



P-408 - ANTIBIOTERAPIA EN DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA, ¿QUÉ ESPECTRO DEBEMOS CUBRIR Y QUÉ RESISTENCIAS ESPERAR?

García Pérez, Blanca; López Fernández, Concepción; Merino García, María del Mar; Moreno Pajuelo, Sofía; Moriano Azabal, José Pablo; Gallarín Salamanca, Isabel María; Jiménez Redondo, José Luis; Carmona Agúndez, María

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción y objetivos: La evidencia sobre la adecuación de la antibioterapia en el tratamiento de la diverticulitis aguda (DA) es mínima. Sin embargo, el problema creciente que supone la resistencia microbiana a los distintos antibióticos hace que sea fundamental continuar esta línea de investigación. El objetivo de nuestro estudio es analizar los microorganismos presentes en DA complicada y sus patrones de sensibilidad para realizar un tratamiento empírico más eficaz reduciendo el uso de antibioterapia de amplio espectro y resistencias.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de muestras de cultivo tomadas durante cirugía urgente de pacientes con DA complicada con peritonitis (Hinchey III-IV) entre enero de 2011 y diciembre de 2021. Se excluyeron aquellos cultivos que fueron tomados tras fracaso del tratamiento conservador o antibioterapia de más de 24 horas.

Resultados: En el periodo de estudio 412 pacientes presentaron al menos un episodio de DA. De ellos 45 fueron intervenidos como primera opción de tratamiento tomándose cultivo en 32 casos (71%). Las características demográficas, clínicas y microbiológicas se encuentran en la tabla. En 26 muestras creció al menos un microorganismo. La infección fue monomicrobiana en 19 casos (73,1%) y polimicrobiana en 7 (26,9%) siendo el germen aislado más común la *Escherichia coli*. Existió un 57,7% de resistencia bacteriana a ampicilina, un 19,2% a ciprofloxacino y un 9,7% a amoxicilina-clavulánico. Solo una *Pseudomonas* mostró resistencia antibiótica a la ticarcilina. *E. faecium* fue resistente a ampicilina. En 2 casos (7,7%) se aislaron bacterias con betalactamasas de espectro extendido (BLEE). En el 88% de los pacientes existía un buen ajuste de antibioterapia empírica.

Variables	Media (mínimo-máximo)/Frecuencia (%)
Edad	64,6 (38-86)
Sexo	
Hombre	20 (62,5)
Mujer	12 (37,5)
Diabetes mellitus	4 (12,5)
Inmunosupresión	8 (25)
Obesidad	12 (37,5)
ASA	

1	3 (9,4)
2	14 (43,8)
3	13 (40,6)
4	2 (6,3)
Ingreso en 3 meses previos	6 (18,8)
Antibioterapia en 3 meses previos	9 (28,1)
Episodios previos de DA	5 (15,6)
Clasificación Hinchey modificada (TC)	
IA	3 (6,7)
IB	6 (13,3)
II	4 (8,9)
III-IV	32 (71,1)
Crecimiento Gram -	29 (90,6)
<i>E coli</i>	15 (57,7)
<i>Klebsiella spp.</i>	3 (11,5)
<i>Pseudomonas aureginosa</i>	6 (23,1)
Otros Gram -	5 (19,2)
Crecimiento Gram +	7 (21,9)
<i>E. faecalis</i>	3 (11,5)
<i>E. faecium</i>	1 (3,8)
Otros cocos Gram +	3 (11,5)
Antibioterapia	
Meropenem	18 (56,3)
Piperacilina-tazobactam	5 (15,6)
Ertapenem	4 (12,5)
Amoxicilina-clavulánico	2 (6,3)
Ceftriaxona + metronidazol	3 (9,4)
Antibiótico adicional frente <i>Pseudomonas</i> resistente	10 (31,3)
Antibiótico adicional frente Gram + resistentes	13 (40,6)

Conclusiones: Los resultados señalan la elevada frecuencia de Enterobacterias resistentes a ampicilina. El género *Pseudomonas* suele ser multisensible. BLEE y enterococos resistentes son infrecuentes. En la mayoría de nuestros pacientes (88%), el tratamiento era correcto, pero se optó por antibióticos de amplio espectro con asociaciones frente a multirresistencias. Por todo ello, destacamos que incluso en casos más graves, se podría optimizar la antibioterapia disminuyendo el riesgo de resistencias.