



<https://www.revclinesp.es>

EP-30. - INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA Y ANTIBIOTERAPIA INHALADA

I. Gallego Parejo¹, M. García García², J. Hernández Borge², M. Sánchez Herrera¹, C. Muñoz Reyes¹, E. Pardo Magro¹, M. García Morales¹, E. García Sardón¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: El empleo de la antibioterapia inhalada se está incrementando de forma considerable en pacientes sin fibrosis quística, sobre todo tras la eficacia demostrada en pacientes con dicha enfermedad, en lo que respecta a la disminución en el número de exacerbaciones, reducción de la carga bacteriana y mejora de la calidad de vida.

Métodos: Se han recogido de forma prospectiva todos los pacientes no fibrosis quística en los que se ha iniciado tratamiento con antibioterapia inhalada entre julio de 2010 y septiembre de 2013. Se incluyeron numerosas variables sociodemográficas, comorbilidades, presencia y extensión de bronquiectasias, tratamiento previo, aislamientos microbiológicos, tipo y duración de antibioterapia inhalada, ingresos y exacerbaciones previas y tras el inicio del antibiótico inhalado. Los datos han sido procesados y analizados mediante un programa estadístico convencional.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (70% varones, edad media $64,4 \pm 12,3$ años), un 80% eran fumadores y el 65% tenía comorbilidades asociadas. En el 65% estableció un diagnóstico etiológico (65% tuberculosis previa, 45% neumonía previa, 10% inmunodeficiencia). Un 80% eran EPOC (Gold D 87,5%), un 65% tenían un grado de disnea MMRC > 3 y el 35% broncorrea > 20 ml/día. Todos tenían bronquiectasias (45% quísticas, 80% bilaterales, número de lóbulos afectos $3,85 \pm 1,8$). Un 95% habían precisado ciclos repetidos de antibióticos orales o intravenosos (media $9 \pm 6,4$) y un 75% recibían macrólidos orales en pauta continua. El antibiótico inhalado fue colistina en el 70%, tobramicina en el 25% o ambos (5%). Los aislamientos más frecuentes fueron *P. aeruginosa* (95%) y *A. baumannii* (25%). Un 75% de los pacientes tuvieron 2 o más aislamientos y un 50% criterios de colonización crónica múltiple. Un 55% precisaban oxigenoterapia crónica domiciliaria. El seguimiento medio fue de $13,5 \pm 19,2$ meses y un paciente falleció. Encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el número de ingresos, número de exacerbaciones totales y número medio de exacerbaciones anuales antes y tras el inicio del antibiótico inhalado.

Conclusiones: En nuestra experiencia el empleo de antibioterapia inhalada en pacientes no fibrosis quística se centra en pacientes con EPOC avanzada, con múltiples aislamientos microbiológicos y frecuentes exacerbaciones. Los gérmenes aislados con más frecuencia fueron *P. aeruginosa* y *A. baumannii*. La antibioterapia inhalada consiguió reducir el número de exacerbaciones e ingresos hospitalarios en estos pacientes.