



## LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS

## Epidemiología de la peritonitis fecaloidea en las unidades de críticos

**Artículo original:** Tridente A, Clarke GM, Walden A, McKechnie S, Hutton P, Mills GH, Gordon AC, Holloway PA, Chiche JD, Bion J, Stuber F, Garrard C, Hinds CJ; GenOSept Investigators. Patients with faecal peritonitis admitted to European intensive care units: an epidemiological survey of the GenOSept cohort. *Intensive Care Med.* 2014 Feb;40(2):202-10. ([PubMed](#))

Gómez Garrido M, Rodilla Fiz AM, Jiménez Vizuete JM.

*Hospital General de Albacete.*

### Resumen

La peritonitis fecaloidea (PF) es una causa frecuente de sepsis en las unidades de cuidados críticos (UCC) asociada a una alta mortalidad. Son diversos los estudios acerca de la epidemiología de la infección intraabdominal, pero pocos los que se centran en el subgrupo de PF. El grupo de Genética de la sepsis y el shock séptico en Europa (GenOSept) está investigando la influencia de la variación genética en la respuesta del huésped y sus resultados en una gran cohorte de pacientes con sepsis ingresados en UCC en Europa. Este grupo presenta un estudio preliminar epidemiológico de este subgrupo concreto de pacientes.

Los objetivos son definir las características clínicas, resultados y factores de riesgo de mortalidad en pacientes con PF en varias UCC de Europa. Es un estudio epidemiológico cuyo objetivo principal es analizar la mortalidad a los 6 meses.

Se trata de un estudio de 997 pacientes con PF admitidos en 102 hospitales de 16 países entre septiembre de 2005 y enero 2011. La media de edad fue de 69,2, y las causas más comunes de FP fueron la diverticulitis perforada (32,1%) y la dehiscencia sutura (31,1%). El Apache II medio fue de 16.

La mortalidad a los 28 días fue de 19,1%, aumentando a un 31,6% a los 6 meses. La causa de la PF, la comorbilidad y el tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la cirugía de control del foco no tuvieron impacto en la supervivencia. Los factores independientes asociados con la mortalidad fueron la edad, el Apache II, la insuficiencia renal y la disfunción cardiovascular desarrolladas durante la primera semana de admisión en UCC, la hipotermia, el hematocrito bajo y la bradicardia.

### Introducción

La peritonitis fecaloidea (PF) es una causa frecuente de sepsis en las unidades de cuidados críticos (UCC) asociada a una alta mortalidad. Son diversos los estudios acerca de la epidemiología de la infección intraabdominal, pero pocos los que se centran en el subgrupo de PF. El grupo de Genética de la sepsis y el shock séptico en Europa ([GenOSept](#)) está investigando la influencia de la variación genética en la respuesta del huésped y sus resultados en una gran

cohorte de pacientes con sepsis ingresados en UCC en Europa. Este grupo presenta un estudio preliminar epidemiológico de este subgrupo concreto de pacientes.

### Resumen

Los objetivos son definir las características clínicas, resultados y factores de riesgo de mortalidad en pacientes con PF en varias UCC de Europa. Es un estudio epidemiológico cuyo objetivo principal es **analizar la mortalidad a los 6 meses.**

Se trata de un estudio de 997 pacientes con PF admitidos en 102 hospitales de 16 países entre septiembre de 2005 y enero 2011. La media de edad fue de 69,2, y las causas más comunes de FP fueron la diverticulitis perforada (32,1%) y la dehiscencia sutura (31,1%). El Apache II medio fue de 16.

La mortalidad a los 28 días fue de 19,1%, aumentando a un 31,6% a los 6 meses. La causa de la PF, la comorbilidad y el tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la cirugía de control del foco no tuvieron impacto en la supervivencia. Los factores independientes asociados con la mortalidad fueron la edad, el Apache II, la insuficiencia renal y la disfunción cardiovascular desarrolladas durante la primera semana de admisión en UCC, la hipotermia, el hematocrito bajo y la bradicardia.



### Comentario

Este importante estudio de cohortes aporta una visión general de las características epidemiológicas de la PF en las unidades de críticos europeas mostrando la mortalidad de la misma.

La mayoría de la población estudiada es de edad avanzada y con una alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y de neoplasias. Al contrario de lo encontrado en estudios anteriores, llama poderosamente la atención la **falta de relación entre la comorbilidad**

**asociada y la mortalidad**, de hecho, la comorbilidad ha sido incluida en recomendaciones clínicas como factor de riesgo de mala evolución de la infección intraabdominal (1). Este es un punto controvertido y en algunos estudios recientes tampoco se ha encontrado relación alguna (2).

También llama la atención la **falta de relación entre el inicio de los síntomas y el control quirúrgico del foco de infección con dicha mortalidad**, aunque esta falta de relación puede ser engañosa por las limitaciones propias del estudio y por la ventaja de que, como los propios autores reconocen, la mayoría de los enfermos eran intervenidos antes de las 24 horas del inicio de los síntomas, y todos habían pasado por el quirófano antes de su admisión en la unidad.

