



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1764 - ¿CAMBIA EL MANEJO CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE BACTERIEMIA PROA?

Nuria Prado Alonso, Sofía García Ledo, María Antonia Dix Montoya, Raquel Pascua Fernández, Alejandro Gallego Zamora, Long Chen Sun, Julia Battaglia Menéndez y Carlos Tarrazo Tarrazo

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

Resumen

Objetivos: Comparar las características y evolución de los pacientes con bacteriemia por bacilos Gram negativos (BGN) antes y después de la implementación de los Programas de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que compara las diferencias en el abordaje de los pacientes con bacteriemia por BGN ingresados en servicios médicos en nuestro centro durante los 3 meses previos y los 3 posteriores a la implementación del programa de bacteriemias del PROA. Se recogieron variables demográficas, las características de la bacteriemia, realización de pruebas complementarias, y si un resultado alterado en estas cambió la actitud terapéutica y el tratamiento. Se excluyeron pacientes inmunodeprimidos. Se recogió la mortalidad intrahospitalaria y a las 6 semanas.

Resultados: Se analizaron un total de 91 pacientes, con una edad media de 79,71 años. El 52,74% eran mujeres. Se registraron 42 bacteriemias por BGN durante los 3 meses previos a la implementación del PROA (pre-PROA) y 49 durante los 3 meses posteriores (pos-PROA). En cuanto al germen causal, el microorganismo más frecuente aislado en los hemocultivos fue *Escherichia coli*. En cuanto a la forma de adquisición de la bacteriemia fue mayoritariamente comunitaria en ambos grupos (78,57% y 85,72%). El foco más frecuente fue urinario en ambos grupos (52,38% y 48,98%), seguido de biliar. El foco fue desconocido en el 10% de los pacientes en ambos grupos. Respecto al tratamiento empírico, el fármaco más utilizado en el grupo pre-PROA fue amoxicilina-clavulánico (28,58%) seguido de piperacilina-tazobactam (26,19%), mientras que en el grupo pos-PROA fue piperacilina-tazobactam (42,86%) seguido de ceftriaxona (28,57%). En cuanto al tratamiento dirigido, el antibiótico más utilizado fue ceftriaxona en ambos grupos (54,77% y 48,98% en pre-PROA y pos-PROA, respectivamente), seguido de piperacilina-tazobactam en pre-PROA (9,52%) y meropenem en pos-PROA (18,37%). En el 45,24% de los pacientes se siguió una estrategia de terapia secuencial en pre-PROA, frente al 71,43% en pos-PROA. El antibiótico utilizado fue principalmente cotrimoxazol en el primer grupo (36,84%), frente a ciprofloxacino en el segundo (51,43%). La duración media de tratamiento fue 9,32 días en pre-PROA (con moda = 14) y 11,17 días en pos-PROA (moda = 7). Se realizaron menos pruebas complementarias en pre-PROA (57,14%) frente a pos-PROA (71,43%), que en el segundo grupo supuso un cambio en la actitud terapéutica en el 57,14% de los casos. En el 50% condicionó la prolongación del tratamiento, mientras que el otro 50% precisó drenaje para control del foco. La estancia media hospitalaria fue 7,53 días vs. 8,10 días. No hubo diferencias en cuanto a la mortalidad en ambos grupos. Los datos relativos a la bacteriemia y el tratamiento están recogidos en las

tablas 1 y 2, respectivamente.

Tabla 1

Variable	Grupo pre-PROA (n (%))	Grupo pos-PROA (n (%))
<i>Microorganismo:</i>	<i>Total:</i> 42 pacientes	<i>Total:</i> 49 pacientes
<i>Escherichia coli</i>	25 (59,52)	32 (65,30)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5 (11,90)	3 (6,12)
<i>Klebsiella oxytoca</i>	1 (2,38)	2 (4,08)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2 (4,76)	3 (6,12)
<i>Proteus mirabilis</i>	2 (4,76)	0 (0)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1 (2,38)	0 (0)
<i>Morganella morganii</i>	1 (2,38)	0 (0)
<i>Butrycimonas virosa</i>	1 (2,38)	0 (0)
<i>Haemophilus influenzae</i>	1 (2,38)	1 (2,04)
<i>Enterobacter cloacae</i>	0 (0)	3 (6,12)
<i>Citrobacter freundii</i>	0 (0)	1 (2,04)
<i>Aeromonas sobria</i>	0 (0)	1 (2,04)
<i>Hafnia alvei</i>	0 (0)	1 (2,04)
<i>Klebsiella aerogenes</i>	0 (0)	1 (2,04)
<i>Lelliottia amnigena</i>	0 (0)	1 (2,04)
<i>K. oxytoca + E. cloacae</i>	1 (2,38)	0 (0)

