

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA INFECCIÓN INTRAABDOMINAL

COMISIÓN DE INFECCIONES. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Revisado por Dr. MARCOS BRUNA ESTEBAN (Cirugía General y del Aparato Digestivo) en Marzo de 2015

BASADO EN:

- Guía de Infecciones Quirúrgicas de la Asociación Española de Cirujanos
- Guirao, X. Cir Esp. 2010;87(2):63-81.
- Manual de la Asociación Española de Cirujanos. 2ª Edición.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA INFECCIÓN INTRAABDOMINAL (IIA)

ORIGEN	COMUNITARIA		NOSOCOMIAL	
Tipo	Leve-moderada ¹	Grave ¹	Posoperatoria (incluye endoscopia terapéutica)	Recidivante-persistente (peritonitis terciaria)
SIN FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN ²	Amoxicilina-clavulánico o Cefalosporina 3 ^a + metronidazol o Ertapenem Gentamicina o aztreonam + metronidazol	Piperacilina-tazobactam ³ ± Fluconazol ⁴ Tigeciclina ³ ± Fluconazol ⁴		Meropenem o imipenem ³ + Linezolid o daptomicina o glucopéptido + Fluconazol o candina ⁴ o Tigeciclina ³⁻⁵ + Ceftazidima o amikacina + Fluconazol o candina ⁴
CON FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN ²	Ertapenem Tigeciclina	Imipenem ³ o Meropenem o Tigeciclina ³⁻⁵ ± Fluconazol o candina ⁴		

¹Gravedad de la IIA.

²Factores de riesgo de mala evolución. Ver en tabla adjunta.

³En pacientes con riesgo de infección por *P. aeruginosa* o en aquellos que presenten shock séptico, se añadirá amikacina, ceftazidima o cefepima. En pacientes con tratamientos previos antipseudomónicos y mala respuesta se empleará colistina.

⁴Si se sospecha *Candida spp.*, añadir fluconazol o una candina.

⁵Pauta para alérgicos a β-lactámicos.

FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN EN LA IIA

Relacionados con la inadecuación del tratamiento antibiótico	Riesgo de infección por enterobacterias productoras de BLEE, <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , o <i>Candida spp.</i> (v. tablas 3 y 4 y fig. 1)
En relación con la gravedad de la infección	Shock séptico
En relación con la existencia de comorbilidad	Inmunodepresión Malnutrición Diabetes Insuficiencia renal crónica EPOC Cirrosis hepática
En relación con la edad	> 65 años
En relación con el tipo de infección intraabdominal	Peritonitis fecaloidea o con control de foco difícil

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA IIA PARA ALÉRGICOS A β -LACTÁMICOS

ORIGEN	COMUNITARIA		NOSOCOMIAL	
TIPO	LEVE-MODERADA	GRAVE	POSTOPERATORIA (incluy. endoscopia)	RECIDIVANTE PERSISTENTE (3ª)
SIN FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN	Gentamicina o Aztreonam + Metronidazol o Clindamicina Duración 3 días*	Tigeciclina + Amikacina o Aztreonam +/- Fluconazol Duración 5 días*		Tigeciclina + Colistina o Amikacina + Fluconazol o Candina Duración 5 días*
CON FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN	Tigeciclina Duración 5 días*	Tigeciclina + Amikacina o Aztreonam +/- Fluconazol o Candina Duración 5 días*		

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LA IIA

24h

- Lesión intestinal por traumatismo penetrante de < 12h de evolución
- Perforación gastroduodenal o de yeyuno proximal, en ausencia de tratamiento antiácido o quimioterapia, de menos de 24h de evolución
- Apendicitis o colecistitis sin evidencia de gangrena, perforación o absceso con intervención precoz y efectiva

3 días

- Infección leve-moderada, sin factores de riesgo de mala evolución y control de foco adecuado

5 días

- Infección grave en el paciente sin shock séptico, control de foco adecuado, recuperación del funcionalismo intestinal y descenso de la PCR \geq 50% en relación a los valores del día del control de foco

FACTORES DE RIESGO DE PRESENCIA DE GÉRMENES MÁS ESPECÍFICOS

Enterobacterias productoras de BLEAS	<i>Enterococcus spp.</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Estancia hospitalaria más de 15 días - Procedencia de centro sociosanitario - Trasplante renal-insuficiencia renal crónica - Enfermedad hepática avanzada - Diabetes mellitus - Infección urinaria recurrente - Obstrucción biliar - Tratamiento con corticoides - Técnicas invasivas (SNG, endoscopia, ...) - Tratamiento antibiótico previo (3 meses) con: cefalosporinas de 3ª generación, aminoglucósidos, quinolonas, carbapenémicos, β-lactámicos+inhibidores de β-lactmasas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes inmunodeprimidos - Tratamiento de rescate de IIA - Pacientes con valvulopatías o riesgo de endocarditis - IIA grave de origen colónico o postoperatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - IIA nosocomial y tto antibiótico previo. - Infección biliopancreática. - Neutropenia. - Coinfección de foco pulmonar

DOSIFICACIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTNO EMPÍRICO DE LA IIA

ANTIBIÓTICO	DOSIS IV ADULTO	DOSIS IV PEDIÁTRICA
Amikacina	15–20 mg/kg/d (1 dosis)	15–22mg/kg/d (1, 2 o 3 dosis)
Amoxicilina-clavulánico	1–2 g (200mg ácido clavulánico)/6–8h	100 mg/kg/d (4dosis)
Aztreonam	1–2 g/8 h	100–150 mg/kg/d (3–4 dosis)
Cefepima	2g/8-12h	100-150mg/Kg/24h (3 dosis)
Cefotaxima	1–2 g/6–8 h	100–150 mg/kg/d (3–4 dosis)
Ceftazidima	2g/8h	150mg/Kg/24h (3 dosis)
Ceftriaxona	1–2 g/12–24 h	50–100 mg/kg/d (1–2 dosis)
Clindamicina	300-900mg/6-8h	25-40mg/Kg/d (3-4 dosis)
Colistina	2–3 MU/8 h (en 30 min)	50.000 U/kg/d
Daptomicina*	4–6mg/kg/d	ND
Ertapenem	1 g/12–24h1	ND
Gentamicina	5–7 mg/kg/d (1 dosis)	3–7,5mg/kg/d (1–3 dosis)
Imipenem	0,5 g/6–8 h	40–60 mg/kg/d (4 dosis)
Linezolid	600mg/12h	10 mg/kg/12 h
Meropenem	0,5–1 g/6–8 h	10–20 mg/6–8 h
Metronidazol	250–750mg/8–12 h	15–25 mg/kg/d (3 dosis)
Piperacilina-tazobactam	4 g (500mg tazobactam)/6–8 h	100mg (12,5mg tazobactam)/kg/6–8 h
Tigeciclina**	100mg de inicio y 50 mg/12	ND
Vancomicina	15-20mg/Kg/8-12h	40mg/Kg/d (3-4 dosis)
ANTIFÚNGICOS		
Fluconazol	400–800mg/d	3–12 mg/kg/d
Anidulafungina	200mg 1 ^{er} día y seguir 100mg/d	3 mg/kg/1 ^{er} día y seguir 1,5mg/kg
Caspofungina	70mg 1 ^{er} día y 50mg/d	50mg/m ²
Micafungina	100mg/d	2mg/Kg/d

*En infecciones graves se pueden requerir dosis de hasta 10 mg/Kg.

**En infecciones graves se pueden requerir dosis de carga de 200mg y 100mg/12h de mantenimiento.