

GUÍAS DE TRATAMIENTO EMPÍRICO DEL HURS (INFECCIONES ABDOMINALES)

Comisión de Infecciones

Situación	Tratamiento empírico	Alérgicos	Otros
Colangitis aguda	<p>Ceftriaxona 1-2 g/24 iv o Amoxicilina/clavulánico 1 g/8h iv. Si manipulación previa de vía biliar, nosocomial o antibióticos previos (Riesgo de <i>Pseudomonas</i>): Piper/Tazo 4/0,5 g /8h (infundir en 4 horas)</p> <p>Si riesgo de BLEE¹ o shock séptico: Meropenem[#] 1 g/8h iv (infundir en 3 horas)</p>	Aztreonam* 1 g/8h	<p>Ajustar tratamiento según cultivos. Duración según respuesta clínica. Considerar suspender si 72 horas afebril y sin signos/síntomas de infección.</p>
Colecistitis aguda	<p>Ceftriaxona 1-2 g/24 iv o Amoxicilina/clavulánico 1 g/8h iv. Alternativa: Piper/Tazo 4/0,5 g/8h (infundir en 4 horas)</p> <p>Si shock séptico o riesgo de BLEE¹: Meropenem[#] 1 g/8h iv (infundir en 3 horas)</p>	Aztreonam* 1 g/8h	<p>Ajustar tratamiento según cultivos. Duración: Si no gangrena, ni perforación y control de foco: 1 día. Resto de casos: 3-5 días.</p>
Pancreatitis Aguda	<p>No administrar antibiótico si no hay datos de gravedad Si datos de gravedad: Piper/Tazo 4/0,5 g /8h (infundir en 4 horas) Si riesgo de BLEE¹: Meropenem[#] 1 g/8h iv (infundir en 3 horas)</p>	<p>Alérgicos: Aztreonam* 1 g/8h iv (añadir metronidazol 500 mg/8h iv si existe fistulización)</p>	<p>Hemocultivos previos a inicio de antibioterapia. Si sospecha de infección grave realizar PAAF y cultivos de área necrótica</p>
Peritonitis 1^a (Peritonitis bacteriana espontánea)	<p>Ceftriaxona 2 g/24h iv o Cefotaxima 2 g/8h iv. Si riesgo de BLEE¹: Meropenem[#] 1 g/8h iv (infundir en 3 horas)</p> <p>Si nosocomial: Tratar como peritonitis 2^a nosocomial.</p>	<p>Alérgicos: Aztreonam* 1 g/8h iv</p> <p><i>Alternativa:</i> Tigeciclina 100 mg 1^a dosis y seguir con 50 mg/12h.</p>	<p>Solicitar bioquímica y cultivo de líquido peritoneal**. Ajustar tratamiento según cultivos. Duración tratamiento: 5-7 días.</p>

Situación	Tratamiento empírico	Alérgicos	Otros
Peritonitis 2ª comunitaria (Apendicitis complicada, perforación víscera hueca, diverticulitis o absceso)	Amoxicilina/clavulánico 1-2 g/8h iv o Ceftriaxona 1-2 g/24h iv + Metronidazol 500 mg/8h iv Si riesgo de BLEE ¹ : Meropenem [#] 1 g/8h iv (infundir en 3 horas)	Tigeciclina 100 mg 1ª dosis y seguir con 50 mg/12h iv + Aztreonam 1g/8h* iv o Ciprofloxacino 400 mg/12h iv	Solicitar cultivos de drenaje. Ajustar tratamiento según cultivos.
Peritonitis 2ª nosocomial o absceso nosocomial/postquirúrgico	Piper/Tazo 4/0,5 g/8h (infundir en 4 h). Si aislamiento previo de <i>E. faecium</i> o colonización por SARM: Añadir vancomicina (si fallo renal: Linezolid 600 mg/12h iv). Si riesgo de BLEE ¹ : Meropenem [#] 1 g/8h iv (infundir en 3 horas) Si shock séptico: Meropenem 1 g/8h iv (infundir en 3 horas) +/- Linezolid 600mg/12h iv. Si riesgo <i>Candida</i> (≥ 2): Colonización previa, nutrición parenteral, ATB prolongada, pancreatitis grave, sepsis grave/shock séptico, inmunosupresión: Añadir Fluconazol 800 mg/24h iv inicial y seguir con 400 mg/24h iv. En caso de shock séptico Caspofungina 70 mg dosis de carga y posteriormente 50 mg/24 iv.	Aztreonam* 1g/8h + Tigeciclina 100 mg 1ª dosis y seguir con 50 mg/12h + Aztreonam* 1 g/8h o Ciprofloxacino 400 mg/12h iv	Ajustar tratamiento según cultivos. En caso de abscesos drenados correctamente 5-7 días pueden ser suficientes. En el resto, duración al menos 7 días, según evolución clínica y analítica

Situación	Tratamiento empírico	Alérgicos	Otros
Peritonitis terciaria (ATB previa amplio espectro, recidiva de peritonitis nosocomial)	Piper/Tazo 4/0,5 g/8h (infundir en 4 h). Si shock séptico, no respuesta a ATB previos o riesgo de BLEE ¹ : Meropenem 1 g/8h iv (infundir en 3 horas) + Linezolid 600 mg/12h + Fluconazol 800 mg el 1er día seguido de 400 mg/24h (Caspofungina 70 mg dosis de carga y posteriormente 50 mg/24 iv; si shock séptico, uso previo de azoles o colonización por <i>Candida</i> resistente).	Tigeciclina 100 mg 1 ^a dosis y seguir con 50 mg/12h iv + Aztreonam 1g/8h* iv o Ciprofloxacino 400 mg/12h iv	Ajustar tratamiento según cultivos. En caso de abscesos correctamente drenados 5-7 días pueden ser suficientes. En el resto, duración al menos 7 días, según evolución clínica y analítica
Diarrea nosocomial o tras antibióticos	Ver guía de tratamiento de <i>C. difficile</i>		Solicitar toxina de <i>C. difficile</i> . Considerar retirada de antibióticos si es posible.

¹ sepsis grave/shock séptico, uso previo de cefalosporinas o quinolonas, ITU repetición, sondaje uretral permanente, colonización o infecciones previas por BLEE, diabetes mellitus.

Cuando la indicación de Meropenem sea únicamente por riesgo de BLEE y no sepsis grave/shock séptico, se aconseja pasar posteriormente a Ertapenem (consultar con Farmacia).

* Comprobar disponibilidad de Aztreonam en Farmacia antes de la prescripción. En caso de no existencias de Aztreonam puede emplearse Ciprofloxacino 400 mg/12h iv.

** No se deberá enviar material claramente purulento a cultivo en botes de hemocultivo, mejor en bote estéril o en jeringa tapada sin aire.