



P-396 - MANEJO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA SIN ANTIBIOTERAPIA. EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Serrano González, Javier¹; Galindo Jara, Pablo¹; Lucena de la Poza, José Luis²; Sánchez Movilla, Arsenio²; Gallardo Herrera, Ana Belén¹; Colao García, Laura¹; Román García de León, Laura²

¹Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz; ²Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar los resultados iniciales del protocolo aprobado en nuestro hospital sobre el manejo sin antibioterapia de los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (DANC).

Métodos: Se incluyen en la muestra aquellos pacientes diagnosticados en urgencias por TC de abdomen de DANC, Hinchey Ia, y que cumplen los criterios de inclusión. Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de DA no complicada. Clínica compatible con DA, Ausencia de signos de sepsis, TC compatible con DA, sin signos radiológicos de absceso, fístula o perforación (neumoperitoneo libre). Mayores de 18 años. ASA I-II. Apoyo familiar. Tolerancia a dieta vía oral. Criterios de exclusión: DA complicada (absceso, fístula, neumoperitoneo). Menores de 18. Embarazadas. Inmunodeprimidos (oncológicos, tratamiento corticoideo crónico u otros inmunosupresores, insuficiencia renal crónica). Obesidad mórbida (IMC > 40). Intolerancia a dieta vía oral. Signos de sepsis. El manejo llevado a cabo con estos pacientes consiste en: alta domiciliaria. Analgesia alterna: paracetamol 1 g cada 8 horas, alterno con metamizol 575 mg (dexketoprofeno 25 mg en caso de alergias previas). Dieta líquida 48 horas. Introducción progresiva de dieta blanda sin fibra (se adjunta dossier informativo con alimentos permitidos/recomendados hasta revisión en consulta). Revisión en consulta en 7-10 días con analítica previa. Entrevista telefónica al mes del episodio agudo. Si buena evolución, se valora individualmente la necesidad de TC control y colonoscopia posterior.

Resultados: Hasta el momento, nuestra muestra incluye 16 pacientes, 10 hombres (63%) y 6 mujeres (37%), con una edad media de 41 años (rango 32-51). La evolución ha sido buena en 15 de ellos (94%), con mejoría clínica y analítica en su visita a consultas externas y sin aparición de complicaciones posteriores. Un paciente acudió a urgencias por persistencia del dolor 48 horas después de haber sido dada de alta; ante la mala evolución clínica y la elevación de reactantes de fase aguda, se decidió inicio de antibioterapia con amoxicilina-ác. clavulánico, con buena evolución posterior. No se han recogido otros eventos adversos por el momento (desarrollo de absceso intraabdominal, perforación...).

Conclusiones: Desde el estudio AVOD de 2012 se han llevado a cabo en otros países un manejo similar al descrito, con buenos resultados, tal y como avalan diversos metaanálisis actuales (Emile et al. 2018, entre otros). Guías de actuación, como la danesa, ya defienden la restricción de

antibioterapia ante pacientes sin signos de complicación. Mora et al. están realizando actualmente un estudio multicéntrico aleatorizado en Cataluña al respecto. En nuestra experiencia inicial, los resultados parecen corresponderse con los publicados por otros grupos. Hay que ser cautos al respecto, dado el bajo volumen de pacientes estudiados hasta el momento y la ausencia de comparación con grupo control. Dicho estudio será realizado cuando la muestra sea mayor, y sus resultados expuestos en el futuro.