

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DEL TRATAMIENTO CON CARBAPENEMS EN PACIENTES INGRESADOS EN SALAS DE HOSPITALIZACIÓN



Nº reg 449

Ortega-García MP, Valero-Telleria A, Bourgon Baquedano L.
Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Valencia



OBJETIVO

En nuestro hospital las indicaciones aprobadas por la Comisión de Infecciones (CI) para Imipenem son infecciones nosocomiales con sospecha/constatación de Pseudomonas o enterobacterias resistentes, peritonitis secundaria/terciaria y neutropenia febril (como alternativa a Piperacilina/tazobactam) y la pancreatitis necrohemorrágica. Meropenem es alternativa a Imipenem en infecciones del sistema nervioso central o riesgo de convulsiones¹⁻³. Durante el 2007 se detectó un incremento en el nº DDD/100 estancias de carbapenems del 31%. El objetivo es evaluar la justificación y la duración de los tratamientos con carbapenems en pacientes ingresados en salas de hospitalización (PISH) (no críticos).

RESULTADOS

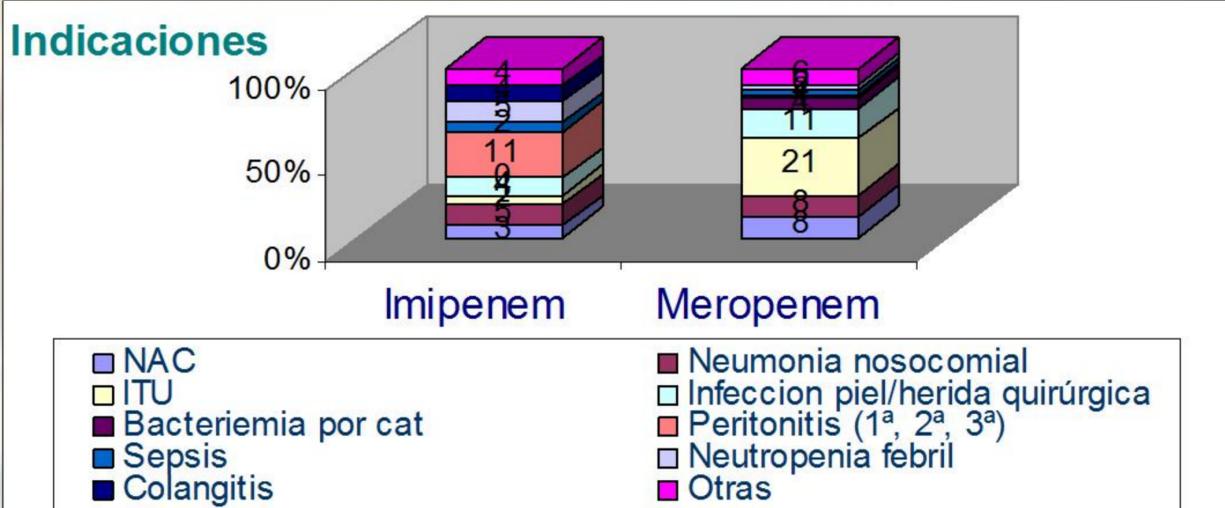
103 intervenciones, 40 por Imipenem (29,6% de los tratados) y 63 por Meropenem (59,4% de los tratados). Mediana de edad 74 (15-94) años. Para Imipenem se intervino sobretudo en Onco-hematología (25%), Cirugía general (25%) y Medicina Interna (10%) y para Meropenem en Medicina Interna (37%), Neumología (11%) y Urología (8%). El 80,6% de los tratamientos fue empírico. De los 153 cultivos, 35% fueron estériles (45% imipenem y 29,2% meropenem), siendo los principales microorganismos aislados E.coli no BLEA (20) y Pseudomonas (16). La intervención se realizó a los 6 (0-26) días de la prescripción. Globalmente, no se aceptaron el 62%, se aceptaron el 25% y fueron no valorables el 13% (mortalidad 3%). La mediana de días de tratamiento fue 8 (1-24) en las aceptadas, 11 (5-42) en las no aceptadas y 8 (3-13) en las no valorables (p<0,0001). El coste en las aceptadas fue 423,7 (88,7-1182,7) euros, en las no aceptadas 653 (166,4-6209,3) euros y en las no valorables 492,8 (221,8-665,3) euros (p<0,0001). En el 2008 se redujo el nº DDD/100 estancias de carbapenems un 11,5%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rev Esp Quimioterap 2005; 18: 179-186.
2. Am J Respir Crit Care Med 2005;171:388-416
3. Clin Infect Dis 2002; 34: 730-51
4. Int J of Antimicrob Agents 2009; 33: 105.e1-105.e8

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo (junio 2008-marzo 2009) en un hospital general de 592 camas. Semanalmente se revisa la indicación, cultivos, antibiogramas, dosis, frecuencia y duración del tratamiento con carbapenems en PISH. Se interviene mediante Hoja de Comunicación Farmacoterapéutica cuando la prescripción es para indicaciones no aprobadas por la CI (INACI), el tratamiento no está dirigido según el antibiograma, las dosis/frecuencia no son adecuadas o la duración es > 10 días. Se clasificaron en aceptadas (72 horas), no aceptadas y no valorables (alta/muerte). Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSSv12.



Intervenciones y aceptación	Imipenem		Meropenem	
	n (%)	Aceptación	n (%)	Aceptación
INACI	14 (35%)	37,5%	28 (44%)	21,4%
Tto empírico > 10 días	10 (25%)	40%	13 (21%)	53,8%
Microorg sensible a ATB menor espectro	9 (23%)	44,4%	16 (25%)	12,5%
Otras	7 (17%)	15%	6 (10%)	16,7%
Total	40 (100%)	40%	63 (100%)	25,4%

CONCLUSIONES

El uso empírico y fuera de las indicaciones aprobadas por la CI es muy alto. Estudios recientes recomiendan el uso de carbapenems en 1ª línea de tratamiento empírico en pacientes críticos, pero con desescalada posterior⁴. La aceptación fue mayor cuando se intervino por tratamientos > 10 días. La intervención en los casos en que fue aceptada redujo significativamente los días de tratamiento y en consecuencia el coste/paciente. El inicio de las intervenciones en junio de 2008 es responsable en parte de la reducción en el nº DDD.