

MODIFICACIONS

REVISIÓ	DATA	DESCRIPCIÓ
tercera	Nov 2016	Infecciones bacterianas en paciente con cirrosis hepática

PREPARAT***	REVISAT/VALIDAT****	APROVAT*****
<i>Nom, llinatges i signatura</i>		
Adelaida Rey	Medicina interna	Comisión de infección hospitalaria
Lucia Bonet	Digestivo	
REVISIÓ LINGÜÍSTICA	DATA:	


*Codi del document: PADTC-XXX-001 (XXX sigles de la comissió, servei o unitat)

**Revisió: es marca la revisió del procediment amb les lletres de l'abecedari. Es comença per la lletra A, que indica que és la primera versió. Quan es faci un canvi conceptual del document, es farà la segona versió, que durà la lletra B, i així successivament.

***Preparat: autor (responsable de la comissió, servei o unitat).

****Revisió feta per un altre professional entès en la matèria. Presentació i validació per la Comissió pertinent (Comissió d'Infermeria, Comissió Mèdica).

*****Signatura de la Direcció de referència.

 Son Espases hospital universitari	TÍTULO DEL PROTOCOL, PROCEDIMENT, GUIA, MANUAL, INSTRUCCIÓ DE TREBALL	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 2 de 5
NOM DEL SERVEI, UNITAT O ÀREA		

1. OBJETIVO

Las infecciones bacterianas constituyen una de las complicaciones más graves de la cirrosis hepática, produciendo un aumento de hasta cinco veces la mortalidad respecto a los pacientes cirróticos no infectados, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoces. Dentro de estas infecciones destaca la Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE), cuya prevalencia es del 1,5 - 3,5% en pacientes no hospitalizados y del 10% en hospitalizados; con un alto riesgo de evolución a shock séptico, fallo multiorgánico y/o muerte. En las últimas décadas, la mortalidad ha disminuido de casi un 100% a 10-20% debido a su diagnóstico precoz; mientras que se estima que la supervivencia disminuye un 8% por cada hora de retraso en el inicio del antibiótico. Por estos motivos creemos que es importante hacer una revisión de las guías nacionales e internacionales y actualizar nuestro protocolo como se muestra a continuación.

2. DESCRIPCIÓN:

2.1 PATOLOGIA:


La infección más frecuente en el paciente con cirrosis hepática es la **Peritonitis Bacteriana Espontánea (PBE)**, que se define como infección del líquido ascítico en ausencia de una causa evidente. Ésta se presenta en pacientes con cirrosis avanzada de cualquier etiología. La mayoría de los episodios son causados por microorganismos aerobios gramnegativos, siendo la propia flora intestinal del paciente la fuente de infección, lo que se explica por las alteraciones en la motilidad intestinal, el sobrecrecimiento bacteriano intestinal, la traslocación bacteriana y las alteraciones inmunológicas locales y sistémicas. Los microorganismos causantes más frecuentes son: *E. coli*, *Klebsiella sp*, *Streptococcus sp*, *Enterococcus sp* y *Staphylococcus sp*.

En este tipo de pacientes también podemos observar la **peritonitis bacteriana secundaria** a una perforación de víscera o proceso intraabdominal cuando: la infección aparece tras un proceso invasivo, los síntomas y/o signos abdominales están muy localizados, presencia de múltiples microorganismos en el cultivo, recuento de neutrófilos muy alto y/o alta concentración de proteínas en el líquido ascítico, o en pacientes con respuesta inapropiada al tratamiento.

La **Bacterioascitis** es una entidad definida como una colonización de la ascitis, bien a partir de una infección extraperitoneal (suelen haber síntomas generales y signos de infección) o de forma espontánea. En los pacientes asintomáticos la bacterioascitis representa generalmente una colonización transitoria y espontáneamente reversible, mientras que en los sintomáticos suele ser el inicio de una PBE.

En los pacientes cirróticos con hidrotórax preexistente debemos pensar en la infección del mismo, que se asocia a PBE hasta en un 50% de los casos y se denomina **empiema pleural bacteriano espontáneo**.

Todas estas entidades pueden desarrollarse en pacientes asintomáticos (sobre todo en los no hospitalizados) o acompañarse de síntomas como: fiebre, dolor o distensión abdominal, alteración nivel conciencia, diarrea, íleo paralítico, hipotensión, hipotermia o alteraciones analíticas como leucocitosis, acidosis metabólica, amonemia.

 Son Espases hospital universitari	TÍTULO DEL PROTOCOL, PROCEDIMENT, GUIA, MANUAL, INSTRUCCIÓ DE TREBALL	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 3 de 5
NOM DEL SERVEI, UNITAT O ÀREA		

2.2 DIAGNÓSTICO:

Debe realizarse una paracentesis diagnóstica a todo paciente que acuda al hospital con cirrosis hepática y que presente:

- Ascitis
- Hemorragia digestiva
- Shock
- Fiebre
- Dolor abdominal
- Empeoramiento de la función hepática
- Insuficiencia renal
- Encefalopatía

En todos los pacientes debe realizarse una analítica con hemograma, coagulación, función renal y hepática. Así como extraer hemocultivos y urocultivo.

a) Peritonitis bacteriana espontánea

Debe realizarse una paracentesis con análisis bioquímico y microbiológico (en frasco de hemocultivo) del líquido ascítico:

- Un recuento de PMN >250 /mm³ basta como sospecha diagnóstica y justifica el inicio de tratamiento antibiótico.
 En líquidos hemáticos (>10.000 hematíes/mm³) se debe aplicar un factor de corrección de 1 PMN por cada 250 hematíes.
- El cultivo positivo monobacteriano de líquido ascítico confirma el diagnóstico, pero solo resulta positivo en un 40% de los casos

b) Peritonitis bacteriana secundaria

Se debe sospechar si el cultivo del líquido ascítico es polimicrobiano, si los PMN y las proteínas del líquido ascítico son muy elevadas o si el recuento de PMN no disminuye hasta al menos el 25% del valor pre-tratamiento.

