

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE LA INFECCIÓN INTRAABDOMINAL (IIA)

INDICACIÓN		DURAC.	ANTIMICROB. 1º	ALTERNATIVA alérgicos	PAUTA DE TRATAMIENTO ^(D)
IIA Comunitaria	LEVE-MODERADA <u>SIN</u> factores de riesgo	3 días	Amoxicilina-Clavulánico o Ceftriaxona + Metronidazol o Gentamicina + Metronidazol o	Gentamicina + Clindamicina	Amikacina: 15 mg/kg IV q24h Amoxicilina-clavul: 1-2 g IV q8h 500-1000/125 mg VO q8h Ceftriaxona: 1-2g IV q24h Cefotaxima: 1-2g IV q6-8h Clindamicina: 600-900 mg IV q8h 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: 500 mg IV q8h 500-750 mg VO q8h 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) Ciprofloxacino: 400 mg IV q12h
	LEVE - MODERADA <u>CON</u> factores de riesgo ^(A)		Ertapenem	Tigeciclina	
	GRAVE <u>SIN</u> factores de riesgo	5 días	Piperacilina-Tazobactam o Ertapenem +/- Fluconazol ^(B)	Tigeciclina +/- Fluconazol ^(B) +/- anti-Pseudomonas ^(C)	
	GRAVE <u>CON</u> factores de riesgo ^(A)		Imipenem +/- Fluconazol ^(B)	Tigeciclina +/- Fluconazol ^(B) +/- anti-Pseudomonas ^(C)	
IIA Nosocomial	POSTOPERATORIA <u>SIN</u> factores de riesgo (incluida endoscopia)	5 días	Piperacilina-Tazobactam +/- Fluconazol ^(B)	Tigeciclina +/- Fluconazol +/-anti-Pseudomonas ^(C)	
	POSTOPERATORIA <u>CON</u> factores de riesgo ^(A)		Imipenem +/- Fluconazol ^(B)	Tigeciclina +/- Fluconazol ^(B) +/-anti-Pseudomonas ^(C)	
	RECIDIVANTE	5 días	Imipenem + Vancomicina ^(C) + Fluconazol ^(B)	Tigeciclina + Amikacina + Fluconazol ^(B) +/- anti-Pseudomonas ^(C)	
Peritonitis bacteriana espontánea en paciente cirrótico		5- 10 días	Ceftriaxona o Cefotaxima	Ciprofloxacino	

^(A): Factores de Riesgo de mala evolución en infección: Retraso en actuación > de 24 horas, Infección grave (tabla 5), Comorbilidades (EPOC, DM, hepatopatía, IRC), > 65 años, hipoalbuminemia, desnutrición, malignidad, peritonitis difusa, mal control del foco.

^(B): Criterios de tratamiento de candida: TABLA 2

^(C): Criterios tratamiento frente a *enterococo* y *pseudomonas*: TABLA 3

^(D): Dosis estándar para función renal y hepática normal

TABLA 2: CRITERIOS DE TRATAMIENTO DE CANDIDA		
Infección IIA postoperatoria de foco gastroduodenal o biliar		
Levaduras en el gram		
Puntuación de Candida >3	Cirugía antes de UCI	1 pto.
	NPT	1 pto.
	Colonización multifocal	1 pto.
	Sepsis grave	2 pto.
1ª elección :fluconazol		
2ª elección caspofungina si:		
<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de Candida resistente a azoles • Neutropenia • Tratamiento previo con azoles • Shock séptico 		

TABLA 3: TRATAMIENTO FRENTE A ENTEROCOCCO Y PSEUDOMONAS		
ENTEROCOCCUS SPP.		PSEUDOMONAS AERUGINOSA
Pacientes inmunodeprimidos o receptores de trasplante de órgano sólido		IIA nosocomial y tratamiento antibiótico previo
Tratamiento de rescate de la IIA en tratamiento previo con cefalosporinas		Neutropenia
Pacientes con valvulopatía u otro factor de riesgo de endocarditis		Foco de infección de origen hepatobiliopancreático. Antecedente de CPRE/ drenaje biliar
IIA grave de origen colónico o postoperatorio		Inmunodepresión
Tto 1ª elección	Vancomicina	Imipenem o Piperacilina-Tazobactam
Tto 2ª elección	Linezolid	Tigeciclina+ Amikacina

TABLA 4: RIESGO DE INFECCION POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BLEE	
Ámbito asistencial	Estancia hospitalaria > de 15 días Procedencia de centro sociosanitario
Comorbilidad / enfermedad de base	Tx renal/ IRC Enfermedad hepática avanzada DM Infección urinaria recurrente Obstrucción biliar Tratamiento con corticoides
Procedimientos	Invasivos (SNG, endoscopia terapéutica)
Tratamiento antibiótico previo (últimos 3 meses)	Cefalosporinas de 3ª generación Aminoglucósidos Quinolonas Carbapenémicos Beta-lactámicos+ inhibidor betalactamasas
Infección previa por Enterobacteria productora de BLEE	
Tratamiento	Ertapenem, imipenem Alergicos : Tigeciclina

SOFA SCORE Puntuación → Órgano ↓	0	1	2	3	4
Respiratorio, PaO ₂ /FiO ₂	≥ 400	<400	<300	<200 conVM	<100 conVM
Coagulación Plaquetas, x10 ⁹ /μL	≥ 150	<150	<100	<50	<20
Hepático Bilirrubina, mg/dl	<1.2	1.2- 1.9	2- 5.9	6- 11.9	> 12
Hemodinámico PAM, mmHg Catecolaminas: (Dopamina, Adrenalina y Noradrenalina, μg/kg/min >1h)	PAM ≥ 70	PAM < 70	Dopa <5 o Dobuta	Dopa 5,1- 15 o Adrena ≤ 0.1 o Noradr ≤ 0.1	Dopa >15 o Adrena > 0.1 o Noradr > 0.1
Neurológico, GCS	15	13- 14	10- 12	6- 9	< 6
Renal Creatinina mg/dl Diuresis ml/ día	<1.2	1.2- 1.9	2- 3.4	3.5- 4.9 < 500	5 < 200

TABLA 5: GRAVEDAD DE LA IIA

IIA GRAVE

- Aumento de 2 puntos de SOFA

- Quick SOFA (qSOFA) ≥ 2 criterios:
 - Frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm
 - Alteración del nivel de conciencia.
 - TAS < 100 mmHg

TABLA 6: DURACION DEL TRATAMIENTO EN LA IIA

24 HORAS	3 DIAS	5 DIAS	7 DIAS
<p>-Lesión intestinal por trauma penetrante de < de 12 horas evolución</p> <p>-Perforación gastroduodenal o de yeyuno proximal en ausencia de tratamiento antiácido o QT, de < 24 horas de evolución</p> <p>-Apendicitis o colecistitis sin evidencia de gangrena, perforación o absceso</p>	<p>-IIA leve moderada sin factores de riesgo de mala evolución y control del foco adecuado</p>	<p>-IIA grave 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.</p>	<p>-Shock séptico</p> <p>-Control inadecuado del foco</p> <p>-Mala evolución clínica</p>

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.

Inmaculada Lasa Unzué. Servicio de Cirugía General y Digestivo.

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos