



1666 - ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LOS ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ANTIBIÓTICOS Y SU IMPACTO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CELULITIS INFECCIOSA

María Victoria Romero Rodríguez¹, María del Mar Orozco Casado¹, Manuel Jesus Raya Cruz¹ y Jesús Cobo Molinos²

¹Medicina Interna, Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España. ²Ensayos Clínicos, Hospital Universitario de Jaén, Jaén, España.

Resumen

Objetivos: El uso adecuado de los antibióticos y el ajuste de la terapia en función de la evolución clínica o de los hallazgos microbiológicos es esencial para mejorar los resultados en los pacientes y limitar la aparición de resistencias. El objetivo fue analizar el uso de antibioterapia, el ajuste de tratamiento durante la hospitalización y al alta.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo en pacientes hospitalizados con diagnóstico de celulitis infecciosa en un hospital de tercer nivel desde enero de 2018 hasta enero 2023, donde se describen variables epidemiológicas, clínicas, pautas de tratamiento antibiótico, estudio microbiológico y evolución.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes (72 (48,6%) mujeres y 76 (51,3%) hombres). La media de estancia hospitalaria fue de $14,7 \pm 21$ días, con una media de $7,3 \pm 4,1$ días de tratamiento antibiótico de los cuales en 63 (42,6%) la duración fue > 7 días. Durante la hospitalización, 62 pacientes (42%) cambiaron de tratamiento, 23 por mala evolución clínica (37%), 17 según resultados microbiológicos (28%), 12 por terapia secuencial (20%) y 9 modificaron la pauta previo al alta (15%). Se inició tratamiento en monoterapia en 63 pacientes (42,6%), biterapia 43 (29%) y triple 42 (28,4%). Las combinaciones más repetidas fueron levofloxacino + linezolid (6%) y linezolid + betalactámico (5%). La antibioterapia empírica hospitalaria más utilizada fue amoxicilina-clavulánico 64 (27,6%), ceftriaxona 25 (10,8%) y cloxacilina 21 (9%). En 26 (17%) pacientes se realizó diagnóstico microbiológico, 50 (34%) se realizaron hemocultivos, siendo rentables 25 (16,9%), el microorganismo más frecuente fue *S. aureus* 11 (44%), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* con 4 casos (16%). Los pacientes en los que se obtuvieron resultados microbiológicos positivos se realizó cambio de tratamiento en 18 (72%), el resto 8 (28%) tenía cobertura adecuada. Tener el diagnóstico microbiológico no conllevó una reducción de los días de tratamiento IV ($8,7 \pm 3,6$ vs. $7,1 \pm 4,1$) ($p = 0,43$) ni días de tratamiento al alta ($10,6 \pm 4,2$ vs. $12,7 \pm 5,6$) ($p = 0,78$). Comparando los pacientes con > 7 días de antibioterapia intravenosa, 67 (45%) frente los que recibieron ≤ 7 días, 81 pacientes (55%), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el sexo ($p = 0,03$), diabéticos ($p = 0,003$), complicaciones ($p = 0,001$), aislamiento de *S. aureus* ($p = 0,01$), antibiótico al alta ($p = 0,003$), pero sin diferencias en cuanto a la evolución. Fueron dados de alta con antibioterapia 106 (68,2%), 79 (74,5%) tuvieron un cambio de antibiótico y 27 (25,5%) continuaron con el mismo antibiótico vía oral. Los antibióticos más prescritos fueron amoxicilina-clavulánico (33,3%), levofloxacino (16,6%) y linezolid (13,5%). La duración media de días de la pauta oral fue de $11,7 \pm 5$ días.

Conclusiones: En nuestro estudio casi la mitad de los pacientes requirieron ajuste de la pauta antibiótica durante la hospitalización por razones médicas en su mayoría. El estudio microbiológico fue escaso y cuando se realizó, ayudó a guiar el tratamiento. La duración fue excesiva según lo que recomiendan las guías de tratamiento, sin que una menor duración conllevara más complicaciones o mortalidad. La terapia secuencial a la vía oral o el ajuste de espectro se realizó al alta.