

<https://www.revclinesp.es>

## 538 - ESTUDIO SOBRE EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LA PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ¿ES NECESARIO REVISAR LOS PROTOCOLOS?

Alejandro Lorenzo Duque<sup>1</sup>, Laia Valles Guixa<sup>1</sup>, Francisca Artigues Serra<sup>2</sup>, Melcior Riera Jaume<sup>2</sup>, Enrique Ruiz de Gopegui Bordes<sup>3</sup>, Carles García Borredà<sup>1</sup> y Rebecca Rowena Peña Zalbidea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina interna, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. <sup>2</sup>Medicina interna infecciosas, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. <sup>3</sup>Microbiología y parasitología, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España.

### Resumen

**Objetivos:** El manejo de la cirrosis supone un desafío debido a múltiples complicaciones asociadas. La tasa de infecciones bacterianas es 10 veces mayor, siendo la más frecuente la peritonitis bacteriana espontánea (PBE), cuya mortalidad es del 20-40%. Las cefalosporinas de tercera generación (C3G) son el tratamiento de elección, si bien las resistencias a estos antibióticos son un problema creciente. Conocer la epidemiología local permite dirigir la antibioterapia y evitar tratamientos empíricos inadecuados. Los objetivos son: describir los pacientes con PBE en hospital de tercer nivel; determinar la incidencia de PBE causada por microorganismos resistentes; describir la adecuación antibiótica y mortalidad asociada a esta entidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes cirróticos en nuestro centro que presentaron PBE con aislamiento microbiológico en líquido ascítico entre los años 2013-2024. Se han excluido bacterioascitis y peritonitis bacteriana secundaria. Se describen variables demográficas, clínicas, microbiológicas, antibioterapia empírica y mortalidad. Análisis realizado mediante SPSS.

**Resultados:** Se obtuvieron 81 pacientes, mayormente hombres (76,5%), con una mediana de 61 años (IQR 52,5-68,5). La etiología de la cirrosis fue principalmente por alcohol (48%) o VHC (21%). El Child fue A (7,5%), B (49,5%) y C (43%). El MELD de 9-19 (60,5%), 20-29 (32%), 30-39 (6%), solo 1 caso < 9 y ninguno > 40. Siete pacientes presentaban infección por VIH, 21 diabetes, 13 enfermedad renal crónica y 8 hepatocarcinoma. En los últimos 3 meses, 3 habían recibido inmunosupresores, 4 corticoterapia, 33 antibioterapia (cefalosporinas 45%, carbapenemes 21% y penicilinas 15%) y 38 habían estado ingresados. 15 pacientes tenían antecedentes de PBE y 16 recibían profilaxis con norfloxacino. El 33% eran infecciones comunitarias, 17% asociadas a cuidados y 50% nosocomiales. En las infecciones comunitarias, el principal microorganismo fue *E. coli* (7/27), seguido de *Streptococcus* spp (6/27), bacilos Gram-negativos (BGN) (5/27) y *Staphylococcus* spp (5/27). En las infecciones nosocomiales/asociadas a cuidados destaca *Streptococcus* spp (14/54), *Staphylococcus* spp (11/54), BGN (7/54), *E. coli* (6/54) y *Enterococcus* spp (6/54). El 27% presentó bacteriemia secundaria. Solo se aislaron 3 casos de *E. coli* BLEE, todos nosocomiales (fig. 1). En el 66,2% se inició tratamiento empírico con C3G, otros recibieron carbapenemes (18,2%), quinolonas (6,5%), piperacilina-tazobactam (5,2%), amoxicilina-clavulánico (2,6%) y aztreonam (1,3%). En 67 pacientes (87%) el antibiótico empírico fue sensible. Para estos cálculos se han excluido 4 casos en los que la antibioterapia se inició de forma dirigida (fig. 2).

