

SOSPECHA CLÍNICA

INFECCIÓN INTRA-ABDOMINAL (IIA)

- Leucocitos elevados
- Proteína C reactiva elevada

- Evaluación quirúrgica +/-
- Imagen abdominal (TC/Eco)

ANTECEDENTES

- Cirugía abdominal reciente
- Trauma abdominal penetrante
- Endoscopia digestiva reciente
- Ingestión de cuerpo extraño o riesgo de

HISTORIA

- Dolor abdominal
- Alteración tránsito digestivo
- Fiebre o síntomas sistémicos
- FUM/Anticoncepción/Síntomas ginecológicos

EXÁMEN

- Signos abdominales positivos
- Deshidratación
- Ictericia

La presencia de los siguientes aleja pero no descarta la IIA:
Síntomas urinarios, Ex. Orina: Nitritos, Leucocitos, Hematuria

INICIAR ANTIBIOTICOS I/V SEGÚN FOCO SOSPECHADO O DOCUMENTADO

Considerar

Riesgo de microorganismos
multiresistentes

Inicio hospitalario
o postoperatorio

Presencia criterios de alto riesgo
de mala evolución y muerte

CONTROL QUIRÚRGICO DE FOCO

Envío de muestras para cultivo, salvo IIA comunitaria de bajo riesgo sin factor de riesgo para microorganismos multiresistentes

Tabla 1 – IIA Alto Riesgo

- Sepsis o disfunciones orgánicas
- Quick-SOFA ≥ 2 o en aumento
- Asociada a cuidados de salud
- Retraso a la cirugía > 24 hs
- Imposibilidad control del foco
- Edad > 70 años
- Comorbilidad (Hepática, Renal, Cardíaca)

- Inmunosupresión
- Enfermedad maligna
- Índice Pronóstico Mannheim alto
- Peritonitis difusa, generalizada
- Embarazo

Valoración de sistemas

- Gasometría con Lactato
- Función renal, ionograma
- Crisis, enzimograma hepat
- Reanimación hemodinámica y otras disfunciones
- Valorar ingreso en UCI/CI
- Hemocultivos periféricos

IIA comunitaria SIN factores de riesgo de microorganismos multiresistentes

IIA comunitaria CON RIESGO de enterobacterias multiresistentes

IIA HOSPITALARIA o POSTOPERATORIA

Factores de riesgo de enterobacterias multiresistentes

- Hospitalización en los últimos 3 meses
- Internación en centros de tercer nivel o geriátricos
- Antecedente de uso de antibióticos en los últimos 3 meses (β -lactámicos + inhibidores, cefalosporinas de 3 y 4G, quinolonas)
- Catéter urinario mayor 30 días
- Gastrostomía
- Hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia
- Diabetes
- Infec./coloniz. BGN BLEE (últimos 6 meses)
- Procedimiento biliar invasivo (CPER)

Sin otros factores de riesgo para microorganismos multiresistentes

- No antibióticos previos
- Intervalo entre cirugía índice y re-operación menor 5 días y antibióticos 24 hs o menos
- No procedimientos invasivos previos

Peritonitis terciaria o IIA hospitalaria con otros factores de riesgo para microorganismos multiresistente

- Uso de antibióticos por 5 días o más
- Intervalo entre re-operación y cirugía índice mayor a 4 días
- Múltiples re-operaciones
- Infección no controlada con más de 5 días de antibióticos
- Uso previo de azoles
- ** Muy importante enviar muestras intrabdominales en todas las exploraciones o punciones

Foco Hepático, Biliar o Gastro-duodenal

- Ampicilina/sulbactam 3 g iv c/6 hs
- Si presencia criterios de Tabla 1 agregar gentamicina 5 mg/Kg iv c/24 hs (una vez/día)
- Alergia grave β -lactámicos: moxifloxacina 400 mg iv día +/- gentamicina

Foco Delgado, Colon, Apéndice, Recto

- ampicilina/sulbactam 3 g iv c/6 hs + gentamicina 5 mg/Kg iv c/24 hs
- Alergia grave a β -lactámicos: metronidazol 500 mg iv c/8 hs + gentamicina 5 mg/kg iv c/24hs ó ciprofloxacina 400 mg iv c/8 hs

- Piperacilina/tazobactam 4,5 g iv c/6 hs
- Si presencia criterios de tabla 1 agregar amikacina 20 mg/Kg iv c/24 hs
- Sepsis con disfunciones mayores (hemodinámica, respiratoria o renal)**, sustituir piperacilina/tazobactam por meropenem dosis carga de 2 gr iv en 1h seguido de 2 g iv en perfusión de 3 hs o más cada 8 hs.
- Alergia a- β lactámicos : tigeciclina 200 mg iv carga, luego 100 mg iv c/12 horas + amikacina 20 mg/Kg iv c/24 hs

- Piperacilina/tazobactam 4,5 g iv c/6 hs + amikacina 20 mg/Kg c/24 hs (una vez/día)
- Sepsis con disfunciones mayores (hemodinámica, respiratoria o renal) o acumulación de factores de riesgo para enterobacterias multiresistentes**, sustituir piperacilina/tazobactam por imipenem 0,5 gr iv c/6hs
- Alergia a- β lactámicos : tigeciclina 200 mg iv carga, luego 100 mg iv c/12 horas + amikacina 20 mg/Kg iv c/24 hs

Recomendado (consulta con Infectología):

- Meropenem o imipenem + amikacina + fluconazol
- Agregar vancomicina según FR para *Enterococcus spp* R a ampicilina o *Staphylococcus spp* R a meticilina (Tabla 3 y 4)

Alternativas:

- Tigeciclina + colistina + fluconazol
- Tigeciclina + fosfomicina + fluconazol
- Si uso previo de azoles o shock séptico, sustituir fluconazol por equinocandina

REEVALUAR ESQUEMA ANTIBIÓTICOS
SEGÚN CULTIVO/S Y RESPUESTA CLÍNICA

