



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Piperacilina tazobactan en monoterapia no es adecuado para la peritonitis postoperatoria

Artículo original: Augustin P, Kermarrec N, Muller-Serieys C, Lasocki S, Chosidow D, Marmuse JP, Valin N, Desmots JM, Montravers P. Risk factors for multidrug resistant bacteria and optimization of empirical antibiotic therapy in postoperative peritonitis. *Critical Care* 2010; 14: R20. ([PubMed](#)) ([Pdf](#))

Ramasco F.

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Resumen

El grupo de Montravers ha publicado en Junio de 2010 en *Critical Care* un estudio sobre la adecuación de la antibioterapia empírica en la peritonitis postoperatoria.

Introducción

El grupo de Montravers ha publicado en Junio de 2010 en *Critical Care* un estudio sobre la adecuación de la antibioterapia empírica en la peritonitis postoperatoria.



Resumen

Es un estudio retrospectivo en el que se estudia una cohorte de 100 pacientes con peritonitis postoperatoria entendida como una infección intraabdominal después de una cirugía previa programada, en una misma unidad de intensivos quirúrgicos, durante tres años (2001 a 2004).

Se analizaron los factores de riesgo para que los microorganismos causantes de la peritonitis fueran resistentes (Staph Aureus Meticilin Resistentes, enterobacterias productoras de Betalactamasas de espectro ampliado, Gram negativos no fermentadores resistentes a carbapemenes, etc).

También mediante el análisis de muestras microbiológicas, sacadas durante la cirugía de urgencia, estudiaron si los 9 antibióticos más usados en su unidad (que permitían 17 combinaciones diferentes), cubrían de manera óptima a los microorganismos implicados en la peritonitis postoperatoria. Los 9 antibióticos analizados fueron: amoxicilina clavulánico, piperacilina-tazobactan, imipenen, ceftazidima, ciprofloxacino, gentamicina, amikacina, metronidazol, y vancomicina.

El análisis de regresión logística dejó como único factor asociado a la aparición de gérmenes multirresistentes como responsables de la peritonitis, la

administración de antibioterapia de amplio espectro entre la operación inicial, y la de urgencia. (OR: 5,1; IC = 1,7 a 15; P = 0,003).

En los pacientes que habían recibido antibioterapia previa el porcentaje aislado de gérmenes multirresistentes era de un 48 %, y en los que no la había recibido el porcentaje era de un no despreciable 24 %. Aunque no fue analizado, en casi un 10% se aislaron *Cándidas no albicans*.

La antibioterapia empírica fue mucho menos efectiva frente a los gérmenes multirresistentes (39% vs 81%, P < 0,0001).

La monoterapia con piperacilina-tazobactan e imipenen fue la más prescrita, indicándose más frecuentemente imipenen en monoterapia y combinaciones de antibióticos cuanto más alto era el valor del índice SOFA.

El imipenen en monoterapia fue adecuado en el 97% de los casos sin bacterias multirresistentes, pero sólo en el 27% si había gérmenes multirresistentes. Peores resultados tenía la piperacilina-tazobactan con una adecuación mediocre del 78% sin gérmenes multirresistentes, y un pobre 17 % si había gérmenes multirresistentes.

Las combinaciones como vancomicina, imipenen y amikacina conseguían casi un 100% en ambos escenarios.

No hubo sin embargo diferencias significativas de mortalidad entre los grupos antes mencionados.

Los autores lo achacan a los mejores cuidados quirúrgicos y de cuidados intensivos, y al ambiguo papel patogénico de microorganismos como el enterococo.

Su recomendación es utilizar combinaciones de antibióticos de amplio espectro, y posteriormente y en función del resultado de la muestra microbiológica intraoperatoria, desescalar.

Comentario

Es un trabajo muy interesante pues acerca la investigación a la práctica clínica. Su diseño es retrospectivo , pero sus objetivos son sencillos , y aunque deja dudas , nos cuestiona prácticas tan extendidas como la monoterapia en este tipo de infección, sobre todo con un antibiótico tan utilizado en nuestro ámbito como es piperacilina tazobactan, siendo muy cuestionable su uso en monoterapia , sobre todo en los pacientes que han recibido antibioterapia previa .

En los pacientes con peritonitis postoperatoria, sobre todo si han recibido antibioterapia previa, debemos pensar en la posibilidad de gérmenes multiresistentes a la hora de pautar la antibioterapia empírica, pues aumenta su incidencia hasta 5 veces.

Una buena práctica clínica que puede ayudar a evitar errores es guiarse por las recomendaciones publicadas, como el consenso español de infección intraabdominal, o las guías IDSA americanas de infección intrabdominal.

Bibliografía

X. Guirao, J. Arias, J. M.^a Badía, et al. Recomendaciones en el tratamiento antibiótico empírico de la infección intraabdominal. Rev Esp Quimioter 2009;22(3):151-172 (Enlace resumen en AnestesaR-GTIPO)

Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 2010, 50: 133-164. (Enlace resumen en AnestesiaR - GTIPO).

Correspondencia al autor

Fernando Ramasco Rueda
gorria66@gmail.com
FEA. Anestesia y Reanimación.
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

[Publicado en AnestesiaR el 5 de agosto de 2010](#)