



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## I-179. - EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS DE FORMA EMPÍRICA DURANTE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA BACTERIEMIAS PRODUCIDAS POR BACILOS GRAMNEGATIVOS

S. López Cárdenas<sup>1</sup>, Ó. Zoleto Camacho<sup>1</sup>, J. Barcala Salido<sup>1</sup>, Á. Zapata López<sup>2</sup>, L. Rodríguez Félix<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el uso de los diferentes antimicrobianos en procesos infecciosos bacteriémicos producidos por bacilos gramnegativos (BGN) y la adecuación del mismo mediante un programa de intervención.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de intervención realizado durante un periodo de un año natural (2013) en el que se han analizado todas las bacteriemiias producidas por BGN.

**Resultados:** Se han analizado un total de 60 bacteriemiias producidas por BGN. En 6 de ellas el aislamiento fue polimicrobiano. El aislamiento más frecuente fue de *Escherichia coli* (32 casos, 53,3%), seguido de 10 casos de *Klebsella* spp. (16,6%), 6 *Pseudomonas aeruginosa* (10%), 4 *Proteus mirabilis* (6,7%), 3 *Citrobacter koseri* (5%), 3 *Enterobacter* spp. (5%) y 1 *Serratia* spp. El 15% correspondía a gérmenes multiresistentes: 6 *Escherichia coli* (BLEE), 1 *Pseudomonas aeruginosa*, 1 *Serratia liquefaciens* y 1 *Enterobacter cloacae*. En cuanto a las resistencias, hasta el 65% (39) eran resistentes a ampicilina; 25% (15) a amoxicilina/clavulánico; 6,7% (4) a piperacilina/tazobactam; 11,7% (5) a cefalosporinas de 3ª generación; 10% (6) a ceftazidima; 11,7% (7) a cefepime; 30% (18) a fluoroquinolonas; 8,3% (5) a aminoglucósidos y 1 resistencia intermedia a carbapenémicos (en una *Pseudomonas aeruginosa*). En las primeras 48 horas los pacientes presentaban sepsis 40% (24), sepsis severa 40% (24) y shock séptico 20% (12). El 11,7% recibió un tratamiento inapropiado/inadecuado en las primeras horas, habiendo un 100% de tratamiento dirigido apropiado/adecuado. De forma empírica recibieron en un 43,4% (26) con algún carbapenem; 28,3% (17) alguna cefalosporina; 16,7% (10) alguna penicilina; 8,4% (5) fluoroquinolona; 1,7% (1) aztreonam; y 1 no recibió tratamiento empírico previo al aislamiento. En cuanto a tratamiento dirigido los grupos más utilizados fueron las cefalosporinas con un 58,4% (35), seguidas de carbapenems en un 28,3% (18). Hasta en el 25% fue necesario la realización de algún tipo de intervención. Se realizó asesoría para ajuste del tratamiento en el 83,3% (50), realizándose cambios en el tratamiento prescrito por su médico responsable en el 43,3%, siendo este de menor espectro en el 40% del total. La adecuación del tratamiento a nuestra guía de antibioterapia empírica de establece en un 60%. La evolución fue hacia el fallecimiento del paciente en 10 casos, de los cuales 9 (15%) la muerte estaba en relación a la bacteriemia.

**Discusión:** La antibioterapia empírica precoz y correcta es el principal factor protector para una adecuada evolución de las infecciones graves. Los BGN son bacterias implicadas cada vez con mayor frecuencia en infecciones graves y en las que en los últimos años se está viendo un aumento de las resistencias. La importancia de iniciar un tratamiento antibiótico empírico adecuado es primordial para una evolución

adecuada, es por ello la importancia de conocer las resistencias locales y así realizar guías locales adecuadas a estas resistencias.

*Conclusiones:* La adecuación antibiótica de tratamiento empírico en función de las resistencias obtenidas es adecuado, pero destaca el uso de antimicrobianos de espectro excesivamente amplio en muchas de ellas. El 43,3% de los tratamientos fue modificado hacia un espectro menor. En la literatura se establece un umbral menor de adecuación en función de los cultivos y la adecuación a nuestra guía es solo del 60%, por lo que podemos decir que el tratamiento empírico es de mayor espectro al ideal. A pesar de los datos hay que analizar con un mayor número de casos la antibioterapia en diferente rango de gravedad, para establecer mejor el nivel de adecuación.