



## 111 - ¿PODEMOS MEJORAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES?

*Blanca Alonso Martínez, Lidia Martín Rojo, Laura García Escudero, Carmen Arias Bordajandi, Julia Jiménez Lozano, Javier Aylon Val, Ana Fernández Peinado y María Jesús González del Río*

*Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid).*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los pacientes ingresados en el servicio de Cirugía General con diagnóstico de infección intraabdominal (IIA) y la adecuación al protocolo de manejo de IIA de un hospital de segundo nivel asistencial.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de IAA durante los meses enero-marzo de 2022. Análisis estadístico con Excel 2021.

**Resultados:** Se han analizado un total de 91 pacientes diagnosticados de IAA durante los meses enero-marzo de 2022 de los cuales el 57% fueron hombres. La edad media de los pacientes fue de 59,76 años (DE 19,57) y más de la mitad tenían ninguno o un único factor de riesgo cardiovascular. Las infecciones mayormente documentadas fueron las de tipo inflamatorio (70%) entre ellas, la colecistitis y la apendicitis, seguidas de las perforaciones de víscera hueca (10%). En un 73% de los casos se realizó control de foco (cirugía, drenaje u otras técnicas) consiguiendo con ello una estancia media de 6,55 días, mientras que el 25% restante fue tratado de forma conservadora con una estancia media superior de 11,84 días. El tiempo de antibioterapia en general, fue de 7,1 días, reduciéndose a 6,55 días en los pacientes en los que se realizó control de foco y de un día más, 8,56 días, en los que se manejaron de forma conservadora. El 22% de los pacientes presentaba factores de riesgo de multirresistencia y un 14% infección nosocomial; en ambos grupos se inició antibioterapia empírica de amplio espectro en un 55% y un 36% respectivamente. El tipo de tratamiento empírico se ajustó de forma aproximada al protocolo en un 69% de los casos. Se desescaló la antibioterapia tras el resultado del cultivo únicamente en un 18% de los casos y se acortó el tiempo de tratamiento antibiótico tras el control del foco en un 21% de los casos. El tiempo de tratamiento endovenoso se ajustó al protocolo en un 57% de los casos. Reingresaron por un motivo relacionado el 14% de los pacientes, la mayoría por diverticulitis con mala evolución tras tratamiento antibiótico oral en domicilio. Se produjeron un 4% de *exitus* por causa relacionada o cualquier causa. No hubo ningún reingreso por infección por *Clostridioides difficile*.

Evolución tras alta hospitalaria	N del total	% del total
Sin incidencias	75	82

Reingreso por motivo relacionado	13	14
Reingreso por <i>C. difficile</i>	0	0
<i>Exitus</i> por cualquier causa o causa relacionada	4	4
Datos perdidos	3	3
Total	91	100
Subanálisis de los <i>exitus</i>		
Edad media	61,3 años	
Proceso infeccioso		
Perforación víscera hueca	75%	
Inflamatoria*	25%	
Estancia media	10,73 días	
Control de foco**	50%	

*Discusión:* El manejo de la infección intraabdominal está bien protocolizado en los distintos hospitales y de forma más generalizada en las guías de práctica clínica. En ellos se dan pautas estandarizadas de tiempo de duración de la terapia antibiótica así como la terapia antibiótica empírica de inicio según el tipo de microbiología predominante, el paciente y la enfermedad. La mejoría del tratamiento empírico inicial, así como el trabajo de forma multidisciplinar entre las especialidades de Cirugía, Medicina Interna/Infectología y Microbiología mejora la calidad asistencial y los resultados globales de los pacientes quirúrgicos.

*Conclusiones:* Este estudio revela unos pocos datos sobre el manejo actual de los pacientes quirúrgicos con una relativa buena adherencia al protocolo del manejo de la infección intraabdominal, y abre la puerta a futuras investigaciones para conseguir una mejoría en las cifras de cumplimiento del protocolo y, por tanto, de los resultados globales.