



En pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico se recomienda la **TOMA SISTEMÁTICA DE CULTIVOS INTRAOPERATORIOS** de abscesos o tejidos infectados. **NO SE RECOMIENDA LA TOMA DE MUESTRAS MEDIANTE TORUNDA/ EXUDADOS o DE TUBOS/BOLSAS DE DRENAJES** ya que estas muestras estarán sistemáticamente contaminadas y no serían representativas del agente etiológico que está causando el proceso infeccioso.

PATOLOGIA QUIRÚRGICA NO COMPLICADA

APENDICITIS AGUDA, COLECISTITIS Y COLANGITIS AGUDA

CON CARÁCTER GENERAL, **sin datos de peritonitis, gangrena ni perforación: CIRUGÍA PRECOZ** (si colangitis drenaje biliar precoz). NO INDICADO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPÍRICO, **SOLO PROFILAXIS QUIRÚRGICA** (según protocolo vigente).

PANCREATITIS AGUDA

No está indicado el tratamiento antibiótico empírico a menos que se establezca el diagnóstico de infección secundaria (la elevación de reactantes de fase aguda en analítica corresponde a la respuesta inflamatoria y no se asocia inicialmente a la existencia de infección).

PATOLOGIA QUIRÚRGICA HEPATO-BILIAR

SÍNDROME

ETIOLOGIAS MÁS FRECUENTES

TRATAMIENTO EMPÍRICO

COLECISTITIS AGUDA SIMPLE O COLANGITIS AGUDA SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD¹

- Enterobacterias (*E.coli*, *Proteus* spp. y *Klebsiella* spp)

CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/24H

COLECISTITIS AGUDA ENFISEMATOSA (sin otros factores de riesgo)

- Enterobacterias (*E.coli*, *Proteus* spp. y *Klebsiella* spp) y Anaerobios

CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/24H + **METRONIDAZOL** 1000 MG/IV/24H³ o
AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 1 GRAMO/IV/8H

COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA O COLANGITIS AGUDA CON FACTORES DE RIESGO¹

- **Grave y/o riesgo BLEE² sin otros factores**
- **Manipulación vía biliar previa, prótesis biliar o nosocomial**

ERTAPENEM 1 GRAMO /IV/24H
PIPERACILINA-TAZOBACTAM 4g/IV/6h
Si sepsis/shock séptico: **MEROPENEM** 1g/IV/8h

INFECCIÓN PANCREÁTICA

- BGN principalmente

CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/24H o
AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 1 GRAMO/IV/8H

¹ **Criterios gravedad:** sepsis/shock séptico, riesgo BLEE, manipulación vía biliar, nosocomial.

² **Riesgo BLEE:** sepsis/shock, uso previo quinolonas o cefalosporinas, ITU repetición con uso de antibioterapia.

³ Efecto post-antibiótico muy largo por lo que para facilitar la posología recomendamos dosis única de 1000 mg/IV/24h.

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA COLORRECTAL Y PERITONITIS

En caso de **ABSCESOS/COLECCIONES** fundamental drenaje precoz (si >4cm): percutáneo guiado por imagen (elección) o laparotomía de limpieza.

SÍNDROME	ETIOLOGIAS MÁS FRECUENTES	TRATAMIENTO EMPÍRICO
DIVERTICULITIS O APENDICITIS AGUDA COMPLICADA	- Polimicrobiana y mixta: BGN y anaerobios	CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/24H + METRONIDAZOL 1000 MG/IV/24H o AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 1 GRAMO/IV/8H
PERITONITIS PRIMARIA- PERITONITIS BACTERIANA ESPONTANEA (Derivada de una traslocación bacteriana en ausencia de perforación de una víscera hueca)	- Enterobacterias (<i>E.coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp)	CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/24H
PERITONITIS SECUNDARIA COMUNITARIA (Derivada de una traslocación bacteriana en ausencia de perforación de una víscera hueca)	- Enterobacterias (<i>E.coli</i>) y <i>B. fragilis</i> .	CEFTRIAXONA 2 GRAMOS/IV/24H + METRONIDAZOL 1000 MG/IV/24H o AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 1 GRAMO/IV/8H Si Factores Riesgo BLEE: ERTAPENEM 1 GRAMO/IV/24H
PERITONITIS Terciaria Complicada y de origen nosocomial, habiendo sido sometido a varios ciclos de antibioterapia para el tratamiento de una peritonitis secundaria, no puede controlar de forma eficaz dicho proceso.	- Polimicrobiana y mixta: <i>Enterococos</i> , BGN, <i>Pseudomonas</i> spp y anaerobios	MEROPENEM 1g/IV/8h +/- VANCOMICINA 15-20mg/kg/8-12h ¹ +/- FLUCONAZOL ² (400mg/IV/12h 2 primeras dosis y luego 200mg/IV/12h)

¹ Riesgo de SAMR (en 2023 incidencia de SAMR <15%). Con monitorización farmacocinética (solicitar niveles valle a las 48-72 horas desde inicio)

² Riesgo *Candida* spp: colonización multifocal, ATB prolongada, nutrición parenteral, sepsis/shock, inmunodepresión.

DURACIÓN	24 h	- Lesión intestinal por traumatismo penetrante de < 12 h de evolución - Perforación gastroduodenal o de yeyuno proximal, en ausencia de tratamiento antiácido o quimioterapia, de menos de 24 h de evolución
	4 días	Pacientes con Infección intraabdominal con control de foco adecuado
	5-7 días	Pacientes con Infección intrabdominal en los que no se ha podido realizar un adecuado control de foco. Los parámetros clínicos (fiebre, leucocitosis y función intestinal adecuada) se deben evaluar periódicamente para interrumpir precozmente el tratamiento. PACIENTES QUE NO HAYAN RESPONDIDO A LOS 5-7 DÍAS DEBEN SER REEVALUADOS PARA UN NUEVO CONTROL DE FOCO

Fecha actualización: 24/04/2025