



<https://www.revclinesp.es>

I-114 - COMPARACIÓN DE ESTUDIO SOBRE ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO EMPÍRICO ANTIMICROBIANO 2016/2017 TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES

M. Correa Matos, A. Gómez Hurtado, L. López Lara, L. Gámez Salazar, Á. Agea García, A. González Nieto, J. Luengo Álvarez y A. Calderón Pecellín

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Cáceres. Cáceres.

Resumen

Objetivos: Comparación de los resultados obtenidos durante 2016 y 2017 sobre la calidad de la prescripción del tratamiento antimicrobiano empírico intrahospitalario tras la implantación de un Programa de Optimización de Antibióticos (PROA).

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo sobre la prescripción de antimicrobianos empíricos tras la implantación de un PROA mediante el análisis de la tasa de prescripciones inadecuadas o adecuadas. Se definió como tratamiento adecuado aquel que además de ser apropiado (activo frente al patógeno causante de la infección), es correcto en dosificación, duración y vía de administración, debiendo ajustarse a las recomendaciones de tratamiento vigentes. Se incluyeron las prescripciones empíricas antimicrobianas en pacientes ingresados en unidades de hospitalización, médicas y quirúrgicas, con sistema de distribución de dosis unitaria durante los estudios de adecuación realizados en los años 2016 y 2017.

Resultados: En el año 2017 fueron evaluadas un total de 113 prescripciones empíricas de 194 pacientes totales que recibían tratamiento antibiótico, por los 137 tratamientos empíricos evaluados en 2016. En 2017 se produjo una ligera mejoría en el porcentaje de tratamientos empíricos adecuados (55,75% frente al 48,18 en 2016). Con respecto a los motivos de inadecuación, el 12,38% lo fueron por considerarse innecesaria la administración de antibiótico (descenso del 17,12%), el 7,96% por elección de un fármaco no activo (disminución del 17,54%), el 12,38% por no ser el fármaco recomendado a pesar de ser activo; y el 8,84% y 2,65% por ser respectivamente la duración del tratamiento o la vía de administración erróneas. En cuanto a la gravedad de la situación clínica del paciente, dentro de los que recibieron tratamiento empírico adecuado, no existen diferencias significativas con respecto a los resultados del año previo, ya que el 85,36% se encontraban estables mientras que el 11,2% cumplía criterios de sepsis y el 3,44% restante de shock séptico. Del total de los 113 registros, y teniendo en cuenta la escala pronóstica de McCabe Jackson el 12,38% de los pacientes presentaba pronóstico rápidamente fatal y un 33,62% últimamente fatal, siendo el resto (53,98%) de pronóstico no fatal. Con respecto al área evaluada, no se han obtenido diferencias significativas con respecto al año anterior, ya que en 2017 las especialidades médicas suponen un 69,02% de todos los tratamientos empíricos mientras que las especialidades quirúrgicas un 23,89%, y las unidades de pacientes críticos un 7,07%. En cuanto al antimicrobiano más empleado de manera empírica, amoxicilina clavulánico corresponde al 26,54% de todas las prescripciones empíricas, encontrándose ceftriaxona con un 15,92% y meropenem con un 15,04%. Se ha observado diferencias con respecto al año previo, ya que el antimicrobiano

más utilizado en 2016 fue el levofloxacino (21,89%) seguido de amoxicilina clavulánico (18,24%) y en tercer lugar de meropenem con un porcentaje mayor que en 2017 (16,05%).

Discusión: El uso de antimicrobianos de forma empírica en nuestro complejo hospitalario a pesar de la mejoría desde la introducción del PROA resulta inadecuado en casi el 45%, siendo su mal uso principalmente derivado de la prescripción de antibióticos en ausencia de infección, tratamiento empírico no indicado y tratamiento antimicrobiano activo no recomendado. En cuanto a los antimicrobianos utilizados en prescripciones empíricas, meropenem es el tercero más empleado, no recomendado en la mayoría de las situaciones.

Conclusiones: A pesar de la mejoría en los resultados tras la implantación de un PROA en nuestro complejo hospitalario, todavía queda mucho trabajo por hacer y bastante margen de mejora.