



OR-245 - IMPACTO DE LA ADECUACIÓN DE TERAPIA ANTIBIÓTICA EMPÍRICA EN PACIENTES ANCIANOS CON COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA

de Miguel Palacio, Maite; González Castillo, Ana María; Membrilla Fernández, Estela; Pons Fragero, María José; Pelegrina Manzano, Amalia; Grande Posa, Luis; Pera Román, Miguel; Sancho Insenser, Juan José

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda litiásica (CAL) es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes. Las Tokyo Guidelines 2018 (TG18) abogan por el tratamiento quirúrgico en casos leves o moderados. Sin embargo, no hay consenso en cuanto al mejor tratamiento para cuadros graves, pacientes ancianos o frágiles. Las CAL graves con tratamiento antibiótico empírico (TAE) inadecuado, presentan una mayor tasa de complicaciones y mortalidad respecto a aquellos con tratamiento adecuado. Así, resulta esencial conocer la flora bacteriana de nuestro medio para indicar la mejor terapia antibiótica empírica para cada paciente.

Objetivos: Descripción microbiológica de cultivos biliares, peritoneales y hemocultivos de los pacientes con CAL y comparación de las diferencias entre pacientes ancianos (? 80 años) vs. pacientes jóvenes (80 años). Determinar la relevancia de los cultivos y la adecuación de TAE en los resultados de morbilidad de pacientes ancianos.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de 725 CAL entre 2012-2016. Se analizan > 200 variables demográficas, clínicas, posoperatorias y microbiológicas.

Resultados: El 26% de pacientes eran ancianos (n = 188) y presentaban más comorbilidades según el índice de comorbilidad de Charlson (2,48 vs. 0,96; p 0,001), incluyendo enfermedad pulmonar obstructiva crónica (16 vs. 7,6%; OR = 2,3; IC95% 1,4-3,8), demencia y mayores requerimientos de aminas preoperatorias (10,1 vs. 2%; OR = 5,38; IC95% 2,5-11,5). Los pacientes ancianos presentaron CAL de mayor gravedad en comparación con los más jóvenes (TG-I 9,6 vs. 24,4%; TG-II 34,6 vs. 40,8%; TG-III 55,8 vs. 34,8%; p = 0,001), y fueron tratados quirúrgicamente en menor proporción (tratamiento inicial quirúrgico ancianos 89,9 vs. 96,8%; OR = 0,29; IC95%,15-0,58), optándose por un abordaje inicial más conservador mediante antibioterapia, asociada o no a colecistostomía percutánea. La proporción de ancianos en los que se obtuvieron muestras para cultivo fue similar a los jóvenes (80,3 vs. 74,9%; OR = 1,37; IC95% 0,91-2,06) pero esos cultivos tenían una mayor probabilidad de aislar un germen (57,6 vs. 48,8%; OR = 1,43; IC95% 0,98-2,08). Se aisló una flora principalmente polimicrobiana (53,9 vs. 33,2%; OR = 2,26; IC95% 1,35-3,79) predominantemente de enterobacterias y cocos Gram+, con mayor tasa de gérmenes especialmente resistentes como enterobacterias con betalactamasas de espectro extendido (BLEE) (21,8 vs. 10,7%; OR = 2,328; IC95% 1,179-4,600) y enterococos (31 vs. 19,4%; OR = 1,871; IC95% 1,05-3,33). La TAE administrada a los ancianos resultó inadecuada en un 42,5 vs. 29,1% de los más jóvenes (OR = 1,81; IC95% 1,07-3,05), sobre todo a expensas de gérmenes BLEE y/o enterococos, responsables de la inadecuación antibiótica en 4 de cada 5 ancianos. Consecuentemente, los ancianos presentaron más complicaciones totales

(62,7 vs. 36,3%; OR = 2,96; IC95% 2,09-4,17), más complicaciones graves -Clavien-Dindo> 3a- (22,9 vs. 5,8%; OR = 4,84; IC95% 2,94-7,96), y mortalidad muy superior (11,2 vs. 0,9%; OR = 13,38; IC95% 4,97-36,03).

Conclusiones: En pacientes ancianos resultó más probable aislar gérmenes en los cultivos realizados, polimicrobianos en su mayoría, y con gérmenes más resistentes que no quedaron cubiertos con TAE. Será necesario adecuar el espectro antibiótico en pacientes ancianos para cubrir BLEE y/o enterococos y mejorar la morbimortalidad, sobre todo aquellos en los que el control del foco infeccioso vaya a realizarse exclusivamente con terapia conservadora y no quirúrgica.