Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):323

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-256 - ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA (PBE) DESDE EL PUNTO DE VISTA MICROBIOLÓGICO

R. Suárez Fuentetaja[1], L. Yánez González-Dopeso[2], R. Verdeal Dacal[1], F. Suárez López[2]

[1]Medicina Interna, [2]Digestivo. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

Resumen

*Objetivos:*Describir las características epidemiológicas desde el punto de vista microbiológico de los pacientes cirróticos con PBE en un hospital de tercer nivel.

*Material y métodos:*Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 76 pacientes con PBE ingresados por causa médica entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2015, en el Hospital Universitario de A Coruña. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y terapéuticos a través de la historia clínica informatizada. Las variables fueron analizadas mediante el paquete estadístico SPSS21.

*Resultados:*Analizamos variables relacionadas con riesgo para infección por microorganismos resistentes (MR): el 98,7% (n = 74) no presentó colonización por (MR) en los 3 meses previos a la PBE; el 22,7% había recibido betalactámicos en los 3 meses previos a la PBE (n = 58) y el 14,7% de los pacientes había recibido otro tipo de antibioterapia en ese mismo periodo. El 51,3% (= 39) había sido sometido a paracentesis previamente, pero sólo el 3,9% de ellos presentaron PBE con anterioridad, tratada con ceftriaxona en todos los casos. En cuanto al lugar de adquisición, fue comunitaria en el 53,9% (n = 41), asociada a cuidados sanitarios en el 23,7% (n = 18) y nosocomial en el 22,4% (n = 17). Se recogió cultivo de líquido ascítico en el 90,5% (n = 67). De ellos, el 41,8% presentaron hallazgos microbiológicos positivos para microorganismos sensibles a la antibioterapia empírica administrada, el 6% fue positivo para microorganismos resistentes, y en el 52,2% no se aisló microorganismo causal. *Escherichia coli* representa el aislamiento microbiológico más frecuente (46,5%, n = 20), seguido por *Streptococcus* spp en el 20,9% (n = 9) y *Staphylococcus* spp en el 4,7% (n = 2). Al 36% se le retiraron hemocultivos de forma simultánea, presentando bacteriemia el 29,6%. Como antibioterapia de primera línea se administró ceftriaxona en el 74,6% (n = 53), carbapenémicos en el 7% (n = 5), quinolonas también en el 7% (n = 5) y piperacilina-tazobactam en el 5,6% (n = 4). El 72,4% había fallecido en el momento de la recogida de datos; de ellos, el 43,6% presentaba PBE no resuelta en el momento del fallecimiento.

*Discusión:*En nuestra serie, los bacilos Gram negativos siguen siendo el hallazgo microbiológico más habitual. La mayoría son sensibles a la antibioterapia empírica y solamente el 6% de los casos presenta resistencia a dicho tratamiento. Este perfil de sensibilidad nos podría sugerir que la antibioterapia empírica inicial con cefalosporinas de 3ª generación puede ser adecuada en nuestra área sanitaria. Harían falta más estudios para avalar dicha conjetura, pues tampoco hay que perder de vista que aunque la adquisición comunitaria sigue siendo predominante, se está produciendo un incremento de PBE relacionada con cuidados sanitarios y de origen nosocomial, lo que podría cambiar el perfil de antibioterapia empírica en los próximos años.

*Conclusiones:*El adecuado y rápido manejo de esta patología ha disminuido de forma drástica su mortalidad en las últimas décadas. Resaltamos la importancia de la administración de antibioterapia empírica precoz frente a microorganismos habituales causantes de PBE inmediatamente después de su diagnóstico, así como la adecuación de dicha antibioterapia en función de resultados microbiológicos y el antibiograma. Para ello es imprescindible la recogida de muestras para cultivo.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.