

SOSPECHA CLÍNICA

ANTECEDENTES

- » Cir. 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

EXAMEN

- » Signos abdominales positivos
- » Deshidratación
- » Ictericia

La presencia de los siguientes aleja pero no descarta la IIA:

- » Síntomas urinarios
- » Ex. Orina: Nitritos, Leucocitos, Hematuria

INFECC. INTRA-ABDOMINAL (IIA)

INICIAR ANTIBIOTICOS I/V SEGÚN FOCO SOSPECHADO O DOCUMENTADO

- Leucocitos elevados
- PCR positiva
- Evaluación quirúrgica +/-
- Imagen abdominal (TC/Eco)

- **Valoración de sistemas**
 - » Gasometria con Lactato
 - » Función renal, ionograma
 - » Crasis, enzimograma hepático
- **Reanimación hemodinámica y de otras disfunciones**
- **Valorar ingreso en UCI/CI**
- **Hemocultivos periféricos**

Considerar

Riesgo de microorganismos resistentes **Inicio Hospitalario o postoperatorio** **Presenta criterios de alto riesgo**

- TABLA 1**
- » Sepsis o disfunciones orgánicas
 - » Quick-SOFA ≥ 2 o en aumento (tabla 1 dorso)
 - » 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 (tabla 2 dorso)
 - » Peritonitis difusa, generalizada
 - » Embarazo

NO: no enviar cultivos intraoperatorios **UNO O MÁS: enviar cultivos intraoperatorios**

Según origen y factores de riesgos para resistentes

IIA comunitaria SIN FR para Resistentes **IIA comunitaria CON RIESGO de Enterobacteria Resistente** **IIA HOSPITALARIA o POSTOPERATORIA**

Factores de riesgo

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

Sin otros factores de riesgo para resistentes

- » No ATB previos
- » Intervalo entre cirugía índice y reoperación menor 5 días y ATB 24 hs o menos
- » No procedimientos invasivos previos

Peritonitis terciaria o IIA hospitalaria con otros factores de riesgo para resistentes

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

Foco Hepático, Biliar o Gastro-duodenal

Foco Delgado, Colon, Apéndice, Recto

Recomendado:

- Ampicilina/sulbactam 3 grs IV c/6 hs
- Si presenta criterios de la Tabla 1, agregar Gentamicina 5 mg/Kg c/24 hs (una vez/día)

Recomendado:

- Ampicilina/sulbactam 3 grs IV c/6 hs + Gentamicina 5 mg/Kg c/24 hs (una vez/día)

Recomendado:

- Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/6 hs
- Si presenta criterio de la Tabla 1, agregar Amikacina 20 mg/Kg c/24 hs (una vez/día)
- En shock séptico, sustituir Pip/Tazo por Carbapenémico

Recomendado:

- Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/6 hs + Amikacina 20 mg/Kg c/24 hs (una vez/día)
- En shock séptico o acumulación de FR, sustituir Pip/Tazo por Imipenem 0,5 gr IV c/6hs

Recomendado (consulta con Infectología):

- Meropenem o Imipenem + Amikacina + Fluconazol
- Agregar Vancomicina según FR para Enterococo R a ampicilina o *Staphylococcus* sp R a metilicina (tabla 3 y 4 dorso)

Alternativas:

- Tigeciclina + Colistín + Fluconazol
- Tigeciclina + Fosfomicina + Fluconazol
- Si uso previo de Azoles, sustituir Fluconazol por Equinocandina

REEVALUAR ESQUEMA ATB SEGÚN CULTIVO/S Y RESPUESTA CLÍNICA
SI CONTROL QUIRÚRGICO DEL FOCO, TRATAMIENTO \leq 7 DÍAS (tabla 5 dorso)

Tabla 1: **Quick-SOFA** (abreviación de la escala de valoración de fallas orgánicas - SOFA)
Suma de puntos de los siguientes criterios

Criterio	Puntos
Frecuencia respiratoria ≥ 22 respiraciones/minuto	1
Alteración de conciencia	1
Presión arterial sistólica < 100 mm Hg	1

Tabla 2: **Índice Pronóstico de Peritonitis de Mannheim (MPI)**
Valores altos: suma de puntos mayor a 25.

Criterio	Puntos
Edad > 50 años	5
Género femenino	5
Presencia de falla orgánica (una o más) *	7
Enfermedad Maligna	4
Duración de evolución de la peritonitis > 24 horas	4
Origen no colónico	4
Peritonitis difusa generalizada	6
Tipo de exudado peritoneal	
Claro	0
Turbio/Purulento	6
Fecaloideo	12

* **Fallas orgánicas** (a considerar en cálculo de MPI):

- Renal: creatinina sérica ≥ 2 mg/dL o urea ≥ 1 gr/L u oliguria (diuresis < 20 ml/h)
- Respiratoria: PaO₂ < 50 mm Hg al aire o equivalente o PaCO₂ > 50 mm Hg
- Shock: hipotensión o hiperfusión que no revierten con aporte parenteral
- Intestinal: parálisis ≥ 24 horas o íleo intestinal completo

Tabla 3: **Factores de Riesgo para *Enterococcus sp* Resistente a Ampicilina**

Factor
- Inmunosupresión (enfermedad hemato-oncológica, trasplante, quimioterapia) y desarrollo de la IIA bajo tratamiento antibiótico prolongado (mayor a 10 días)
- Tratamiento antibiótico previo reciente (último mes) con Cefalosporinas o Beta-lactámicos de amplio espectro durante más de 10 días
Peritonitis hospitalaria en casos de:
- Enfermedad Hepato-biliar tratada con procedimiento invasivo o implante de dispositivo
- Trasplante Hepático
- Desarrollada bajo tratamiento antibiótico en curso mayor a 7 días
- Cultivo en otro sitio del organismo con <i>Enterococcus sp</i> resistente a Ampicilina (orina, herida, hisopado o muestra cultivada de otro sitio)

Tabla 4: **Factores de Riesgo para *Staphylococcus sp* Resistente a Metilina**

Factor
- Peritonitis terciaria que no responde al tratamiento o con cocos Gram positivos en estudio directo del líquido peritoneal
- Cultivo con <i>Staphylococcus sp</i> Resistente a Metilina en otro sitio (orina, herida, catéter, hisopado nasal o faríngeo u otra muestra cultivada de otro sitio)
- Antecedente de infección o colonización por <i>S. aureus</i> Resistente a Metilina

Tabla 5: Duración recomendada del tratamiento antibiótico

Condición	Días
IIA no complicada , con resolución quirúrgica del foco	≤ 3
IIA complicada localmente , sin sepsis ni otro factor de alto riesgo, con control quirúrgico del foco	3-5
IIA con criterios de alto riesgo , con peritonitis difusa o con presencia un factor de riesgo para microorganismo resistente, sin inestabilidad hemodinámica	5-7
IIA de alto riesgo (peritonitis difusa con alguno de los siguientes):	7 - 10*
- inicio nosocomial, postoperatoria o en inmunosuprimido	
- acumulación de factores de riesgo para multi-resistentes	
- inestabilidad hemodinámica, sepsis o disfunciones orgánicas	

* La persistencia de actividad infecciosa o disfunciones en actividad luego de 5 a 7 días de tratamiento debe desencadenar investigaciones diagnósticas buscando persistencia de la infección, complicaciones u otro foco infeccioso nuevo (catéteres, neumonía, candidiasis invasiva).