

► Infección intra-abdominal

Xavier Molina • Servicio de Cirugía General y Digestiva

La infección intraabdominal engloba un amplio grupo de infecciones intraperitoneales secundarias a la contaminación del peritoneo por flora intestinal. Es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo, representado el 23% de las consultas por dolor abdominal.

El tratamiento de la infección intraabdominal incluye el control quirúrgico, radiográfico o endoscópico del foco de infección, la antibioterapia, la administración de líquido y las medidas de soporte de los órganos insuficientes. Ningún régimen antimicrobiano ha sido consistentemente demostrado que sea superior o inferior, pero la ineficacia atribuible exclusivamente a los antibióticos oscila entre el 5% y el 25%, según estudios, ascendiendo la mortalidad global hasta el 16% a 32%, en los pacientes con fallo del tratamiento antibiótico empírico, especialmente si su uso ha sido inadecuado.

Los objetivos de la antibioticoterapia en las infecciones intraabdominales son:

- Cooperar con las defensas locales en la reducción del inóculo bacteriano
- Evitar o, si ésta ya existe, tratar la bacteriemia
- Eliminar la contaminación residual una vez que el cirujano ha controlado el foco y lavado la cavidad abdominal
- Favorecer la localización de los abscesos
- Reducir la tasa de infección de la herida quirúrgica

Es imprescindible realizar un tratamiento antibiótico empírico correcto, es decir, de espectro adecuado frente a la variada flora patógena típica de las peritonitis, y éste debe ser realizado desde el primer momento.

Tratamiento empírico

Tabla 1. Factores a considerar antes de iniciar un tratamiento antibiótico empírico en infección intrabdominal

- a) Alergia a antibióticos
- b) Función renal
- c) Origen y gravedad de la infección
- d) Circunstancias por las que se puede alterar la flora: tratamiento antiácido, oclusión intestinal.
- e) Enfermos con más posibilidades de estar infectados o colonizados por gérmenes nosocomiales o resistentes:
 - Haber recibido tratamiento antibiótico durante las 72 horas previas
 - Lugar de adquisición de la infección: comunitaria o nosocomial o asociada a cuidados de salud (pacientes proveniente de Diálisis, Hospital de Día, Hospitalización a domicilio, ingresados en los cuatro meses previos o residentes de Centros Sociosanitarios o residencias medicalizadas)

Infección intra-abdominal

Elección del tratamiento empírico

Situación clínica	Antibiótico elección
Infección-intra-abdominal	
Infección comunitaria leve o moderada en paciente inmunocompetente que no ha recibido antibióticos Sin factores de riesgo	Amoxicilina-Ác.Clavulánico 1-2g/8h EV Alergia a betalactámicos: (Aztreonam o Gentamicina) + Metronidazol
Infección comunitaria leve o moderada en paciente inmunocompetente que no ha recibido antibióticos Con factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none">• >65 años• Desnutrición• Insuficiencia cardiaca• Diabetes• Cirrosis hepática• Insuficiencia renal crónica	Ertapenem 1g/24h EV Alergia a betalactámicos: (Aztreonam o Gentamicina) + Metronidazol
Infección comunitaria grave, infección nosocomial o infección en paciente inmunodeprimido o que ha recibido tratamiento antibiótico previo. Grave: sepsis o puntuación APACHE II ≥ 15	Piperacilina-tazobactam 4/0,5 g/8h EV o Imipenem 500 mg/8 h EV o Meropenem 1 g/8h EV Alergia a betalactámicos: (Aztreonam o Gentamicina) + Metronidazol

Peritonitis terciaria

**Piperacilina-tazobactam 4/0,5 g/8h EV o
Imipenem 500 mg/8 h EV o
Meropenem 1 g/8h EV**
+ Glucopéptido o linezolid
± fluconazol
Alergia a betalactámicos:
(Aztreonam o Gentamicina) +
Metronidazol + (Glucopéptido o linezolid)
± fluconazol

No se incluyen las cefamicinas con actividad anaerobicida ni la Clindamicina por resistencias elevadas en *B.fragilis*. Tampoco el Ciprofloxacino por resistencias en *E.Coli*.

Duración del tratamiento

El tratamiento antibiótico no debe prolongarse innecesariamente para evitar la toxicidad y la presión selectiva sobre la flora endógena.

IIA leve-moderada con intervención quirúrgica curativa precoz (apendicectomía, colecistectomía, cierre de perforación intestinal traumática < 12 horas o perforación gastroduodenal < 24 horas) retirarse en 24-72 horas.

IIA grave 5-7 días.

La antibioticoterapia puede suprimirse si:

- La temperatura axilar es inferior a 37'5°C durante 24 horas
- El recuento de leucocitos es < 12.000/mm³
- Tolera alimentación oral
- Recupera la motilidad intestinal

Si reúne estas 4 condiciones la probabilidad que persista un foco residual o que la infección recurra es prácticamente nula.

Bibliografía

1. Tellado JM, Sitges-Serra F, Barcenilla M, Palomar R, Serrano J, Barberán M et al. Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones intraabdominales. *Rev Esp Quimioterap* 2005; 18: 179-186.
2. Tellado JM, Chistou VN. *Intraabdominal Infections*. Harcourt, Madrid 2000.
3. Pacelli F, Doglietto GB, Alfieri S. Prognosis in intrabdominal infection. Multivariate analysis on 604 patients. *Arch Surg* 1996; 131: 641-645.
4. Schoeffel U, Jacobs E, Ruf G. Intraperitoneal microorganisms and the severity of peritonitis. *Eur J Surg* 1995; 161: 501-508.
5. Álvarez Rocha L, Aranza JR, Balibrea JL, Cainzos M, García-Rodríguez JA, Gomis M et al. Pautas de tratamiento antibiótico empírico de las infecciones intraabdominales. *Rev Esp Quimioterap* 2000; 13: 1-8
6. Badía Pérez JM, Girvent Montllor M, Sitges-Serra A. Antibioterapia profiláctica y terapéutica en la cirugía general. *Manual de la Asociación Español de Cirujanos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A. 2005; 96-108.
7. Mazuski JE, Sawyer RG, Nathens AB et al. Therapeutic Agents Committee of the Surgical Infection Society. The Surgical Infection Society Guidelines on antimicrobial therapy for intra-abdominal infections: Evidence for the recommendations. *Surg Infect* 2002; 3: 175-233.
8. Mazuski JE, Sawyer RG, Nathens AB et al. Therapeutic Agents Committee of the Surgical Infection Society. The Surgical Infection Society Guidelines on antimicrobial therapy for intra-abdominal infections: An executive Summary. *Surg Infect* 2002; 3: 161-173.
9. Alonso Gonçalves S, Sitges-Serra A. Pautas de antibioticoterapia en la infección intraabdominal. *Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*. Madrid: Aran ediciones S.L. 2006; 281-292.