



## INSTRUCTIVO

### PROTOCOLO INFECCION INTRAABDOMINAL

( Dr. Alonso Lago Farfan, Dr. Alvaro Mejia Gonzalez, Dr. Genaro Redondo Choles. Cirujanos Hospital San Jose de Maicao).

Revisado y adaptado a Hospital San Jose de Maicao de protocolos de Hospital General de Medellín.

ELABORO:

\_\_\_\_\_  
**GENARO REDONDO**  
Cirujano General

\_\_\_\_\_  
**ALVARO R. MEJIA**  
Cirujano General

REVISADO Y APROBADO:

\_\_\_\_\_  
**GLORIA MESA**  
Subgerente Científica



## PROTOCOLO INFECCION INTRAABDOMINAL

CIE-PT-012

PAGINA:  
2

VERSION No: 01

### OBJETIVO

Enfoque Inicial de la Infección Intraabdominal, para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo al máximo la morbimortalidad que conlleva dicha patología.

### DEFINICIÓN

La Infección Intraabdominal es la inflamación del peritoneo se originan de vísceras huecas dentro del peritoneo y son asociadas con peritonitis y/o con formación de abscesos.

La localización de la perforación define la flora comprometida.

El costo es un importante factor en la terapia empírica asociada.

Para las infecciones adquiridas en el Hospital, los patrones de resistencia local deben dictaminar la terapia empírica y definirla con los resultados microbiológicos.

### CLASIFICACIÓN

- Foco Removible
- Infección leve
  - o Infección localizada con bajo inóculo bacteriano.
  - o No hay necesidad de cubrir *P. aeruginosa*, Enterococo u otra bacteria multiresistente.
- Infección Moderada o .Severa. adquirida en la Comunidad
  - o Mayor inóculo bacteriano (mas de un cuadrante y evento de ileon para abajo) y/o
  - o Con peritonitis generalizada y síntomas sistémicos ( fiebre, leucocitosis) y/o:
  - o Paciente con enfermedad de base como Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal etc.

### VALORACIÓN CLÍNICA

De acuerdo a cada órgano comprometido, se debe remitir a cada guía específica

### CRITERIOS DE INGRESO A UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

- Sepsis
  - Comorbilidades que así lo ameriten
- La historia clínica completa y el examen físico son el pilar fundamental para el diagnóstico. Si clínicamente el diagnóstico es una abdomen agudo quirúrgico, no se requiere de otra ayuda diagnóstica.
- El diagnóstico debe ser a la mayor brevedad posible por el riesgo de sepsis, sepsis severa, shock séptico y muerte.
- Guía General:
- Terapia antimicrobiana
    - o Lesiones viscerales por trauma o iatrogénica que se reparan antes de 12 horas, deben ser tratadas por menos de 24 horas (A-1).



## PROTOCOLO INFECCION INTRAABDOMINAL

CIE-PT-012

PAGINA:  
3

VERSION No: 01

o Para perforaciones agudas de estómago, duodeno y yeyuno proximal en ausencia de terapia antiácida o malignidad, la terapia debe considerarse profiláctica (B-2)

o La apendicitis no complicada: antibiótico profiláctico (A-1)

· Colecistitis con sospecha de infección se debe cubrir enterobacterias (B2).

· Colecistitis: no es necesario cubrir enterococo y cubrir anaerobios, si hay derivaciones a intestino previas (C-3).

· Pacientes de alto riesgo

o Alto puntaje de APACHE II

o Pobre estado nutricional

o Inhabilidad para controlar el foco

· Duración de la terapia

o Hasta la resolución de los signos clínicos de la infección

o Normalización de la temperatura y leucocitos

o Retorno de la función GI.

· Pacientes con síntomas mas de 5. 7 días de terapia, se debe iniciar investigación de complicaciones.

· Cubrimiento para hongos y Cubrimiento para enterococo

· No adquirido en la comunidad

· Debe ser iniciado solo cuando se aísla de pacientes con infección

Nosocomial.

Consideraciones de laboratorio

· Cultivos de rutina: no beneficio

· Hemocultivos: para infecciones adquiridas en la comunidad, no recomendado (A-1)

· Gram:

o Adquiridas en la comunidad no valor (B-2)

o Nosocomial es recomendado para iniciar terapia empírica.

OTROS PARACLINICOS DE ACUERDO A LA SEVERIDAD DEL CUADRO CLINICO

ASI: PARA LAS INFECCIONES MODERADAS Y SEVERAS TENER EN CUENTA:

- Laboratorio

o Cuadro hemático

o Proteína C reactiva

o Función renal

o Plaquetas

o Pruebas de coagulación

o Gases arteriales

o Ionograma completo

- Radiografía de tórax y electrocardiograma según criterio del cirujano

**Tratamiento**

· Hospitalizar

· Nada vía oral

· Líquidos endovenosos: de acuerdo a hidratación del paciente

· Antiemético si no hay ayuno

· Analgésico

· Tratamiento antibiótico de acuerdo a la clasificación de la Infección Intraabdominal

· Programar cirugía urgente en caso de ser peritonitis generalizada



## PROTOCOLO INFECCION INTRAABDOMINAL

CIE-PT-012

PAGINA:  
4

VERSION No: 01

### - FOCO REMOVIBLE

o Profilaxis

o Clindamicina amp. 600 mg ev + amikacina amp. 15 mg / kg / como dosis profiláctica

o REMITIRSE GUIA DE MANEJO PROFILAXIS ANTIBIOTICA

### - INFECCION LEVE

o Profilaxis y tratamiento

o clindamicina 600 mg + amikacina ampolla 15 mg/kg/ dia venosos cada 6 horas o Suspende a las 48 horas después que el paciente no presente fiebre, ni leucocitosis. Tener en cuenta estado nutricional previo o patología inmunosupresora de base que amerite prolongación del esquema antibiotico

### - INFECCION MODERADA

o TRATAMIENTO MAXIMO 7 DIAS

o PIPERACILINA/ TAZOBACTAM 4,5 gr. venosos cada 6 horas primera línea de tratamiento o ERTAPENEM 1 gr. venoso cada 24 horas como segunda línea de tratamiento, solo en caso del que el paciente hubiese recibido piperaciina/tazobactam previamente durante la misma enfermedad.

### - INFECCION SEVERA

o REFERIRSE A LA GUIA DE ISO ORGANO-ESPACIO RELACIONADA



## PROTOCOLO INFECCION INTRAABDOMINAL

CIE-PT-012

PAGINA:  
5

VERSION No: 01

### BIBLIOGRAFÍA

1. *CID 2003: 37 oct: 997-1005*
2. *Surgical Infections 3 (3) 2002: 161-173*
3. *SAMJ 94(10) part 2 2004*
4. *Clin Microbiol Infect 2005; 11 ( Suppl. 4): 17 . 32*
5. *CID 2006:42 (Suppl 4) s151*
6. *CID 2006:42 (Suppl 4) s173*
7. *CID 2006:42 (Suppl 2) s82*
8. *CID 2006:42 (Suppl 2) s90*