



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

EXPEDIENTE N° 001047-2024-012624

Jaén, 01 de agosto de 2024

RESOLUCION DIRECTORAL N° D350-2024-GR.CAJ-DRS-
HGJ/DE



Firmado digitalmente por BOLIVAR JOO
Diana Mercedes FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01/08/2024 05:59 p. m.

VISTO:

El Expediente N° 001047-2024-012624, su proveído N° D2813-2024-GR.CAJ-DRS-HGJ/DE, relacionado a la aprobación de la Guía de Práctica Clínica de Peritonitis Asociada a Diálisis Peritoneal - Nefrología; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Decreto Supremo N° 026-2020-SA se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable"; que establece los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones estratégicas sobre los determinantes sociales de salud priorizados, basada en el enfoque de "Cuidado Integral por Curso de Vida",

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud"; la cual establece las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, Direcciones u oficinas generales, Órganos desconcentrados y Organismos públicos adscritos; disposiciones de obligatoria observancia por todas las direcciones generales, órganos desconcentrados y organismos públicos adscritos del Ministerio de Salud.

Que, el numeral 6.1.3 de la citada directiva; define a la *Guía Técnica* como un documento normativo con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias. En ella se elaboran metodologías, instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades y al desarrollo de una buena práctica.

Que, la Guía de Práctica Clínica de Peritonitis Asociada a Diálisis Peritoneal - Nefrología, tiene por finalidad estandarizar la Guía de Manejo de Peritonitis Asociada a Diálisis Peritoneal del Servicio de Nefrología del Hospital General de Jaén, con el fin de ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno;



Firmado digitalmente por
RAMIREZ TENORIO Edwin
Darwin FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - DM - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 01/08/2024 09:44 a. m.



Firmado digitalmente por
BOLIVAR JOO Diana Mercedes
FAU 20453744168 hard
Hospital Jaén - DE - Dir.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 26/07/2024 02:50 p. m.



Firmado digitalmente por
JIMENEZ COLLAVE Jhony FAU
20453744168 soft
Hospital Jaén - OPPE - Jef.
Motivo: Doy V°B°
Fecha: 26/07/2024 02:29 p. m.



Firmado digitalmente por
CARDOSO MAIRENA Cesar
Augusto FAU 20453744168
hard
Hospital Jaén - UGC - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B° Por Encargo
Fecha: 25/07/2024 04:40 p. m.



Firmado digitalmente por MEGO
PALACIOS Angelica Yahaira
FAU 20453744168 soft
Hospital Jaén - UAJ - Jef. (e)
Motivo: Doy V°B° Por Encargo
Fecha: 25/07/2024 04:36 p. m.

Av. Pakamuros Nro. 1289

(076)431400

www.gob.pe/hospitaljaen

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser verificadas en la dirección web: <https://gorecaj.pe/mad3validar> e ingresando el código: Q0FPP5



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL GENERAL JAÉN
DIRECCIÓN EJECUTIVA**



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

La citada guía; cumple con los requisitos y estructura establecida en la directiva precitada, además de contar con la opinión técnica de la Unidad de Gestión de la Calidad, así como de la Oficina de Presupuesto y Planeamiento Estratégico, por lo que corresponde ser aprobada vía acto resolutivo.

Por las consideraciones expuestas, contado con los vistos correspondientes y facultades conferidas mediante Resolución Ejecutiva Regional N° D000057-2019-GRC-GR; y,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - **APROBAR** la "Guía de Práctica Clínica de Peritonitis Asociada a Diálisis Peritoneal - Nefrología" del Hospital General de Jaén, que como anexo a folios treinta y siete (37), forma parte de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. - **RECOMENDAR** al Jefe del Departamento de Medicina; la Implementación, supervisión y cumplimiento.

