



O-209 - EPIDEMIOLOGÍA DE LA PERITONITIS SECUNDARIA Y PATRONES DE RESISTENCIA MICROBIOLÓGICA UNICÉNTRICA ¿CAMBIA LA OBSERVACIÓN LA TERAPÉUTICA EMPÍRICA APLICADA?

Velásquez Orozco, Fernando¹; Guerro-Ortíz, María Alejandra²; Cuadern-Puig, Neus³; González-Castillo, Ana María¹; Pelegrina-Manzano, Amalia¹; de Miguel Palacio, Maite¹; Guzmán Ahumada, Juan¹; Membrilla-Fernández, Estela¹

¹Hospital del Mar, Barcelona, Barcelona; ²Hospital Joan XXIII de Tarragona, Barcelona; ³Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Resumen

Introducción: La decisión de la antibioticoterapia empírica adecuada es compleja y multifactorial, depende de los microorganismos patógenos y de las características basales de los pacientes.

Métodos: Es un estudio observacional unicéntrico que incluyó prospectivamente casos consecutivos de peritonitis secundaria de al menos dos cuadrantes, recopilando datos epidemiológicos y microbiológicos. Se analizó en retrospectiva el tratamiento antibiótico empírico y los resultados de los cultivos bacterianos y fúngicos, clasificando el tratamiento empírico, como: Adecuado, No-adecuado, Teóricamente-adecuado y teóricamente-no-adecuado, comparando la mortalidad y los índices predictores de gravedad en el momento del evento.

Resultados: Se incluyeron 910 pacientes, 640 (70%) comunitarias (PC) y 270 (30%) nosocomiales (PN). El 61% fueron varones con una mediana de edad de 52 ± 20 años (10-101). El origen más común de las PC fue apendicular (38%), seguido por colon (23%) y gastroduodenal (23%), y de las PN el colon (59%) y el intestino delgado (20%). Se tomó muestra para cultivo en un 98% de pacientes. El 27% de los cultivos de las PC y el 39% de los cultivos de las PN fueron monomicrobianos, siendo *Escherichia coli* el microrganismo más común. En contraposición, se obtuvieron cultivos polimicrobianos en el 73% de las PC y el 61% de las PN, siendo los microorganismos más prevalentes *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *Enterococcus spp.* Se aislaron bacilos Gram-negativos enterobacterias con beta-lactamasas de espectro extendido en el 4% de los pacientes con PC y en el 15% de los pacientes con PN. Además, también se detectaron un 5% de aislados productores de carbapenemas entre los pacientes con PN. *P. aeruginosa* se aisló en el 14% de las PC y en el 22% de las PN, no detectándose ninguno aislado multirresistente. En cuanto a los enterococos, *E. faecalis* se aisló en el 3% las PC y en el 13% de las PN, y *E. faecium* se aisló en el 5% de las PC y el 22% de las PN, detectándose un caso de enterococo resistente a vancomicina que pertenecía a un aislado de *Enterococcus gallinarum* en un paciente con PN. La mortalidad fue del 16%. 93% tenían un índice de Mannheim superior a 20 en el momento del evento, 90% un índice de ASA superior a II y 72% un índice de Charlson superior a 3. El 47% de los tratamientos empíricos se clasificaron como adecuado, 29% teóricamente adecuado, 9% teóricamente inadecuado y 14% inadecuado. Se administró un tratamiento antibiótico empírico inadecuado o teóricamente inadecuado al 24% de los pacientes con un índice de Mannheim > 20, a un 23% de los pacientes con un índice de Charlson > 3 y al 25% de los pacientes con un ASA > II.

Conclusiones: Los aislados resistentes se obtuvieron predominantemente de pacientes con PN. Las BLEE en los pacientes con PC deben de ser analizados profundamente. Los índices de gravedad se correlacionan con la mortalidad obtenida, La decisión de la antibioticoterapia empírica sigue siendo una de las grandes preguntas a resolver y en la época de la multirresistencia. Para optimizar la elección de la antibioticoterapia empírica se necesita saber si hay cambios en la flora.