



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1245 - EXPERIENCIA CLÍNICA CON CEFTOBIPROLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A.I. de Gracia León, C. Bea Serrano, S. Vela Bernal, E. Fuertes del Olmo, A. de Castro Oliver, C. Pinto Pla, A. Ferrer Ribera y M.R. Oltra Sempere

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Resumen

Objetivos: Ceftobiprole es una cefalosporina de quinta generación con actividad frente a cocos gram-positivo, incluyendo SARM, así como bacterias gram-negativo incluyendo *Pseudomonas aeruginosa* no MDR. Está aprobado su uso en neumonía extrahospitalaria e intrahospitalaria no asociada a ventilación y pendiente para infecciones de piel y estructuras relacionadas. El objetivo de este trabajo es recoger la experiencia de uso en vida real en un hospital terciario, tras incluirse en la farmacopea hospitalaria en septiembre 2020, para valorar su eficacia, seguridad y facilitar su posicionamiento por el grupo PROA de nuestro hospital.

Métodos: En nuestra serie de casos incluimos 8 pacientes que recibieron tratamiento con ceftobiprole entre septiembre de 2020 y junio de 2021 (10 meses). Revisamos sus historias clínicas para analizar datos epidemiológicos, factores de riesgo, diagnóstico, tratamientos previos y concomitantes y evolución (tabla).

Resultados: En todos los casos se inició ceftobiprole de forma empírica, excepto en aquel con abscesos vertebrales donde había aislamientos previos de *P. aeruginosa* wild type. En el resto, pese a obtenerse muestras respiratorias, hemocultivos, y otras como líquido pleural en el empiema y lavado broncoalveolar en la neumonía cavitada, no se aislaron microorganismos, exceptuando *E. coli* multisensible en la traqueobronquitis. 5 pacientes tenían como factor de riesgo de multirresistencia su origen nosocomial. De los 6 pacientes, en 3 se pautó por neumonía (2 nosocomiales, 1 comunitaria), en 2 por empiema (1 postraumático extrahospitalario, 1 posquirúrgico), en 3 por infección posquirúrgica (1 en raquis, 1 epidural craneal) y en 1 por traqueobronquitis por ventilación. Entre aquellos con neumonía, en 1 fue pautado por neumonía cavitada sospechándose infección por *S. aureus*. En otro con neumonía nosocomial, se consideró ante colonización de úlceras por *P. aeruginosa* no MDR. En el paciente con neumonía COVID-19 se inició por sospechar sobreinfección bacteriana nosocomial. 6 requirieron asociar antibioterapia anaeróbica, 3 por posible broncoaspiración y 3 por infección coleccionada. Evolucionaron favorablemente 7 de los 8 pacientes (87%), presentando 4 (57%) resolución del cuadro tras una media de 8'25 días de tratamiento, pudiendo finalizarse o desescalar a tratamiento oral. 1 paciente con múltiples comorbilidades presentó mala evolución y falleció. Este paciente, con epilepsia conocida, presentó crisis comiciales como posible efecto adverso. 3 pacientes presentaron mejoría clínica sin resolución del cuadro, que requirió de tratamiento antibiótico oral supresor para el absceso paravertebral y de tratamiento quirúrgico de la colección epidural y del empiema. En este último hubo de retirarse el antibiótico por sospecha de colestasis farmacológica.

Edad (género)	Antecedentes	Diagnóstico	Riesgo multirresistencia	Aislamiento microbiológica (muestra)	Tratamiento previo	Tratamiento asociado	Días duración
	Discapacidad intelectual	Neumonía nosocomial		<i>Pseudomonas aeruginosa wild type</i>			
54 (H)	Epilepsia	Úlceras sobreinfectadas	Infección nosocomial	(exudado herida)	Piperacilina- tazobactam	Clindamicina 5	
	Desnutrición						
19 (H)	Distrofia miotónica Steinert	Traqueobronquitis asociada a ventilación	Infección nosocomial Ingreso en UCI	<i>E. coli</i> (colonización aspirado traqueal)	Levofloxacino Linezolid	Clindamicina 7	
36 (H)	Banda gástrica	NAC necrotizante	Ninguno	Ninguno	Levofloxacino	Clindamicina 4	
69 (M)	LMMC	Empiema postraumático	Ninguno	Ninguno	Piperacilina- tazobactam	Clindamicina 10	
	Colecistectomía				Levofloxacino		
	SAHS						
61 (H)	Cardiopatía isquémica	Neumonía nosocomial	Infección nosocomial	Ninguno	Ninguno	No	6
	ICC						
	Neumonía COVID-19						

49 (H)	Criptorquidia Fractura vertebral con fusión T11-L3 Anemia ferropénica por poliposas colonia	Abscesos paravertebral	Infección de material de osteosíntesis	<i>Pseudomonas aeruginosa wild type</i>	Ceftazidima + Linezolid	No	19
					Pipertazo		
65 (M)	Neoplasia de mama en 1999 Carcinoma epidermoide pulmonar	Empiema posquirúrgico tras lobectomía	Infección nosocomial post-quirúrgica	Ninguno	Linezolid	Clindamicina	8
52 (M)	Meningioma	Colección epidural	Infección posquirúrgica	<i>S. epidermidis</i> meticilín-resistente	Meropenem Linezolid	Clindamicina	7

Conclusiones: En nuestra experiencia, aunque limitada, Ceftobiprole resulta un fármaco eficaz para tratar infecciones respiratorias tanto intra como extrahospitalarias con sospecha de participación de BGN o SAMR, así como con un buen perfil de seguridad. El Grupo PROA lo posiciona como una opción en infecciones respiratorias con factores de riesgo para SARM o *P. aeruginosa* no MDR. Asimismo, es una alternativa eficaz en infecciones de piel y estructuras relacionadas en las que existan factores de riesgo de SARM o *P. aeruginosa* no MDR.