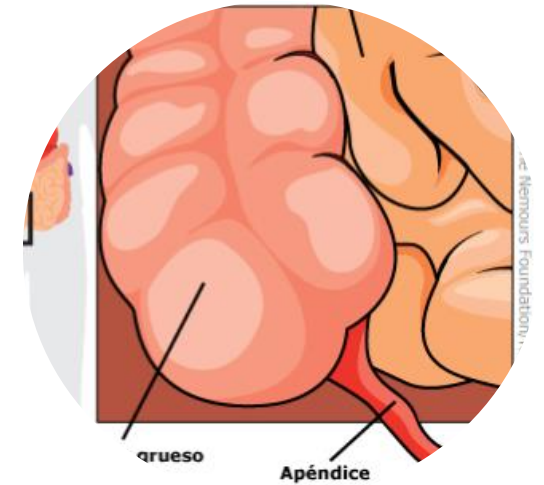


ANTIBIOTERAPIA POSTAPENDICETOMÍA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL



Del Arco Guzmán, Natalia; Díaz Martos, Julio; Martín Pedraz, Laura; Fernández Vega, Nadín; Carazo Gallego, Begoña; Núñez Cuadros, Esmeralda.





DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

ANTIBIOTERAPIA POSTAPENDICETOMÍA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

Relativas a esta presentación existen las siguientes relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de intereses:

Del Arco Guzmán, Natalia; Díaz Martos, Julio; Martín Pedraz, Laura; Fernández Vega, Nadín; Carazo Gallego, Begoña; Núñez Cuadros, Esmeralda

NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES

INTRODUCCIÓN



Inflamación apéndice cecal
Causa más frecuente de
abdomen agudo quirúrgico



Gold standard:
APENDICECTOMÍA



¿Qué antibiótico?
¿Vía de administración?
¿Duración?

OBJETIVOS
ANTIBIOTERAPIA



PROFILAXIS

- Reducir el riesgo de IHQ
- Reducir el riesgo de absceso intraabdominal/peritonitis



TRATAMIENTO

- Tratamiento de absceso peritoneal/peritonitis
- Tratamiento de bacteriemia



No
consenso

Di Saverio et al. World Journal of Emergency Surgery (2020) 15:27
<https://doi.org/10.1186/s13017-020-00306-3>

World Journal of
Emergency Surgery

REVIEW

Open Access

Diagnosis and treatment of acute
appendicitis: 2020 update of the WSES
Jerusalem guidelines



- Tolerancia oral
- Afebril
- Dolor controlado con analgesia oral

“El uso de antibioterapia de mayor
espectro no ha demostrado disminuir
el riesgo de absceso intraabdominal”

3-5 días



Si aislamiento microbiológico, no realizar tratamiento dirigido.

OTROS ESTUDIOS:

- Antibioterapia amplio espectro: 42,7%
- Complicaciones: 29,3%

OBJETIVO

Describir las características clínico-epidemiológicas de pacientes pediátricos intervenidos de apendicitis aguda que recibieron antibioterapia en un hospital de tercer nivel y los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de complicaciones posteriores.

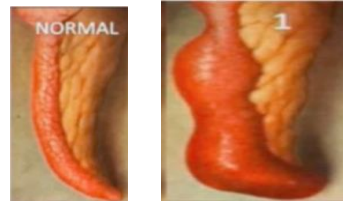
MATERIAL Y MÉTODOS

Descriptivo, retrospectivo

- Pacientes < 16 años intervenidos de AA con antibioterapia postoperatoria (enero a diciembre 2021).

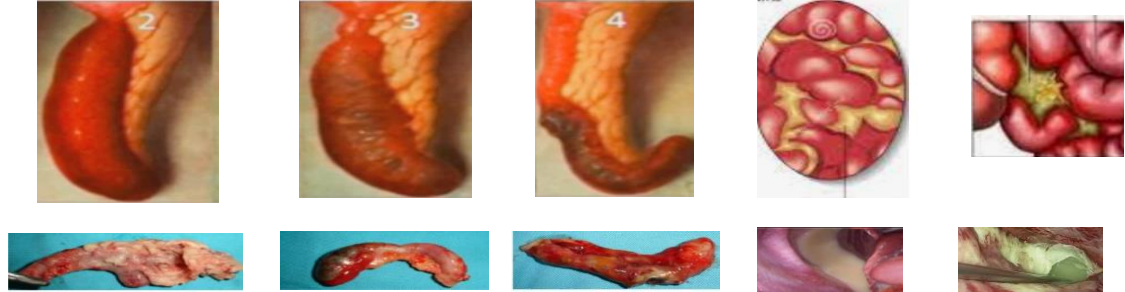
->

No complicada



Congestiva/catarral

Complicada



Flemonosa

Gangrenosa

Perforada

Peritonitis

Absceso

->Complicaciones no presentes al diagnóstico: absceso intraabdominal o peritonitis.

