



P-348 - ANÁLISIS DEL PATRÓN DE PRESENTACIÓN DE LA DIVERTICULITIS AGUDA EN UN HOSPITAL NACIONAL EN COMPARACIÓN CON EL NORTE DE EUROPA: ¿SON APLICABLES SUS PROTOCOLOS?

Asensio Gómez, Luis; Vicario Bravo, Marina; Villadóniga Sánchez, Arantxa; Peinado Iribar, Begoña; Álvarez Peña, Estibaliz; Díaz Domínguez, Joaquín; Prieto Nieto, Isabel; Marijuán, José Luis; Rubio-Perez, Inés

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La diverticulitis aguda es una patología frecuente, con una prevalencia en aumento en toda Europa. Es un cuadro clínico al que se enfrentan habitualmente los cirujanos en urgencias, teniendo que realizar un diagnóstico diferencial y decidir el mejor tratamiento posible. En los últimos años, con el mayor conocimiento de la fisiopatología de la diverticulitis aguda se ha cambiado el esquema de actuación de más agresivo (quirúrgico) a más conservador. A pesar de la evidencia científica publicada en los últimos años, siguen existiendo grandes diferencias en las guías de tratamiento entre el Norte y el Sur de Europa, sobre todo respecto al uso de antibióticos o el tratamiento ambulatorio. El objetivo de nuestro estudio es analizar si los patrones de presentación de la diverticulitis (sobre una muestra de pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda en nuestro centro), son similares a los descritos en publicaciones previas y evaluar el tratamiento antibiótico.

Métodos: Revisamos 175 pacientes consecutivos diagnosticados de diverticulitis aguda durante el año 2012, realizando un seguimiento de 5 años tras el diagnóstico. El 41% eran varones con una edad media de 63 años. En 136 (77,7%) casos se trataba del primer episodio, 39 fueron recurrencias (2-4 episodios). En el momento del ingreso la escala Hinchey fue 0: 5 casos (2,8%); Ia: 115 (65,7%); Ib: 21 (12%); II: 13 (7,4%); III: 6 (3,4%); IV: 15 pacientes (8,5%). Requirieron cirugía urgente 25 pacientes (14,2%). Fallecieron 3 pacientes con peritonitis fecaloidea y edades de 81, 92 y 100 años. De los 175 casos, en 148 (84,5%) constaba en la historia haber recibido tratamiento antibiótico. El más frecuentemente utilizado en casos de diverticulitis no complicada fue amoxicilina/clavulánico, y piperacilina/tazobactam en los casos de diverticulitis aguda complicada. La estancia media hospitalaria fue de 8 días.

Resultados: Morris et al. (JAMA 2014) hipotetizó que en una cohorte de 1.000 paciente con diverticulitis aguda el 80% serían diverticulitis no complicadas y el 20% diverticulitis complicadas. En nuestra muestra la diverticulitis aguda no complicada supone el 77,7% (próximo al 80% descrito a pesar del pequeño tamaño muestral). La mayor parte de los casos que requirieron cirugía urgente (12%) fueron en diverticulitis aguda complicada (neumoperitoneo, colecciones y Hinchey III/IV) Tan solo 3 diverticulitis agudas no complicadas (Hinchey I y II) requirieron cirugía urgente; 34,2% de los pacientes presentaron otro ingreso.

Conclusiones: En la actualidad, en España no existe un consenso a la hora de seguir las guías europeas sobre diverticulitis y existe mucha variabilidad entre los protocolos de tratamiento de cada centro. A pesar de nuestro pequeño tamaño muestral, observamos que los patrones son similares a los europeos. Habría que plantear la aplicabilidad real de estas guías a nuestros pacientes para optimizar los protocolos actuales, que tendrían utilidad para reducir el uso de antibióticos innecesarios o de espectros extendidos, reducir la estancia hospitalaria y favorecer el tratamiento ambulatorio en casos indicados.