



Última actualización: 28/09/2018

APENDICITIS AGUDA y PERITONITIS

Cristina Epalza¹, Rocío Morante², Mónica de Miguel³.

¹Sección de enfermedades infecciosas pediátricas, ²Servicio de Cirugía pediátrica, ³Servicio de Anestesia pediátrica

Paciente >3 meses con diagnóstico confirmado de apendicitis por el equipo de cirugía pediátrica

Realizar hemocultivo en pacientes en situaciones especiales o presentación clínica de sepsis

Individualizar en pacientes con situaciones particulares (inmunodeficiencia, alteraciones quirúrgicas o digestivas previas, etc.)

EN URGENCIAS:

- ✓ **Antibioterapia¹**
Amoxicilina-clavulánico 100mg/kg/día, q6h (max 6g/día)
(Si alergia severa a β -lactámicos: ciprofloxacino 30mg/kg/día q12h + Metronidazol)
- ✓ En **ayunas**
- ✓ **Sueroterapia iv** necesidades basales (considerar si bolo suero fisiológico necesario)
- ✓ **Analgesia iv** adecuada al paciente (reevaluación dolor)
- ✓ Considerar SNG si abdomen distendido o vómitos

Apendicitis avanzadas de manejo quirúrgico diferido:²
(>5-7 días evolución, estado clínico controlado)

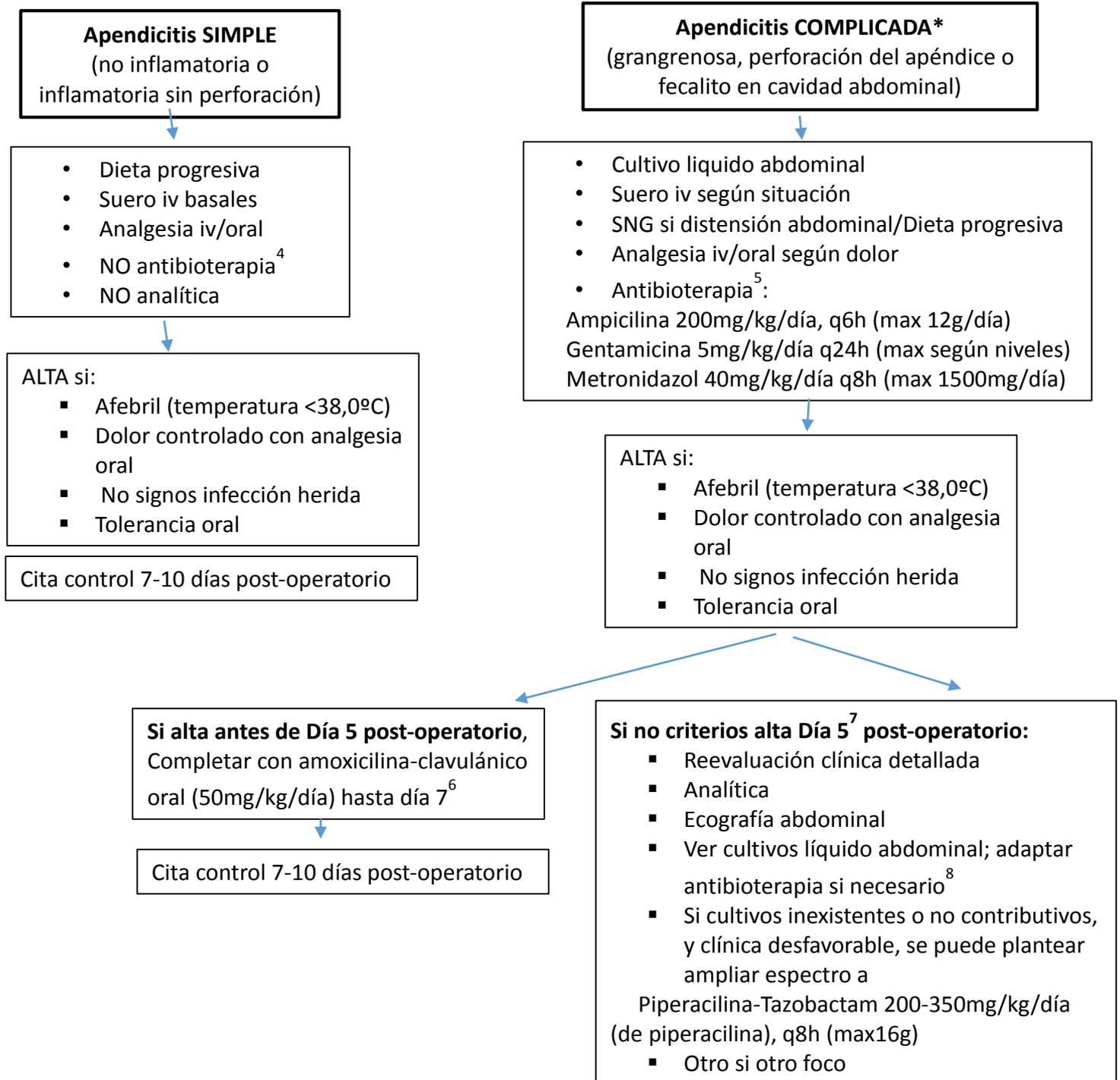
- ✓ Confirmar que fase urgencias se ha completado
- ✓ Antibioterapia: Ampicilina/Gentamicina/Metronidazol
- ✓ Admisión en planta o UCI
- ✓ Considerar drenaje Rx intervencionista
- ✓ Apendicectomía diferida según el caso