<i>E. coli</i> + <i>K. pneumoniae</i>	1 (2,38)	0 (0)
<i>K. pneumoniae</i> + <i>S. marcescens</i>	1 (2,38)	0 (0)

Forma de adquisición:

Comunitaria	33 (78,57)	42 (85,72)
Nosocomial	9 (21,42)	6 (12,24)

Foco:

Desconocido	5 (11,90)	5 (10,20)
Urinario	22 (52,38)	24 (48,98)
Abdominal	6 (14,29)	2 (4,08)
Biliar	6 (14,29)	17 (34,69)
Espondilodiscitis	1 (2,38)	0 (0)
Respiratorio	2 (4,76)	0 (0)
Piel y partes blandas	0 (0)	1 (2,04)

Tabla 2

Variable	Grupo pre-PROA (n (%))	Grupo pos-PROA (n (%))
<i>Tratamiento empírico:</i>	<i>Total:</i> 42 pacientes	<i>Total:</i> 49 pacientes
Amoxicilina-clavulánico (A/C)	12 (28,58)	2 (4,08)
Ceftriaxona	9 (21,43)	14 (28,57)

Ceftazidima	0 (0)	1 (2,04)
Piperacilina-tazobactam (P/T)	11 (26,19)	21 (42,86)
Imipenem	2 (4,76)	0 (0)
Meropenm	2 (4,76)	4 (8,16)
Aztreonam	0 (0)	0 (0)
Ciprofloxacino	1 (2,38)	0 (0)
Levofloxacino	0 (0)	1 (2,04)
Cotrimoxazol	1 (2,38)	0 (0)
A/C + azitromicina	1 (2,38)	0 (0)
Ciprofloxacino + metronidazol	1 (2,38)	0 (0)
P/T + linezolid	1 (2,38)	0 (0)
P/T + vancomicina	0 (0)	1 (2,04)
Meropenem + linezolid	0 (0)	2 (4,08)
Meropenem + amikacina	0 (0)	1 (2,04)
Aztreonam + cotrimoxazol	0 (0)	1 (2,04)
No recibido	1 (2,38)	0 (0)
<i>Tratamiento dirigido:</i>		
Amoxicilina-clavulánico	1 (2,38)	7 (14,29)
Ceftriaxona	23 (54,77)	24 (48,98)

Cefepime	1 (2,38)	1 (2,04)
Ceftazidima	1 (2,38)	1 (2,04)
Ceftazidima-avibactam	1 (2,38)	0 (0)
Piperacilina-tazobactam	4 (9,52)	3 (6,12)
Meropenem	3 (7,15)	9 (18,37)
Aztreonam	1 (2,38)	2 (4,08)
Ciprofloxacino	1 (2,38)	2 (4,08)
Gentamicina	1 (2,38)	0 (0)
No recibido	5 (11,90)	0 (0)

Secuenciación oral:

Sí	19 (45,24)	35 (71,43)
No	23 (54,76)	14 (28,57)

Tratamiento secuencial oral:

Amoxicilina-clavulánico	4 (21,05)	5 (14,29)
Cefuroxima	3 (15,78)	2 (5,71)
Ciprofloxacino	5 (26,31)	18 (51,43)
Cotrimoxazol	7 (36,84)	10 (28,57)

Conclusiones: La implementación del programa de bacteriemias en nuestro hospital ha implicado cambios en el abordaje de las bacteriemias por BGN. La incorporación del programa está relacionada con mayor secuenciación a vía oral y mayor realización de pruebas complementarias, con la consiguiente adecuación del tratamiento. No se han encontrado diferencias en cuanto a la duración de tratamiento, si bien la falta de estratificación entre los grupos puede condicionar un sesgo de análisis.