Fig 1. Microorganismos según tipo de infección

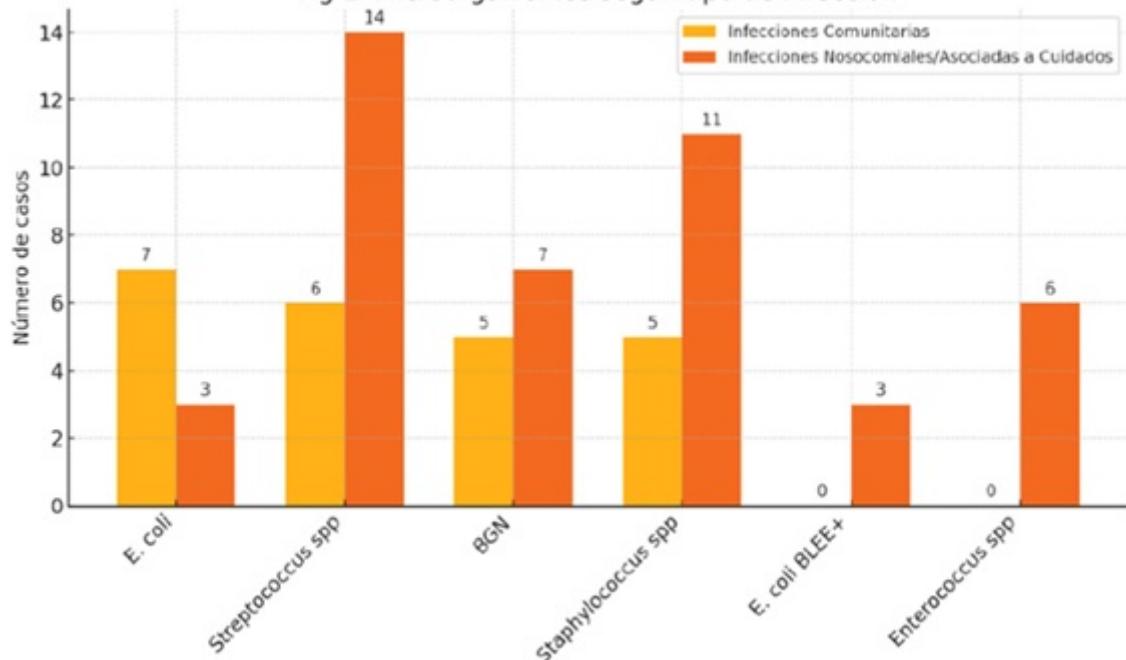
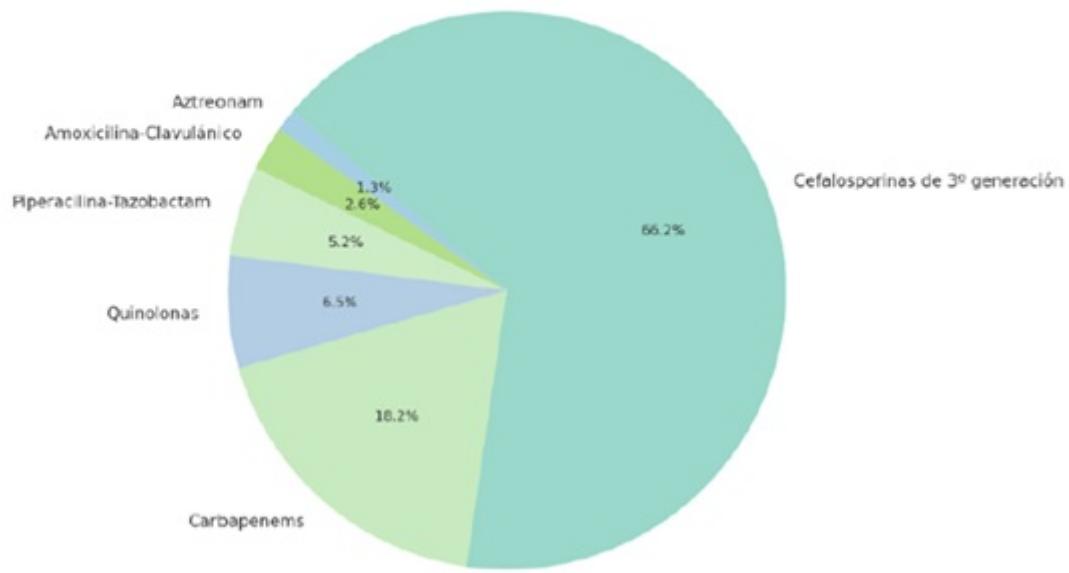


Fig 2. Tratamiento empírico



**Conclusiones:** Al comparar, PBE nosocomial con la PBE comunitaria vemos que se asocia con más ingresos recientes, haber recibido profilaxis y antibioterapia reciente con carbapenem/piperacilina-tazobactam (29,6 vs. 7,4% en comunitaria). La mediana de estancia hospitalaria fue de 14 días (IQR 8,5-25). La mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días fue 26% y 14%, respectivamente. Once de los pacientes fallecidos (37,9%) eran Child B y quince (51,7%) Child C. Los microorganismos multirresistentes como responsables de PBE son poco frecuentes, lo que permite mantener antibioterapia empírica con C3G en la mayoría de casos. Cabe destacar los gram-positivos en infecciones nosocomiales/asociadas a cuidados. La mortalidad observada en nuestra serie fue alta, posiblemente asociada a la hepatopatía avanzada y comorbilidades.