

I. DEFINICION

PERITONITIS SECUNDARIA: Peritonitis debida a perforación de víscera hueca, ruptura de un absceso intraabdominal o contaminación del peritoneo durante la cirugía o por un trauma abdominal. Es el tipo de IAB más frecuente que el cirujano debe resolver. Los patógenos core de esta entidad son las enterobacterias, fundamentalmente *E coli*, los cocos grampositivos y los microorganismos anaerobios. **Se deben tomar cultivos intraoperatorios en todos los casos.**

PERITONITIS TERCIARIA: Se define como infección nosocomial postoperatoria y suele afectar a pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos repetidos, ingresados en unidades de cuidados intensivos y en los que con frecuencia coexisten infecciones a distancia, estancia hospitalaria prolongada y con varias pautas de tratamiento antimicrobiano previo. El tratamiento va dirigido contra una etiología polimicrobiana y mixta: Enterococcus, bacilos gram-negativos y anaerobios principalmente.

III. CRITERIOS DE INGRESO

Todas las peritonitis tienen criterios de ingreso

IV. TRATAMIENTO

Tratamiento Empírico (a elegir uno entre las opciones)

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA EN PACIENTE CIRRÓTICOS

- **Criterios diagnósticos:** Paracentesis diagnóstica indicada en todo paciente cirróticos con signos de ascitis y líquido ascítico: > 250 PMN/ mm³

PERITONITIS SECUNDARIA

- **Elección:** Ceftriaxona 2 g iv c/24 h o Cefotaxima 1 g iv c/6 h + Metronidazol 1500 mg iv c/24h
- **Pacientes con sospecha de enterobacterias portadoras de betalactamasas:** ertapenem 1g iv/24h
- **Alergia a Betalactámicos:**
 - Ciprofloxacino 400 mg iv c/12h o Aztreonan 1-2 g iv c/ 8 h + Metronidazol 1500 mg iv c/24h
 - Tigeciclina 200 mg/iv seguidos de 100 mg/12 + Aztreonam 1- 2 g vi/8 h
- En caso de **dehiscencia de tracto intestinal alto y/o factores de riesgo para colonización por Cándidas**, asociar Fluconazol 800 mg iv primer día y continuar con 400 mg iv c/24 h.
- **DURACION:** Al menos 5 días, según evolución clínica (desaparición de los síntomas de infección, normalización de P complementarias y pasadas 72 h tras cultivos

negativos. Si confirmación de infección por *Candida* el tratamiento antifúngico debe permanecer 2 semanas.

PERITONITIS TERCIARIA:

- **Elección:** **Meropenem** 1 g IV c/8h. + **Linezolid** 600 mg IV c/12h iv o Vancomicina 15 mg/kg IV c/12 h + /- **Fluconazol** 800 mg primer día seguido de 400 mg/24h (Si factores de riesgo para infección fúngica).
- **DURACION:** Mantener al menos 7 días ajustando según la evolución clínica, signos y síntomas, analítica, pruebas radiológicas y negativización de los cultivos. En caso de peritonitis candidiásica **confirmada** el tratamiento con antifúngico debe mantenerse durante dos semanas.

PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN CIRRÓTICOS:

Si el paciente no tiene criterios de PBE complicada (Criterios de sepsis, Insuficiencia renal aguda, ileo paralítico, encefalopatía hepática, HDA) se puede tratar con quinolonas orales de forma ambulatoria.

- **Elección:**
 - **Cefotaxima** 2 g iv c/8h (de elección) o
 - **Cetriaxona** 1g iv c/12 h
- **Alergia a los betalactámicos:** **Ciprofloxacino** 400 mg iv c/ 12 h
- **Pacientes con alta sospecha de enterobacterias portadoras de BLEE:** Ertapenem 1 g iv c/24h
- **Paciente con PBE de origen nosocomial:** valorar tratamiento empírico de acuerdo con la microbiología más frecuente del hospital. Una pauta plausible:
 - **Meropenem** 1 g iv c/8h. + **Vancomicina** 15 mg/kg iv c/12 h (Si sospecha de cocos + resistentes)
 - **Piperacilina- Tazobactan** 4-0,5 g iv c/6h + **Vancomicina** 15 mg/kg iv c/12 h (Si sospecha de cocos + resistentes)
- **DURACIÓN:** Mínimo 5 días y criterios clínicos de resolución de los síntomas (Líquido ascítico: <250 PMN/mm³)

NOTA:

Si inestabilidad hemodinámica, SDMO, necesidad de técnicas de depuración extrarrenal, **antecedentes de *Candida spp* resistentes a fluconazol o tratamiento previo** en el mismo ingreso con fluconazol, la recomendación es asociar una Equinocandina como tratamiento antifúngico empírico (*Micafungina* 100 mg VI c/24h o *Anidulafungina* 200 mg de carga seguido de 100 mg VI c/24 h. O *Caspofungina* 70 mg carga seguido de 50 mg c/24 h)