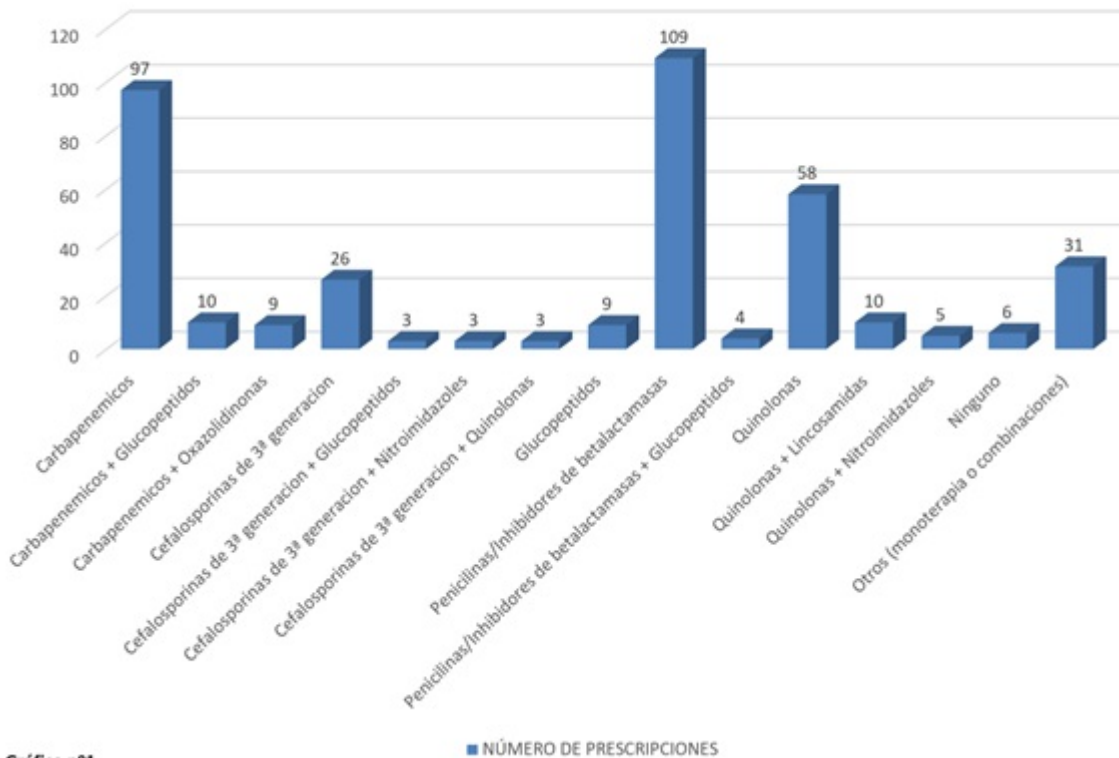


Gráfico n°1

GRUPOS FARMACOLÓGICOS POSTERIORES A PROA

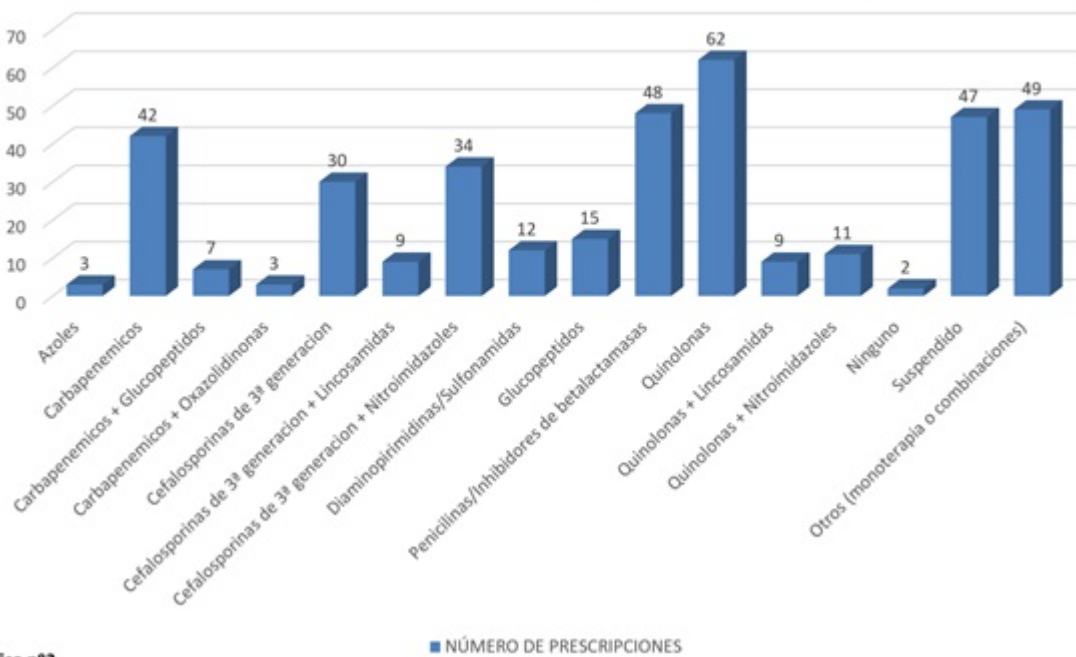


Gráfico n°2

Discusión: El alto porcentaje de aceptación en las recomendaciones, superando el 70% en la mayoría de especialidades, contrasta con el mayor tiempo de estancia hospitalaria. Las posibles explicaciones pueden ser la mayor complejidad infecciosa de estos, en los que el PROA tuvo mayor aceptación por su relevancia terapéutica, y el escaso número de pacientes en los que no se siguieron las recomendaciones con respecto a los que sí. Relevante tras la intervención el menor uso de penicilinas/inhibidores de betalactamasas, carbapenémicos y quinolonas con mayor heterogeneidad de fármacos, lo que puede traducir un uso incorrecto de los antimicrobianos. La suspensión de 47 antimicrobianos tras dicha intervención puede inferir una sobreestimación de la etiología infecciosa.

Conclusiones: La intervención del PROA en nuestro centro supuso una notable reducción del uso de penicilinas/inhibidores de betalactamasas, carbapenémicos y quinolonas así como una suspensión importante del tratamiento antimicrobiano. Sin embargo, el tiempo de estancia hospitalaria fue mayor en aquellos casos que siguieron las recomendaciones, lo que obliga a realizar más estudios para esclarecer los motivos de la misma.

Bibliografía

1. World Health Organization. World Health Assembly (fifty-first). Emerging and other communicable diseases: antimicrobial resistance. WHA51,17, 1998, agenda item 21.3.
2. World Health Organization. Anti-Infective Drug Resistance Surveillance and Containment Team. WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. World Health Organization. 2001.
3. World Health Organization. Antimicrobial Resistance Division, National Action Plans and Monitoring and Evaluation. Global action plan on antimicrobial resistance. 2016.
4. Martínez J, García L, Torijano MJ, *et al.* Protocolo de Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en los centros hospitalarios. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Madrid, 2019.
5. World Health Organization. Antimicrobial Resistance Division, Global Coordination and Partnership, Health Product Policy and Standards, Surveillance, Prevention and Control. Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low-and middle-income countries: a WHO practical toolkit. 2020.
6. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. January 19, 2022.