Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):223

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-020 - EFICACIA Y TOLERANCIA DE COLISTINA INHALADA EN PACIENTES CON SOBREINFECCIÓN ASOCIADA A BRONQUIECTASIAS

P. Sangro del Alcázar[1], S. Castejón Ramírez[2], J. Alba Fernández[1], J. Basualdo de Ornelas[1], J. Yuste Ara[4], J. de Torres Tajes[3], F. Lucena Ramírez[1], J. del Pozo León[4]

[1]Medicina Interna, [2]Microbiología Clínica, [4]Área de Enfermedades Infecciosas, [3]Neumología. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).

Resumen

*Objetivos:*Valorar la eficacia y tolerancia del tratamiento con colistina (COL) inhalada en pacientes ingresados con sobreinfección de bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística (FQ).

*Material y métodos:*Se seleccionaron retrospectivamente los pacientes ingresados en el año 2015 en nuestro centro que recibieron tratamiento con COL inhalada debido a infección respiratoria. Se analizaron las comorbilidades, el uso de ventilación mecánica, el microorganismo causante de la infección, el uso concomitante de otros antibióticos y el uso de profilaxis con tobramicina inhalada. La variable final de estudio fue la curación de la infección al final del ingreso, definida como ausencia de clínica respiratoria y normalización de parámetros inflamatorios. Se valoró la toxicidad del tratamiento y en especial, el deterioro de la función renal. Se recogió la tasa de reingreso, definida como nuevo ingreso no programado por infección respiratoria durante los 12 meses siguientes al alta.

*Resultados:*Se incluyeron 14 pacientes (50% mujeres). La mediana de edad fue de 63 años. El 64% de los pacientes ingresados tenían una sobreinfección de bronquiectasias no producidas por FQ. El 35% restante una reagudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica y/o neumonía nosocomial. El Índice de Comorbilidad de Charlson medio fue de 4,42. La dosis administrada en 57% de los pacientes fue de 2 millones de unidades nebulizadas cada 12 horas. Se recogió cultivo de esputo en todos los pacientes previo al tratamiento obteniéndose un aislamiento microbiológico significativo en el 100%. El 71% de los aislamientos fueron Pseudomonas aeruginosa (70% multirresistentes). Además, se identificaron 1 *Achromobacter xylosoxidans*, 1 *Escherichia coli* y 1 *Stenotrophomonas maltophilia*. Trece pacientes recibieron antibiótico intravenoso simultáneo, 64% recibió un betalactámico y el resto macrólidos o quinolonas. Ninguno recibió COL intravenosa. El 22% requirió soporte ventilatorio invasivo. No se observó un deterioro de la función renal en ningún paciente a pesar de que un 71% recibió tratamiento concomitante con otros nefrotóxicos. La mediana de tratamiento fue de 14 días. La curación de la infección se documentó en el 92% de los casos, con un 8% de mortalidad global. El 42% había recibido profilaxis con tobramicina inhalada en el último año. Hubo un 35% de reingresos no programados en un periodo de 12 meses tras el alta.

*Discusión:*Varios estudios han demostrado el beneficio de la profilaxis con COL inhalada en infección de bronquiectasias no producidas por FQ por *Pseudomonas aeruginosa*. Sin embargo, el uso de COL inhalada como tratamiento de una infección aguda en este tipo de pacientes es desconocido. La mayoría de los estudios hacen referencia a pacientes con FQ que reciben tratamiento profiláctico para disminuir el número

de reagudizaciones anuales. El uso de COL inhalada para tratamiento de estas infecciones pulmonares podría permitir evitar un tratamiento simultáneo con COL intravenosa e incluso de otros antibióticos sistémicos, disminuyendo la toxicidad asociada. La limitación del estudio fue la ausencia de cultivos de esputo de control para confirmar la erradicación microbiológica.

*Conclusiones:*Nuestra experiencia con COL inhalada es buena en el tratamiento de sobreinfección de bronquiectasias. En nuestra serie de pacientes se confirma la eficacia del tratamiento nebulizado con ausencia de problemas de toxicidad renal o neurológica. Además, el número de reingresos no programados en el año siguiente ha sido muy bajo (0,35 por paciente tratado). La antibioterapia inhalada con colistina constituye una opción terapéutica en pacientes con infección asociada a bronquiectasias, especialmente en pacientes con aislamiento de microorganismos multiresistentes o que hayan recibido profilaxis previa con aminoglucósidos nebulizados.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.