ARTÍCULO TERCERO. - **ENCARGAR** al responsable de administración y actualización del portal de transparencia para que publique la presente resolución en el portal web institucional del Hospital General de Jaén, www.hospitaljaen.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO
Directora
DIRECCIÓN EJECUTIVA

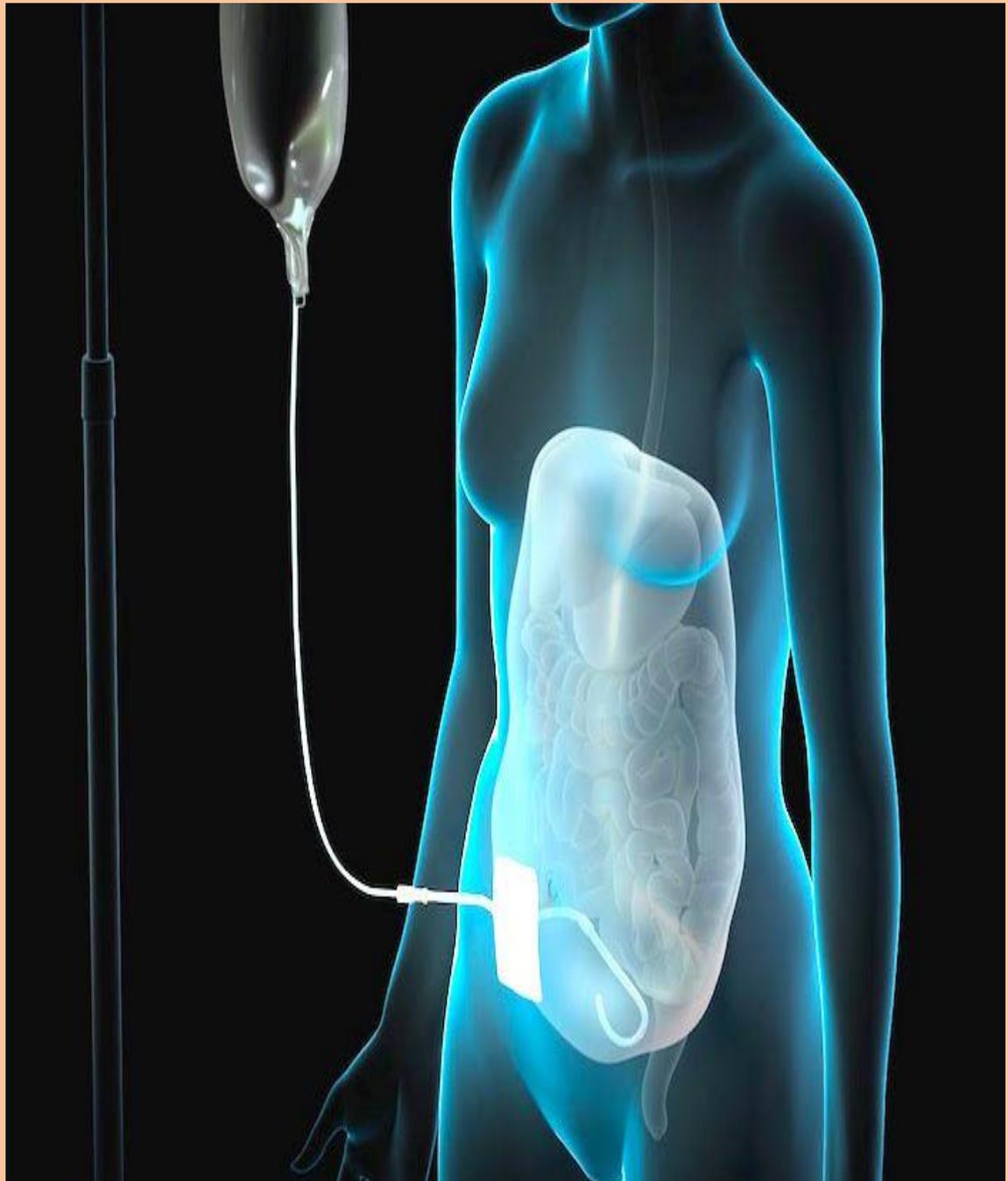


GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

*“ Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho ”*



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL



JAÉN, MAYO 2024

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 2 - 37	

DIRECTORA EJECUTIVA

Dra. Diana Mercedes Bolívar Joo

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DR. EDWIN DARWIN RAMÍREZ TENORIO

