

TRATAMIENTO DE LA INFECCION INTRAABDOMINAL

INFECCIÓN ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

1. VALORAR LA GRAVEDAD

qSOFA ≥ 2

- Frecuencia respiratoria ≥ 22
- Alteración nivel de conciencia
- TAS < 100 mmHg

2. VALORAR RIESGO DE BLEE

1. Exposición reciente a antibióticos los 90 días previos.
2. Colonización conocida por enterobacterias productoras de BLEE

3. VALORAR FACTORES DE RIESGO

- Retraso en la actuación > 24 horas
- Comorbilidades (EPOC, DM, hepatopatía, IRC), > 65 años.
- Desnutrición
- Inmunosupresión
- Oncológico.

qSOFA < 2

INFECCIÓN –LEVE
MODERADA

O

Sin factores de riesgo

SIN FACTORES DE RIESGO DE BLEE

1ª LÍNEA

Amoxicilina/clavulánico
Ceftriaxona + metronidazol
Gentamicina + metronidazol

ALTERNATIVA ALÉRGICOS

Ciprofloxacino + metronidazol
Moxifloxacino
Gentamicina + clindamicina

CON FACTORES DE RIESGO DE BLEE

1ª LÍNEA

Ertapenem

ALTERNATIVA ALÉRGICOS

Tigeciclina

qSOFA > 2

INFECCIÓN GRAVE

O

Con factores de riesgo

SIN FACTORES DE RIESGO DE BLEE

1ª LÍNEA

Piperacilina-tazobactam
Cefepime + metronidazol

ALTERNATIVA ALÉRGICOS

Tigeciclina

CON FACTORES DE RIESGO DE BLEE

1ª LÍNEA

Meropenem
Ertapenem
Imipenem/Cilastina

ALTERNATIVA ALÉRGICOS

Tigeciclina

Si alto riesgo de infección por
ENTEROCOCCUS SPP:

- Inmunodeprimidos o receptores de trasplante de órgano sólido
- Valvulopatía/riesgo de endocarditis
- Si origen colónico o postoperatorio
- Si tratamiento previo con cefalosporinas

Valorar **añadir Ampicilina 2g/6h** si el tratamiento que elegimos no incluye piperacilina/tazobactam o imipenem

INFECCIÓN NOSOCOMIAL

1. VALORAR LA GRAVEDAD

qSOFA ≥ 2

- Frecuencia respiratoria ≥ 22
- Alteración nivel de conciencia
- TAS < 100 mmHg

CONSIDERAR RIESGO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (MDROs):

- Tratamiento antibiótico reciente.
- Paciente institucionalizado o portador de catéter permanente
- Infección intraabdominal postoperatoria

NO

Piperacilina/tazobactam

SI

1º LÍNEA	ALTERNATIVA ALÉRGICOS
Meropenem + Ampicilina	Tigeciclina + Amikacina
Imipenem/Cilastina	
Piperacilina tazobactam + Tigeciclina	

qSOFA < 2
INFECCIÓN –LEVE MODERADA

qSOFA > 2
INFECCIÓN GRAVE

ANTIFÚNGICO SI:

- IIA postoperatoria con foco gastroduodenal o biliar
- Levaduras en el gram
- Puntuación de Candida > 3

CANDIDA SCORE > 3

Cirugía antes de UCI	1pto.
NPT	1pto.
Colonización multifocal	1pto.
Sepsis grave	2pto.

1. FLUCONAZOL
2. CASPOFUNGINA Si:

- o Cultivo de candida resistente a azoles
- o Neutropenia
- o Tratamiento previo con azoles
- o Shock séptico

PRIMERA LÍNEA

Meropenem	
Imipenem/Cilastina	
Si antecedente o cultivo + para Pseudomonas MDRs:	
Ceftolozano/ Tazobactam + Metronidazol	Ceftazidima /Avibactam + Metronidazol

CUBRIR PSEUDOMONA AERUGINOSA MDR:

- Tratamiento antibiótico previo
- Neutropenia
- Foco de origen hepatobiliopancreático o antecedente de CPRE o drenaje biliar
- Inmunodepresión