RESULTADOS

N = 106

-Edad: 9,32 ($\pm 3,1$) años

MUJERES

29,50%

HOMBRES

70,50%

LAPAROSCOPIA

41,50%

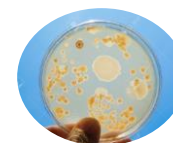
LAPAROTOMÍA

58,50%



30,2%

PCR 63,7 (± 61) mg/L



38,7%



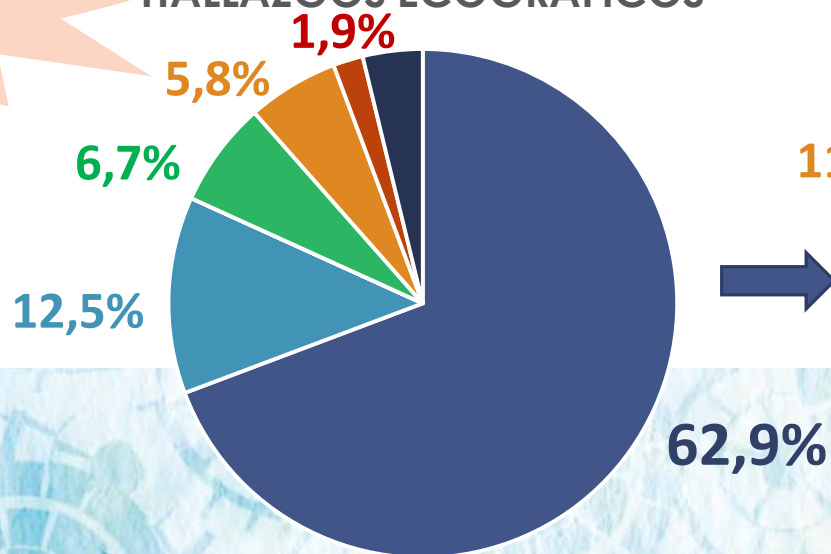
28,6%

-Atb amplio espectro*: 18,9%

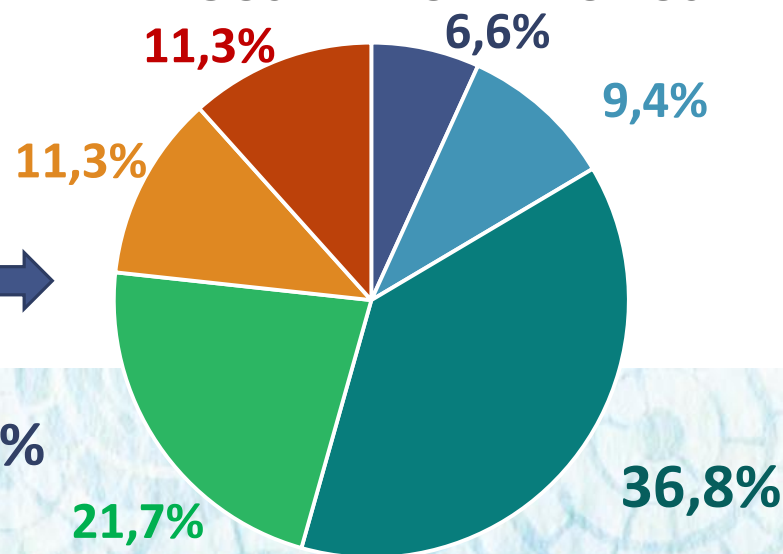
-Duración atb: 7,76 ($\pm 4,2$) días.

COMPLICACIONES: 22,6 %

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS



HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS



NO COMPLICADA
FLEMONOSA
GANGRENOSA
PERFORADA
CON PERITONITIS
ABSCESO
PLASTRÓN

RESULTADOS. ANÁLISIS BIVARIANTE.

	NO COMPLICACIÓN	COMPLICACIÓN	P
EDAD	9.35 (8.17-10.5)años	8.64 (5.5-11.75)años	0.201
SEXO	H:M (70.7%:29.3%)	H:M (72.2%:27.8%)	0.896
FIEBRE	26.7%	52.6%	0.03*
PCR	54.2 (31.25-77.18)	77.88 (41.8-113.97)	0.015*
PSEUDOMONAS	19.2%	60%	0.093
ATB amplio espectro	18.1%	41.2%	0.054
DURACIÓN	7.08 (5.42-8.74)días	11.8 (9.4-14.24)días	<0.001*
REINGRESO	1.3%	10.5%	0.103
AP. NO COMPL	6.7%	10.5%	0.626
AP. FLEMONOSA	12.0%	5.3%	0.681
AP. GANGRENOSA	48.0%	15.8%	0.011*
AP. PERFORADA	20.0%	42.1%	0.070

RESULTADOS: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

- $p < 0,2$ en el bivalente
- Clínicamente relevantes

PREDICTOR COMPLICACIONES	OR (IC 95%)	P valor
Edad	0,791 (0,609-1,128)	0,170
Sexo	1,073 (0,184-8,678)	0,947
PCR	1,013 (1,000-1,035)	0,152
Pseudomonas en líquido peritoneal	3,986 (0,452-18,994)	0,166
Antibiótico amplio espectro	0,521 (0,023-4,080)	0,627
Apendicitis perforada	0,823 (0,453-64,291)	0,142

SIN DIFERENCIAS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

CONCLUSIONES

- El empleo de antibioterapia de **amplio espectro** en nuestra serie es **inferior** a lo reportado en la literatura. Además, la tasa de **complicaciones** es ligeramente **inferior** a otros estudios.
- Un menor espectro antimicrobiano no parece relacionarse con el desarrollo de complicaciones en nuestra serie.
- El aislamiento de **P. aeruginosa** no parece aumentar el riesgo de complicaciones por lo que no estaría indicada su cobertura en las pautas de tratamiento antibiótico empírico.
- Las **limitaciones** de este estudio: Retrospectivo, unicéntrico.

GRACIAS...

I LOVE
INFECTOLOGÍA
PEDIÁTRICA