COORDINADOR SERVICIO DE HEMODIÁLISIS

DR. LUIS HEINER HERRERA CÓRDOVA

EQUIPO DEL SERVICIO

DR. LUIS HEINER HERRERA CÓRDOVA
 DRA. DANIELA ORDOÑEZ GUTIÉRREZ
 LIC. MELISSA KATHERINE GONZALES MONTENEGRO
 LIC. MIRIAM ARACELI VENTURA ZURITA
 LIC. ERIKA FLORES SANDOVAL
 LIC. ROSARIO ELIZABETH VALLE CONDOR
 LIC. YANET VASQUEZ QUIROZ
 LIC. MARIBEL MAYANGA SECLÉN
 TEC. DILSER QUISPE DAVILA
 TEC. MIGUEL FIESTAS OLIVERA
 TEC. MARICELA UCEDA GONZALES
 TEC. VIKY MAGALY ROJAS SAAVEDRA
 TEC. HUMBELINA TORRES URIARTE

ELABORADO POR:

DRA. KATIA OLGA TERESA HERNANDEZ TORRES

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL		
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	

GUÍA TÉCNICA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL

Fases	Responsable	Visto Bueno y Sello
Elaborado por:	Departamento de Medicina	
Revisado por:	Oficina de Presupuesto y Planeamiento Estratégico	
Revisado por:	Unidad de Gestión de la Calidad	
Aprobado por:	Dirección Ejecutiva	

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 4 - 37	

CONTROL DE CAMBIOS

Número de Revisión	Descripción del Cambio	Versión	Fecha	Responsable
0	Guía técnica de práctica clínica de peritonitis asociada a diálisis peritoneal	001	05/2024	Departamento de Medicina

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 5 - 37	

ÍNDICE

- I. FINALIDAD**
- II. OBJETIVO**
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.** (Diagnóstico o tratamiento de “x” patología
 - 4.1. NOMBRE Y CÓDIGO
- V. CONSIDERACIONES GENERALES**
 - 5.1. DEFINICIÓN
 - 5.2. ETIOLOGÍA - FISIOPATOLOGÍA
 - 5.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
 - 5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
 - 5.4.1. NO MODIFICABLES
 - 5.4.2. MODIFICABLES
- VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**
 - 6.1. CUADRO CLÍNICO
 - 6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS
 - 6.1.2. INTERACCIÓN CRONOLÓGICA
 - 6.2. DIAGNÓSTICO
 - 6.2.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO
 - 6.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
 - 6.3. EXÁMENES AUXILIARES
 - 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - 6.4.1. GENERALIDADES
 - 6.4.2. TRATAMIENTO EMPÍRICO
 - 6.4.3. TRATAMIENTO COADYUVANTE
 - 6.4.4. TRATAMIENTO ESPECÍFICO
 - 6.5. COMPLICACIONES
 - 6.6. PREVENCIÓN
- VII. RECOMENDACIONES**
- VIII. ANEXOS**
- IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA**

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 6 - 37	

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL

I. FINALIDAD

Estandarizar la Guía de Manejo de Peritonitis Asociada a Diálisis Peritoneal del Servicio de Nefrología del Hospital General de Jaén, con el fin de ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Orientar las acciones a fin de prevenir y manejar adecuadamente la peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal (DP).

2.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Definir términos como peritonitis refractaria, peritonitis recurrente, retirada del catéter asociado a peritonitis, entre otros términos establecidos según las últimas recomendaciones de la International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD).
- Orientar el tratamiento de la peritonitis según las últimas actualizaciones basadas en la ISPD.
- Otorgar al personal asistencial la Guía para consulta y apoyo en su desempeño laboral.
- Aplicar los procedimientos descritos en la atención adecuada del paciente dialítico.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía de Procedimiento Asistencial es de aplicación en la Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital General de Jaén.