En caso de sospecharla deberíamos solicitar una prueba de imagen adecuada como un TAC abdominal.


c) Empiema pleural bacteriano espontáneo

Análisis del líquido pleural con cultivo positivo y más de 250 neutrófilos/mm³, o cultivo negativo con más de 500 neutrófilos/mm³, en ausencia de infección pulmonar. Se recomienda cultivo en frascos de hemocultivo.

2.3 TRATAMIENTO:

a) Tratamiento de la peritonitis bacteriana espontánea:

El tratamiento debe iniciarse inmediatamente después del diagnóstico sin esperar el resultado del cultivo. Las primeras 48 horas debe ser tratamiento parenteral, posteriormente si existe buena

 NOM DEL SERVEI, UNITAT O ÀREA	TÍTOL DEL PROTOCOL, PROCEDIMENT, GUIA, MANUAL, INSTRUCCIÓ DE TREBALL	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 4 de 5

evolució puede realizarse terapia secuencial a vía oral, durante 5 días más, para completar una semana de tratamiento.

Empírico	Alérgia a penicilina	Tratamiento oral
Cefotaxima 2g/8h EV	Ciprofloxacino 400mg/12h EV o Aztreonam 1-2g/8h +/- vancomicina 15 mg/Kg/12h (si profilaxis previa con quinolonas)	Ofloxacino 400mg/12h VO en PBE no complicada y sin profilaxis previa con quinolonas o Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8h VO

Las quinolonas deben evitarse como tratamiento empírico en pacientes que estaban tomando profilaxis previa con ofloxacino o norfloxacino.

Duración del tratamiento: 7 días. Considerar alargar el tratamiento en caso de microorganismos atípicos o multirresistentes

La resolución de la PBE debe ser demostrada mediante demostración de una reducción del recuento de neutrófilos en líquido ascítico hasta <250/mm³ y cultivos estériles de líquido ascítico, si hay diagnóstico positivo.

Expansión plasmática con albúmina con dosis de 1,5 g/kg de peso en el momento del diagnóstico y 1 g/kg al día 3: previene el fracaso renal en pacientes con alto riesgo (bilirrubina > 4 mg/dL o creatinina >1 mg/dL o BUN >30 mg/dl) y disminuye la mortalidad.

b) Tratamiento de la Peritonitis Bacteriana Secundaria

Cefotaxima 2g/8h EV + Metronidazol 500mg/8h EV


2.4 EVOLUCIÓN

a) Peritonitis bacteriana espontánea

Se recomienda realizar paracentesis de control a las 48 horas.

- PMN < 250/mm³: completar tratamiento antibiótico.
- PMN más elevados que en la primera paracentesis: buscar causa quirúrgica de sepsis abdominal.
- PMN elevados, pero menos que en la primera paracentesis: continuar con el antibiótico 48h más y repetir la paracentesis.

Se considera fracaso del tratamiento un descenso de PMN inferior al 25% del valor basal. En estos casos debe modificarse el antibiótico y descartar una peritonitis secundaria.

 Son Espases hospital universitari NOM DEL SERVEI, UNITAT O ÀREA	TÍTOL DEL PROTOCOL, PROCEDIMENT, GUIA, MANUAL, INSTRUCCIÓ DE TREBALL	CODI*
		REVISIÓ**
		DATA
		Pàgina 5 de 5

b) Bacterioascitis

Se recomienda repetir la punción en 2 días e iniciar antibiótico si han aumentado los PMN >250/ml y siempre que el paciente muestre signos de infección sistèmica o dolor abdominal.

2.5 PROFILAXIS DE LA PBE

El uso de antibióticos profilácticos debe ser estrictamente restringido a pacientes con alto riesgo de PBE. Se han identificado tres poblaciones de pacientes de alto riesgo:

Cirróticos con hemorragia digestiva aguda	Pacientes con historia previa de PBE (Profilaxis secundaria)	Pacientes con proteínas bajas en líquido ascítico (Profilaxis primaria)
Norfloxacin 400 mg/12h VO/sng durante 7 días En caso de cirrosis estadio C o con encefalopatía: Ceftriaxona 1 gr/24h EV durante 7 días	Norfoxacino 400 mg/día Alternativas: Ciprofloxacino 750mg/sem o Trimetoprim-sulfametoxazol 800/160mg/día De manera indefinida	Enfermedad hepática severa con proteínas del líquido ascítico <15g/l Norfoxacino 400 mg/día o Trimetoprim-sulfametoxazol 800/160mg/día Mientras dure el ingreso hospitalario

3. BIBLIOGRAFIA

1. Guías de práctica clínica de la EASL sobre el manejo de la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea, y el síndrome hepatorenal en la cirrosis. Journal of Hepatology 2010 vol 53 | 397–417
2. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª Edición. Montoro, Miguel A.; García Pagán, Juan Carlos. Asociación Española de Gastroenterología. Sección 6 – Capítulo 64 – Infecciones bacterianas en pacientes cirróticos.