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**

Considerar

Riesgo de microorganismos resistentes

Inicio Hospitalario o postoperatorio

Presenta criterios de alto riesgo

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

-Leucocitos elevados - PCR positiva

- Evaluación quirúrgica
- Imagen abdominal (TC/Eco)

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, Cardiaca)

- Conformation (Trepatical, Renal, Caldiaca)
 Inmunosupresión
 Enfermedad maligna
 Indice Pronóstico Mannheim alto (tabla 2 dorso)
 Peritonitis difusa, generalizada
- » Embarazo

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

Según origen y factores de riesgos 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

Gastro-duodenal

IIA comunitaria SIN FR para

Resistentes

Recomendado:

- Recomendado (consulta con Infectología):

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

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

Foco Delgado, Colon, Apendicular, Recto

Recomendado:

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 Imipinem 0,5 gr IV c/6hs

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: Indice 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 oliquria (diuresis < 20 ml/h)
- Respiratoria: $PaO_2 < 50 \text{ mm Hg al aire o equivalente}$ o $PaCO_2 > 50 \text{ mm Hg}$
- 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 desarollo 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 *Enterococcus sp* resistente a Ampicilina (orina, herida, hisopado o muestra cultivada de otro sitio)

Tabla 4: Factores de Riesgo para Staphylococcus sp Resistente a Meticilina

······································
Factor
- Peritonitis terciaria que no responde al tratamiento o con cocos Gram positivos en estudio directo del líquido peritoneal
- Cultivo con Staphylococcus sp Resistente a Meticilina 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 Meticilina

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): - inicio nosocomial, postoperatoria o en inmunosuprimido - acumulación de factores de riesgo para multi-resistentes - inestabilidad hemodinámica, sepsis o disfunciones orgánicas	7 - 10*

^{*} 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 invasviva).