Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):259

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-006 - ANTIBIOTERAPIA INHALADA CON COLISTINA EN INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA

M. Almendros Rivas[1], A. San Juan Muñoz[2], J. Lema Alba[1], M. Hortos Alsina[1], S. Armengol Rosell[2], A. Martín- Urda Díez- Canseco[1], S. Plaja Alsina[1], R. Toda Savall[1] y M. Almendros Rivas, A. San Juan Muñoz, S. Armengol Rossell, J. Lema Alba, M. Hortos Alsina, S. Plaja Alsina, A. Martín- Urda Díez- Canseco, R. Toda Savall y N. Bosacoma Ros en representación del Grupo de Trabajo Antibioterapia Inhalada

[1]Medicina Interna; [2]Servicio de Farmacia. Hospital de Palamós. Palamós (Girona).

Resumen

Objetivos: La infección bronquial crónica o colonización por microorganismos, en especial por Pseudomonas aeruginosa (PA) son una causa frecuente de reagudización de enfermedades pulmonares crónicas. Una de las estrategias de tratamiento es el uso de antibióticos inhalados. Existe suficiente evidencia del tratamiento con colistina inhalada en pacientes con fibrosis quística. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con enfermedad pulmonar e infección crónica en tratamiento con colistina con o sin bronquiectasias y evaluar la tolerancia de dicho tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes adultos con patología bronquial crónica tratados de forma ambulatoria con colistina inhalada, en seguimiento en la Unidad de Paciente Crónico Complejo (UPCC) del Servicio de Medicina Interna de un hospital comarcal. Se incluyen los sujetos que durante los meses de marzo a junio de 2017 acudieron al Servicio de Farmacia para su dispensación mensual. La dosis administrada fue de 1 MU/12h con nebulizador de alto flujo. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo) y clínicos (patologías de base, FEV1, presencia de bronquiectasias y etiología, microorganismo aislado en esputo, fecha de inicio del tratamiento, antibiograma de resistencia a quinolonas y colistina, ingresos hospitalarios durante el registro y tolerancia del fármaco).

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, el 74% fueron hombres. La edad media fue de 75,5 años. En cuanto a comorbilidades relacionadas, el 73,4% estaban diagnosticados de EPOC, el 20% de asma y 20% de tumor sólido. El 60% presentaban bronquiectasias diagnosticadas por TAC torácico, de estos el 66,6% eran bronquiectasias asociadas a EPOC. El FEV1 inicial se registró en 22 pacientes, con un FEV1 medio de 42,9 ± 33%. El índice de comorbilidad de Charlson medio fue de 2,7 ± 5,3 y la escala de disnea modificada MCR fue de 2 en 16 pacientes y mayor o igual a 3 en 15 pacientes. En cuanto al inicio del tratamiento, 1 paciente inició el tratamiento en el 2012, 3 en el 2013, 2 en el 2014, 3 en el 2015, 13 en el 2016 y 8 en el 2017. Se aisló Pseudomonas aeruginosa en el esputo en 18 pacientes (60%), Stenotrophomonas maltophilia en 6 (20%), Achromobacter xylosoxidans en 2 (6,6%), Pseudomona fluerescens en 2 (6,6%), Staphylococcus aureus en 1 (3,3%) y Stenotrophomonas maltophilia en 1 (3,3%). En cuanto a la resistencia a antibióticos, 19 presentaban resistencia a ciprofloxacino (63,3%) y todos eran sensibles a colistina. Durante el estudio 2 pacientes ingresaron por exacerbación del cuadro clínico y 4 pacientes fueron exitus (13,3%). Tan solo 1 persona abandonó el tratamiento por intolerancia.

Discusión: La mayoría de nuestros pacientes son de edad avanzada, con problemas respiratorios crónicos y otras comorbilidades. No todos con diagnóstico de bronquiectasias pero sí con importante deterioro de la función pulmonar y grado de disnea que se beneficiarían de antibioterapias inhaladas con menos efectos sistémicos que el tratamiento antimicrobiano convencional.

Conclusiones: La colistina inhalada parece una alternativa efectiva y segura para el tratamiento de las infecciones crónicas de pacientes con patología bronquial. Observamos una cierta variabilidad en cuanto a la duración del tratamiento. La antibioterapia inhalada sería una opción para reducir las exacerbaciones graves que precisan ingreso hospitalario. Consideramos necesario crear un Grupo de Trabajo multidisciplinario para la elaboración de protocolos de actuación y seguimiento de estos pacientes.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.