



ARTÍCULO ORIGINAL

Profilaxis antibiótica «dirigida» por cultivos rectales antes de la biopsia prostática transrectal: reducción de complicaciones infecciosas y costes de atención sanitaria

J.V. Baldissera-Aradas^{a,*}, L. Rodríguez-Villamil^a, R. Blanco-Fernández^a,
C. Pérez-García^a, G. Viejo de la guerra^b, I. González-Rodríguez^a y J. Mosquera-Madera^a

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

Recibido el 3 de agosto de 2017; aceptado el 31 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Biopsia prostática transrectal ecográficamente dirigida;
Complicaciones infecciosas;
Profilaxis dirigida;
Profilaxis empírica;
Cultivos rectales;
Bacterias ciprofloxacino-resistentes

Resumen

Introducción: La biopsia prostática transrectal ecográficamente dirigida (BPTe) se asocia a complicaciones infecciosas (CI). Las CI están relacionadas con un incremento de la prevalencia de bacterias ciprofloxacino-resistentes (BCR) en la flora rectal. Estudiamos las CI ocurridas en 2 grupos. Grupo de profilaxis antibiótica «dirigida» (GPD) vs. grupo de profilaxis empírica (GPE). Evaluamos el impacto económico que supone la profilaxis antibiótica «dirigida» (PD).

Material y métodos: El GPD se estudió prospectivamente (junio 2013-julio 2014). Se recogieron cultivos rectales (CR) antes de BPTe y se sembraron en medios selectivos con ciprofloxacino para determinar la presencia de BCR. Los pacientes con bacterias sensibles recibieron ciprofloxacino. Pacientes con bacterias resistentes recibieron PD según antibiograma del CR.

El GPE se estudió retrospectivamente (enero 2011-junio 2009). El CR no se realizó y todos los pacientes recibieron ciprofloxacino como profilaxis.

Las CI ocurridas en ambos grupos se registraron en un periodo no superior a 30 días después de BPTe (historia clínica electrónica).

Resultados: Trescientos pacientes fueron sometidos a BPTe, 145 recibieron PD y 155 PE. En el GPD, 23 pacientes (15,86%) presentaron BCR en CR. Solo un paciente (0,7%) experimentó ITU. En el GPE, 26 pacientes (16,8%) experimentaron múltiples CI (incluidas 2 sepsis) ($p < 0,005$). El coste total estimado, incluido el manejo de las CI, fue de 57.076€ con PE vs. 4.802,33€ con PD. El coste promedio/paciente con PE fue de 368,23€ vs. 33,11€ con PD. La PD logró un ahorro total estimado de 52.273,67€. Es necesario que 6 pacientes se sometan a PD para prevenir una CI.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: baldissera758@gmail.com (J.V. Baldissera-Aradas).

<https://doi.org/10.1016/j.acuro.2017.10.006>

0210-4806/© 2017 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Transrectal
ultrasound-guided
prostate biopsy;
Infectious
complications;
Guided prophylaxis;
Empiric prophylaxis;
Rectal cultures;
Ciprofloxacin-
resistant
bacteria

Conclusiones: La PD se asoció a un notable descenso de la incidencia de CI causadas por BCR y redujo los costos de atención sanitaria.

© 2017 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rectal culture-directed antibiotic prophylaxis before transrectal prostate biopsy: Reduced infectious complications and healthcare costs

Abstract

Background: Transrectal ultrasound-guided prostate biopsy (TUPB) is associated with infectious complications (ICs), which are related to a greater prevalence of ciprofloxacin-resistant bacteria (CRB) in rectal flora. We examined the ICs that occurred in 2 groups: A guided antibiotic prophylaxis (GP) group and an empiric prophylaxis (EP) group. We assessed the financial impact of GP.

Material and methods: The GP group was studied prospectively (June 2013 to July 2014). We collected rectal cultures (RCs) before the TUPB, which were seeded on selective media with ciprofloxacin to determine the presence of CRB. The patients with sensitive bacteria were administered ciprofloxacin. Patients with resistant bacteria were administered GP according to the RC antibiogram.

The EP group was studied retrospectively (January 2011 to June 2009). RCs were not performed, and all patients were treated with ciprofloxacin as prophylaxis.

The ICs in both groups were recorded during a period no longer than 30 days following TUPB (electronic medical history).

Results: Three hundred patients underwent TUPB, 145 underwent GP, and 155 underwent EP. In the GP group, 23 patients (15.86%) presented CRB in the RCs. Only one patient (0.7%) experienced a UTI. In the EP group, 26 patients (16.8%) experienced multiple ICs (including 2 cases of sepsis) ($P < .005$). The estimated total cost, including the management of the ICs, was €57,076 with EP versus €4802.33 with GP. The average cost per patient with EP was €368.23 versus €33.11 with GP. GP achieved an estimated total savings of €52,273.67. Six patients had to undergo GP to prevent an IC.

Conclusions: GP is associated with a marked decrease in the incidence of ICs caused by CRB and reduced healthcare costs.

© 2017 AEU. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La biopsia prostática transrectal ecográficamente dirigida (BPTe) se considera un procedimiento diagnóstico seguro para el cáncer prostático. Sin embargo, hay estudios que alertan sobre el aumento de la incidencia de complicaciones infecciosas (CI) post-BPTe¹⁻³ y de los costes de atención sanitaria^{4,5}.

Las fluoroquinolonas son los antibióticos más utilizados como profilaxis. La Asociación Europea de Urología (EAU) los recomienda en sus guías clínicas, pero advierte sobre el aumento de la prevalencia de CI en los últimos años⁶.

Las CI se han asociado a bacterias resistentes a fluoroquinolonas presentes en la flora rectal de pacientes sometidos a BPTe^{7,8}.

Liss et al. demostraron que la colonización rectal por bacterias ciprofloxacino-resistentes (BCR) se correlaciona con un alto riesgo de sufrir CI que precisan de hospitalización, especialmente, en aquellos pacientes que solo reciben profilaxis con fluoroquinolonas⁹.

La comprensión de los mecanismos fisiopatológicos de las CI post-BPTe puede ayudar a optimizar su prevención¹⁰.

Objetivo: Evaluar las CI después de BPTe ocurridas en 2 grupos de estudio: grupo de profilaxis antibiótica «dirigida» (GPD) y grupo de profilaxis empírica (GPE); y estimar el impacto económico que supondría la profilaxis antibiótica «dirigida».

Material y métodos

El GPD se estudió prospectivamente desde junio 2013 hasta julio 2014; no se utilizaron criterios de exclusión.

Los pacientes fueron citados en un periodo entre 15-28 días antes de la BPTe. Se explicaron los riesgos y beneficios de la profilaxis dirigida (PD). Todos los pacientes incluidos firmaron consentimientos informados. Se recogió un cultivo urinario y otro de la mucosa rectal (hisopo-estéril) ambos antes de la BPTe y se entregó un volante para cultivo de orina, que sería realizado el 4.º día post-BPTe en el centro de salud, permitiendo evaluar la colonización urinaria post-BPTe.

Dos días antes de la BPTe, se revisaron los cultivos pre-BPTe (urinario y rectal). Los pacientes con cultivos urinarios positivos fueron interrogados telefónicamente sobre síntomas de tracto urinario inferior y fiebre. En caso de presentar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8958281>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8958281>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)