La **insuficiencia renal** ya es conocida como **factor independiente de mortalidad en sepsis** (7-10) así como la **hipotermia**. El debate continúa sobre si la mortalidad asociada a la insuficiencia renal es solamente un reflejo de la severidad de la enfermedad de base o esta mortalidad es directamente atribuible a dicho fracaso renal.

La **anemia** en este estudio como **factor independiente de mortalidad** sorprende, y quizás pueda ser explicado como factor que contribuye a los efectos adversos cardiovasculares, poniendo en duda el beneficio del usos restrictivo de las transfusiones en críticos como ya lo hiciera Vincent et al.

Los antibióticos utilizados en el tratamiento fueron muy variados, con un predominio de piperacilina (12%), cefuroxima/metronidazol (5,4%) y amoxi-clavulánico 5%. En un análisis posterior se objetivó que **ninguna de las combinaciones de antibióticos se asoció con mejor mortalidad** aunque

en el subgrupo de la combinación amoxi-clavulánico/metronidazol había una tendencia a una mayor mortalidad.

*No se pueden extraer conclusiones* de este estudio acerca de la **antibioterapia empírica**, aunque ésta ya se ha relacionado en diversos estudios con la mortalidad, por ejemplo Kumar et al. (4), quienes presentaron un estudio de cohortes donde se demostró que por cada hora que se retrasa el antibiótico adecuado se incrementa la mortalidad un 7,6% en pacientes con sepsis grave, o el más reciente y extenso estudio de Ferrer et al de agosto de este año (5) en el que se incide en la misma importancia de la antibioterapia precoz.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra como más importante a nuestro juicio que los centros participantes tenían la libertad para decidir qué pacientes reclutaban y cuáles no, lo cual implica la *posibilidad de un sesgo de selección* que puede afectar tanto a la validez interna como externa o a la extrapolación de resultados. También existe mucha *variación de sujetos aportados* entre hospitales y países. En el material adicional se puede objetivar que solo Reino Unido aporta casi la mitad de los pacientes estudiados, y que hay 7 países que aportan cada uno menos del 1% de los enfermos. Muy importante también es el hecho de que *no hacen mención al microorganismo/s aislado/s* ni tampoco al hablar de antibióticos hacen mención a la *dosis recibida*.

En nuestra opinión la PF, al igual que la infección intraabdominal en general, se asocia con una alta mortalidad en pacientes críticos, incluso en una serie como esta en la que cabe la posibilidad de que se incluya un sesgo. Se necesita **individualizar** a cada paciente, **controlar el foco de infección** de modo precoz o al menos

antes de las 24 horas de inicio de los síntomas y realizar recomendaciones de **tratamiento antibiótico empírico**, precoz, en base a la epidemiología de cada hospital y dentro del contexto clínico de cada paciente.

En cualquier caso son necesarios más estudios amplios que puedan esclarecer la verdadera participación de los factores de riesgo en la mortalidad de la PF y de la infección abdominal en general.

### Bibliografía

- 1.- Guirao X, Arias J, Badía JM et al. Recommendations in the empiric anti-infective agents of intra-abdominal infection. Cir Esp. 2010;87(2):63-81. ([PubMed](#))
- 2.- Van Ruler O, Kiewiet J, Boer K et al. Failure of available scoring systems to predict ongoing infection in patients with abdominal sepsis after their initial emergency laparotomy. BMC Surg. 2011; 11:1–910. ([PubMed](#))
- 3.- Barrantes F, Tian J, Vazquez R, Amoateng-Adjepong Y, Manthous CA. Acute kidney injury criteria predict outcomes of critically ill patients. Crit Care Med 2008; 36:1397–1403. ([PubMed](#))
- 4.- Kumar A, Roberts D, Wood K et al. Duration of hypotension before initiation of effective anti- microbial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Crit Care Med. 2006;34:1589–96. ([PubMed](#))
- 5.- Ferrer R , Martin-Loeches I, Phillips G et al. Empiric antibiotic treatment reduces mortality in severe sepsis and septic shock from the first hour: results from a guideline-based performance improvement program. Crit Care Med. 2014 Aug;42(8):1749-55. ([PubMed](#))

---

**Correspondencia al autor**

Marta Gómez Garrido  
[gomezgarridomartas@gmail.com](mailto:gomezgarridomartas@gmail.com)  
FEA Servicio de Anestesiología y Reanimación.  
Hospital General de Albacete

Ana María Rodilla Fiz  
[ana.rodilla.fiz@gmail.com](mailto:ana.rodilla.fiz@gmail.com)

FEA Servicio de Anestesiología y Reanimación.  
Hospital General de Albacete

José María Jiménez Vizúete  
[josevizuete@gmail.com](mailto:josevizuete@gmail.com)  
FEA Servicio de Anestesiología y Reanimación.  
Hospital General de Albacete

---

[Publicado en AnestesiaR el 7 de enero de 2015](#)