Elegir pautas con:

1. Imipenem o Piperacilina/tazobactam
2. Tigeciclina + amikacina
3. Ceftolozano/tazobactam

CUBRIR ENTEROCOCCUS SPP: añadir al tratamiento

Vancomicina	
Teicoplanina	
SI RIESGO DE RESISTENCIA A VANCOMICINA (VRE):	
Linezolid o Daptomicina	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con infección por enterococo previa o colonización conocida - Pacientes inmunodeprimidos o receptores de trasplante de órgano sólido - Estancia prolongada en UCI - Exposición reciente a Vancomicina

DURACION DEL TRATAMIENTO EN LA IIA			
24 HORAS	3 DIAS	5 DIAS	7 DIAS
<ul style="list-style-type: none"> Lesión intestinal por trauma penetrante de < de 12 horas evolución Perforación gastroduodenal o de yeyuno proximal en ausencia de tratamiento antiácido o QT, de < 24 horas de evolución Apendicitis o colecistitis sin evidencia de gangrena, perforación o absceso intervenida quirúrgicamente en las primeras 24 horas 	IIA <u>leve moderada sin factores de riesgo</u> de mala evolución y control del foco adecuado	IIA <u>grave</u> en paciente sin shock séptico, control del foco adecuado, recuperación del funcionalismo intestinal y descenso de la PCR > del 50 % en relación a los valores del día de control del foco.	<ul style="list-style-type: none"> Shock séptico Control inadecuado del foco Mala evolución clínica

DOSIS DE ANTIMICROBIANOS
- Amikacina: 15 mg/kg IV q24h
- Amoxicilina-clavul: <ul style="list-style-type: none"> o 1-2 g IV q8h o 500-1000/125 mg VO q8h .
- Ampicilina 2g q6h IV
- Ceftriaxona: 1-2g IV q24h
- Meropenem 1g q8h IV
- Cefotaxima: 1-2g IV q6-8h
- Clindamicina: <ul style="list-style-type: none"> o 600-900 mg IV q8h o 150-450 mg VO q6- 8h
- Colistina: 1-2 MUI IV q8h
- Ertapenem: 1g IV q24h
- Fluconazol: 200-400 mg VO o IV q24h
- Gentamicina: 240 mg IV q24h
- Imipenem: 500 mg IV q6h
- Metronidazol: <ul style="list-style-type: none"> o 500 mg IV q8h o 500-750 mg VO q8h
- Moxifloxacino 400mg q24h VO
- Piperacilina-tazobactam: 4g IV q8h
- Tigeciclina: 100 mg IV inicialmente, seguido de 50 mg q12h
- Vancomicina: 1g IV q12h (o 15-20 mg/kg q12-8 h)
- Cefepima 2g q8h IV
- Ceftazidima/avibactam: 2,5 q8h IV
- Ceftolozano/Tazobactam: 1,5g q8h IV
- Ciprofloxacino: 400 mg IV q12h
- Daptomicina 6mg/Kg q24h IV

Bibliografía:

1. Guía clínica de la Asociación española de cirujanos. Infecciones quirúrgicas. 2ª edición. Editorial Aran. Madrid. 2016
2. Antibioterapia empírica en infecciones prevalentes. Guía de la sociedad española de Medicina de urgencias y emergencias. Grupo infecciones en urgencias. 2015
3. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. Journal of Hepatology 2010; 53: 397–417.
4. Runyon BA. ASLD Practice Guideline. Management of Adult Patients with Ascites Due to Cirrhosis: Update 2012. HEPATOLOGY 2013; 1-26.
5. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intraabdominal infections. Sartelli et al. World Journal of Emergency Surgery (2017) 12:29. DOI 10.1186/s13017-017-0141-6
6. Manual de infecciones perioperatorias. Fernando Ramasco Rueda. 2ª edición. Editorial Ergon. Madrid. 2017
7. WSES/GAIS/SIS-E/WSIS/AAST global clinical pathways for patients with intra-abdominal infections. Sartelli et al. . World Journal of Emergency Surgery (2021) 16:49