



I-100. - ¿CUÁNDO UTILIZAR ERTAPENEM EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)?

P. Vázquez¹, L. Ramos¹, J. Bravo-Ferrer¹, J. Gutiérrez², L. Castelo¹, T. Seoane³, D. Sousa¹, P. Llinares¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria, ³Servicio de Epidemiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña.

Resumen

Objetivos: Evaluar la respuesta clínica de ertapenem en la NAC que precisa ingreso y compararla con otros tratamientos antimicrobianos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de casos y controles. Se incluyeron todos los episodios de NAC en pacientes ≥ 18 años, tratados con ertapenem al menos durante 72 horas, entre 2005-2013. Para cada caso tratado con ertapenem, se identificaron dos controles: episodios ingresados en las mismas fechas, con idéntico PSI Score, tratados con otros antimicrobianos. Se evaluó la indicación del ertapenem, el tiempo hasta la estabilización clínica, la necesidad de modificar el tratamiento empírico por fracaso de antibioterapia previa (rescate) y la mortalidad. El análisis se realizó con el programa SPSS v.21.

Resultados: Del total de 5.576 pacientes ingresados con NAC, se incluyeron en el estudio 56 (1%) casos tratados con ertapenem y 112 controles. En el grupo de ertapenem, los pacientes presentaron un mayor grado de encamamiento, alcoholismo, institucionalización y antibioterapia previa y se objetivó una mayor proporción de episodios que se presentaron con absceso pulmonar /neumonía necrotizante, afección multilobar y/o derrame paraneumónico/empiema ($p < 0,05$). Ertapenem se prescribió en monoterapia en el 91%: como tratamiento empírico desde el inicio en 25 (45%) pacientes, en 2ª línea de tratamiento en 24 (42%) y en 3ª línea en 7 (13%). En el grupo control, los tratamientos empíricos más frecuentes fueron: levofloxacino (31%), ceftriaxona + azitromicina (29%) y amox/clav. (22%). Globalmente, no se encontraron diferencias entre ambos grupos, en cuanto al tiempo medio de defervescencia (3 ± 3 días) ni de estabilización clínica (5 ± 6 días) ni en la mortalidad global (10%). En el subgrupo de pacientes tratados empíricamente con ertapenem desde el inicio (25), no se modificó el tratamiento por empeoramiento clínico en ninguno y no se murió ningún paciente; mientras que en sus controles (50) se realizó rescate por empeoramiento clínico en 4 (8%) y la mortalidad fue también del 8%. La necesidad de rescate por fracaso de la terapia previa, se relacionó en el análisis multivariado con la presencia de demencia, enfermedad cerebrovascular y la neumonía con afección multilobar ($p < 0,05$). La mortalidad fue del 28% en los episodios que se realizó rescate, frente al 7% en los episodios en los que no fue necesario modificar el tratamiento empírico ($p < 0,05$).

Discusión: Los pacientes que fueron tratados con ertapenem presentaban un mayor deterioro funcional basal y una mayor frecuencia de neumonía complicada; a pesar de lo cual, no se detectó

ningún éxito en el subgrupo que recibió ertapenem empíricamente desde el inicio. La necesidad de modificar la antibioterapia por empeoramiento clínico se relacionó con un aumento de mortalidad, resaltando la importancia de establecer un tratamiento empírico adecuado.

Conclusiones: En la NAC complicada (afección multilobar) o en pacientes con un estado funcional limitado (demencia, enfermedad cerebrovascular), debería considerarse ertapenem como una opción adecuada en primera línea de tratamiento.