



I-239 - TADE CON ERTAPENEM EN HAD DEL HOSPITAL ROYO VILLANOVA ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR?

R. Martínez Murgui, A. Crestelo Vieitez, D. Fuertes Ruiz, R. Caballero Asensio, L. Royo Trallero, M. Sevil Puras, M. Matía Sanz y S. Rubio Félix

Medicina Interna. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Revisar y actualizar los datos en el tratamiento con ertapenem en HAD: origen de los pacientes que precisaron tratamiento con ertapenem; tratamiento antibiótico previo; diagnóstico y foco; desescalado antibiótico; microbiología; duración del tratamiento; evolución y reingreso a planta por complicaciones.

Material y métodos: Se revisaron los datos de 320 pacientes tratados con TADE en HAD durante el último año (correspondientes al 75% de pacientes ingresados en la unidad), de los cuales 56 (17,5%) recibieron tratamiento con ertapenem. De ellos se recogieron datos de origen, tratamiento antibiótico previo, diagnóstico clínico, muestras microbiológicas, días de tratamiento, desescalado a otros antibióticos y evolución clínica. Los datos obtenidos se trataron con SPSS.

Resultados: La mediana de edad fue de 82 años (IQR 21,25 años), con un 60% de mujeres (34/56). Por procedencia, el 51,8% de los pacientes (29/56) ingresaron desde el servicio de Urgencias. El 50% (28/56) de los casos presentaron una infección de foco urológico. El 34% (19/56) presentó infección por bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). El 12% de los casos (7/56) presentaron hemocultivos positivos, un 85% de ellos (6/7) con crecimiento de BLEE. Un 46% (24/56) de los pacientes llevaron antibiótico previo, siendo amoxicilina-clavulánico intravenoso solo o en combinación el más utilizado, con un 49% (11/24) del total. Se desescaló tratamiento antibiótico en el 37% de los casos (21/56), siendo el más usado la amoxicilina-clavulánico vía oral (23,8%). La duración del tratamiento tuvo una mediana de 7 días (IQR 3 días) siendo en infecciones por BLEE de 10 días (IQR 7 días). Un 11% (6/56) de los pacientes precisaron reingreso en planta convencional por complicaciones durante el episodio.

Discusión: La mayoría de los pacientes provinieron del servicio de Urgencias donde se inició el tratamiento con ertapenem de forma empírica en base a la historia de antibioterapia previa o historial de cultivos previos. A pesar de ello la mayor parte de pacientes con crecimiento de BLEE en los cultivos procedía de Medicina Interna. Solo la tercera parte de los pacientes tratados con ertapenem presentaron infección por bacterias productoras de BLEE, llegando al 55% en caso de foco urológico y en el 85% que presentaron bacteriemia. El 23% de los pacientes presentó foco abdominal, 1 por absceso hepático y el resto por diverticulitis aguda no complicada a pesar de lo cual se trataron con ertapenem en monoterapia. El 23% de los pacientes presentó foco respiratorio.

De ellos en una tercera parte no se pudo recoger esputo (broncoaspiración), optándose por tratamiento con ertapenem por situación clínica, evolución tórpida o tratamiento antibiótico previo. La duración del tratamiento fue significativamente más prolongada en los casos que presentaron BLEE ($p = 0,017$), superando la semana de tratamiento. Solo se desescaló tratamiento en el 37% de los pacientes siendo el antibiótico más usado la fosfomicina, aunque en general, el desescalado a vía oral se mantuvo antibioterapia de amplio espectro (cefalosporinas de 3ª generación, quinolonas y amoxiclavulánico). Los episodios de reingreso no estuvieron directamente relacionados con el tratamiento (insuficiencia cardíaca, ictus, neoplasia...).

Conclusiones: Hay un elevado uso de ertapenem como tratamiento empírico. En los casos de diverticulitis e infecciones respiratorias, donde existen alternativas de tratamiento más indicadas, posiblemente se haga un uso excesivo por la comodidad de administración en HAD. Así mismo se debería proceder al desescalado en mayor número de ocasiones y a antibióticos más selectivos de los utilizados. Deberíamos ajustar mejor la duración de los tratamientos en los casos de infección por bacterias productoras de BLEE.