



182 - BACTERIEMIA SECUNDARIA A COLANGITIS EN NUESTRO MEDIO: ¿ES ADECUADA LA ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA INICIAL?

Diego Larrea, Guillem Font, Lucas Ilzarbe, Cristina Alvarez-Urturi, Lucia Márquez, Xavier Bessa, Maria González y Laura Carot

Servicio de Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La elección del tratamiento antibiótico empírico para la colangitis aguda basado en las últimas guías de práctica clínica (Criterios Tokio 2018) se establece en función de la gravedad. No obstante, esta recomendación ha sido muy cuestionada en entornos donde la prevalencia de *E. coli* o *Klebsiella* con betalactamasa de amplio espectro (BLEE) supera el 10-20% por lo que algunos expertos sugieren empezar por una cobertura antibiótica más amplia de forma sistemática.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de colangitis por gérmenes multirresistentes en nuestro ámbito, los factores predictores y la adecuación antibiótica.

Métodos: Análisis retrospectivo de las variables demográficas, clínicas, analíticas y microbiológicas en 331 pacientes con diagnóstico de colangitis aguda ingresados en el Hospital del Mar (2018-2021).

Resultados: La edad media fue de 78 años y el 53% fueron hombres. Se realizaron hemocultivos en un 92% de los casos, siendo positivos un 49% (149 pacientes). De los hemocultivos positivos, se aislaron un 12% de gérmenes multirresistentes (19 pacientes, de los cuales 17 fueron BLEE). Las pautas empíricas más frecuentes fueron amoxicilina ac. clavulánico (112 casos) y cefalosporinas asociadas a metronidazol (120 casos), con 94,8% y 96,1% de adecuación terapéutica respectivamente. El germen predominante fue *E. coli* (88%) seguido de *Klebsiella* spp (21%) y *Enterobacter* spp (16%). La colonización previa de microorganismos multirresistentes (3,9%) y los pacientes institucionalizados (5,14%) fueron las únicas variables relacionadas con la presencia de colangitis causadas por gérmenes multirresistentes, pero en el análisis multivariado solo la colonización previa fue un factor predictor independiente (OR 6,69, IC 1,16-38,35). No hubo ninguna variable hemodinámica o analítica asociada a la bacteriemia por gérmenes multirresistentes. Tampoco el hecho de haber sido intervenido en el pasado de colecistectomía, esfinterotomía o incluso hepaticoyeyunostomía se relacionó con colangitis por gérmenes conflictivos. Asimismo, no se pudo demostrar que la bacteriemia, independiente del tipo de germen multirresistente o no, se asociase con un aumento de mortalidad. Del mismo modo, la gravedad de las colangitis según los criterios de Tokio tampoco se relacionó presentar bacteriemia por gérmenes multirresistentes.

Conclusiones: La prevalencia de colangitis por gérmenes multirresistentes en nuestro entorno es significativa. No obstante, se alcanza una elevada adecuación antibiótica con amoxicilina ac. clavulánico o cefalosporinas de tercera generación. Se debería considerar el inicio de una pauta

antibiótica empírica de amplio espectro (principalmente fármacos carbapenémicos) en pacientes que presenten colonización previa por microorganismos conflictivos.