APENDICECTOMÍA

Dosis de antibiótico **30-60 minutos antes** de la cirugía (repetir dosis si es necesario)³
Si deben repetirse, se administrarán **Ampicilina, Gentamicina y Metronidazol** (dosis más abajo)
Asegurar buen acceso venoso según tipo de apendicitis y factores de riesgo.



Última actualización: 28/09/2018



*Los casos en los que se **reingresa al paciente por absceso abdominal**, pueden asemejarse en el tipo de manejo y en los tiempos, como los casos de apendicitis complicada post-operatoria.



Última actualización: 28/09/2018

Evaluación si no criterios alta Día 5⁷ post-operatorio:

- Evaluación favorable
- Colecciones <3-6cm o 50ml⁹

- Prolongar antibioterapia¹⁰
- Valoración criterios alta diaria
- Reevaluación a las 72h (Día 8 post-op) si nec.

Antibioterapia oral (cultivos) hasta Día 14
(cobertura anaerobios aunque no sean cultivados)

- Clínica desfavorable
- Colecciones > 3-6cm o 50ml⁹

- Drenaje (Rx si posible o quirúrgico)
- Tomar cultivo de líquido abdominal
- Prolongar antibioterapia¹⁰
- Valoración criterios alta diaria
- Reevaluación a las 72h (Día 8 post-op) si nec.

- Antibioterapia oral (según cultivos)
(cobertura anaerobios aunque no sean cultivados)
- Hasta 14 días (o más según la situación)



Última actualización: 28/09/2018

- ¹ Antibióticos amplio espectro desde el diagnóstico, grado A-III. No diferencias en evolución entre diferentes pautas de amplio espectro.
- ² Apendicitis avanzadas: antibioterapia de duración no definida por la literatura: hasta mejoría, mínimo 7 días iv, según consejo de expertos (grado C)
- ³ Necesidad de niveles plasmáticos correctos durante actos de control del foco de la infección, con necesidad posible de repetir dosis antes de iniciar el procedimiento, grado A-I.
- ⁴ No continuar antibioterapia en casos de apendicitis simple, grado A-I
- ⁵ Si evolución favorable, no es necesario adaptar antibioterapia aunque se detecten gérmenes resistentes al tratamiento pautado, grado B-II.
- ⁶ Si alta antes del día 5, continuar pauta antibiótica por vía oral hasta el día 7, grado B-III
- ⁷ La persistencia de la fiebre a partir del día 5 es lo más relacionado con la presencia de abscesos abdominales.
- ⁸ En caso de evolución desfavorable, adaptar antibioterapia resultados de cultivos pus abdominal, cubriendo gérmenes anaerobios a pesar de no ser detectados en cultivos; grado B-III.
- ⁹ No existen estudios que definan claramente el tipo de abscesos que deben ser drenados y aquellos en los que el tratamiento puede ser únicamente médico, pero un mal estado general y mayor tamaño de las colecciones dirigen la actitud al drenaje radiológico (si es posible) o quirúrgico.
- ¹⁰ De forma general, tal y como recoge la literatura, no se propone aumentar el espectro, con respecto a los gérmenes detectados (con la excepción de los anaerobios) en casos de evolución desfavorable.

REFERENCIAS PRINCIPALES:

1. Solomkin, Intarabdominal infections adults and children Clin Infect Dis.-2010
2. Lee Antiiotics and appendicitis American J Ped Surgery 2010
3. Andersen Antibiotics vs placebo appendicectomy Cochrane 2005
4. Skarda Response-based non-ruptured appendicitis J Ped Surgery 2015
5. Desai Decreasing use AB appendicectomy J Ped Surgery 2015
6. Fraser iv vs iv-oral antibiotics perforated appendicectomy J Ped Surgery 2010
7. Skarda Response-based ruptured appendicitis J Ped Surgery 2014
8. StPeter Ceftriaxone-Metro vs AGM perforated appendicitis RCT J Ped Surgery 2008
9. Emil Percutaneous drainage abscess appendicectomy Pediatr Sur Int 2014
10. Fraser Factors abscess perforated appendicitis Surgery 2010
11. Gorter Non Invasive treatment Abscesses Appendicectomy Eur J Pediatr 2016



Última actualización: 28/09/2018