

Concepto	Definición
Peritonitis primaria	Infección monomicrobiana sin ruptura del tracto gastrointestinal. Incluye peritonitis espontánea y peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal. Gérmenes asociados: Enterobacterales, <i>Streptococcus sp.</i>
Peritonitis secundaria	Producto de la perforación de una viscera hueca. Es usualmente polimicrobiana e incluye bacterias aerobias y anaerobias.
Peritonitis terciaria	Infección persistente (>48 horas) o recurrente que ocurre luego de un manejo aparentemente exitoso de una peritonitis secundaria. Se asocia a microorganismos intrahospitalarios incluyendo levaduras, son más probables los gérmenes resistentes.

Escenario	Tratamiento de elección	Alternativas
Apendicitis no perforada	Ampicilina sulbactam 50 mg/kg dosis única	Ceftriaxona 25 mg/kg dosis única + metronidazol 10 mg/kg dosis única. En este escenario la intención es profiláctica y el pilar del tratamiento es el retiro del foco infeccioso.
Apendicitis perforada con peritonitis localizada	Ampicilina sulbactam 300 mg/kg/día cada 8 horas en infusión de 4 horas.	Ceftriaxona 100 mg/kg/día cada 12 horas + metronidazol 30 mg/kg/día cada 8 horas
Apendicitis con plastrón apendicular	Paciente estable con foco controlado: ampicilina sulbactam 200 mg/kg/día cada 8 horas en infusión extendida de 2 a 4 horas.	Ceftriaxona 100 mg/kg/día + metronidazol 30 mg/kg/día El tiempo de tratamiento depende de la evolución e intervención quirúrgica. Si se opta por manejo médico será de 3 a 4 semanas y se considerará paso a vía oral tempranamente. Si es quirúrgico con foco controlado, se valorará como un caso de peritonitis localizada.
Apendicitis perforada con peritonitis generalizada	Paciente estable (dos alternativas igualmente válidas): <ul style="list-style-type: none">Ceftriaxona 100 mg/kg/día + metronidazol 30 mg/kg/día.Ampicilina sulbactam 200-300 mg/kg/día cada 6 horas en infusión prolongada de 2 a 4 horas.	El uso de las siguientes alternativas se restringe a pacientes gravemente enfermos y/o con inestabilidad hemodinámica, según indicación de infectología para tratamiento dirigido: <ul style="list-style-type: none">Piperacilina tazobactam 300 mg/kg/día.Ertapenem 30 mg/kg/día.Pacientes inestables: meropenem 120 mg/kg/día cada 8 horas.
Invaginación intestinal	Ampicilina sulbactam 25 mg/kg dosis única.	Ajustar el tratamiento en caso de perforación y/o resección y pasa a manejarse según sea peritonitis localizada o generalizada.
Obstrucción intestinal	Ampicilina sulbactam 200 mg/kg/día	Si el tratamiento es quirúrgico, se ajustará el antibiótico de acuerdo a hallazgos operatorios (peritonitis localizada o generalizada). Si el tratamiento es médico, la duración del tratamiento dependerá de la resolución de signos y síntomas, inicio de vía oral, deposiciones, etc.
Trauma abdominal Calcule el índice de trauma: evalúe el compromiso de víscera hueca o sólida.	Paciente estable: ceftriaxona 100 mg/kg/día y metronidazol 30 mg/kg/día.	Paciente grave: ertapenem 30 mg/kg/día cada 12 horas. Paciente grave e inestable: piperacilina tazobactam 300 mg/kg/día cada 6 a 8 horas.

Indicación de hemocultivos: pacientes inmunosuprimidos, con sepsis o choque séptico que requiere manejo en UCIP. O ante sospecha de peritonitis terciaria. No se aconseja tomar rutinariamente en pacientes estables con infecciones intraabdominales de la comunidad.

Indicaciones de cultivo de líquido peritoneal: peritonitis generalizada, peritonitis terciaria, sepsis o choque séptico.

- Recomendaciones:** para el cultivo de gérmenes comunes tome un volumen mínimo de 25 ml en recipiente estéril de boca ancha sin aditivos. El transporte debe ser inmediato y a temperatura ambiente. En caso de que el transporte demore >1 hr, debe refrigerarse (4°C). Para el citoquímico, enviar la muestra en un tubo estéril tapa roja o tapa morada. Y por favor inocule 10 ml del líquido peritoneal sin centrifugar en una botella de hemocultivos.

Tiempo de tratamiento:
Se suspenderán los antibióticos cuando se cumplan los siguientes criterios:

- Inicio de alimentación enteral sin complicaciones.
- Flatulencias y/o deposiciones presentes.
- Afebril más de 48 horas.
- Leucocitos <15 mil.

Habitualmente esto ocurre a los 5-7 días de tratamiento. Conozca el pronóstico y factores de riesgo de su paciente.
Nota: no olvide el riesgo de ISO, especialmente en cirugía no electiva. Consulte el protocolo de profilaxis quirúrgica para revisar las indicaciones especiales de cada caso. La prevención de ISO comienza en una adecuada profilaxis.

Cuando un paciente con una infección intraabdominal presente fiebre u otro dato de deterioro clínico, lo primero que se debe evaluar es una complicación del foco infeccioso inicial como una colección no drenada o una infección del sitio operatorio (ISO). Esto no implica el cambio del tratamiento antibiótico.
Solicite la guía de infectología pediátrica y garantice el seguimiento por el cirujano tratante.