POBLACIÓN OBJETIVO: Pacientes mayores de 15 años con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 en Terapia de Reemplazo Renal modalidad Diálisis Peritoneal.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

NOMBRE: Peritonitis asociada a diálisis peritoneal **K65.8**

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Peritonitis: Es la inflamación de la membrana peritoneal causada por una infección de la cavidad peritoneal, generalmente por bacterias. Se constituye en la complicación más importante derivada de la propia técnica.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 7 - 37	

Peritonitis por causa específica: según los organismos identificados en el cultivo de líquido peritoneal.

Peritonitis relacionada con el catéter: aquella que ocurre en conjunción temporal (dentro de los 3 meses) con una infección del catéter (ya sea en el sitio de salida o en el túnel) con el mismo organismo en el sitio de salida o en una colección del túnel y el efluente o un sitio estéril en el contexto de exposición a antibióticos.

Peritonitis entérica: de origen intestinal y que involucra procesos como inflamación, perforación o isquemia de órganos intraabdominales. Puede incluirse bajo este contexto aquella con cultivo negativo (pancreatitis).

Peritonitis previa a la DP: ocurre después de la inserción del catéter de DP y antes del inicio del tratamiento de DP (día en que se realiza el primer intercambio de DP con la intención de continuar el tratamiento de DP a largo plazo ese día, no incluye el lavado intermitente del catéter de DP).

Peritonitis relacionada con la DP: ocurre desde el día del inicio de la DP y continúa mientras el paciente permanece en DP independientemente del entorno o de quién realiza los intercambios de DP.

Peritonitis relacionada con la inserción del catéter de DP: ocurre dentro de los 30 días posteriores a la inserción del catéter de DP y debe ser menor al 5% de los implantes de catéter peritoneal.

5.2. ETIOLOGÍA - FISIOPATOLOGÍA

El catéter de DP es la fuente de infección en la gran mayoría de los casos de peritonitis relacionados con la DP. El catéter proporciona un portal de entrada para organismos al peritoneo normalmente estéril. La mayoría de los casos de peritonitis relacionada con la DP son el resultado de una “contaminación por contacto”, en la que el paciente o su ayudante rompen inadvertidamente la técnica estéril y contaminan el catéter o sus conexiones. Los patógenos más comunes son las especies de estafilococos coagulasa negativos (p. ej., *Staphylococcus epidermidis*) que comúnmente colonizan la piel y las manos humanas, y *Staphylococcus aureus*, que en conjunto son responsables del 50% o más de las infecciones en la mayoría de las series. Las infecciones del sitio de salida y del túnel también pueden provocar peritonitis. Con menos frecuencia, el abdomen mismo puede ser la fuente. La causa puede ser diverticulitis, apendicitis, colecistitis o una víscera perforada, así como cirugía intraabdominal, colonoscopia, histeroscopia y transmigración de la flora intestinal por estreñimiento. En los casos de origen intraabdominal, los organismos infectantes suelen ser bacterias entéricas gram negativas (Gram -), estreptococos y bacterias anaerobias. La bacteriemia de otra fuente también puede afectar el peritoneo. Al ingresar al peritoneo, los microorganismos encuentran un ambiente muy hospitalario. Es cálido, oscuro y hay muchos nutrientes como la glucosa. Además, en el peritoneo no inflamado hay muy poca defensa del huésped, con una pequeña cantidad de macrófagos peritoneales y muy pocas proteínas de defensa del huésped, como inmunoglobulinas o complemento. En este entorno, los organismos pueden proliferar rápidamente y sin obstáculos. En cuestión de horas, los productos bacterianos, los componentes de la pared celular de las bacterias Gram

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 8 - 37	

positivas y las endotoxinas de las bacterias Gram negativas, inducen una respuesta inflamatoria. Los leucocitos polimorfonucleares y los macrófagos activados ingresan al peritoneo e inducen inflamación, que se manifiesta como dolor abdominal, fiebre, leucocitosis en sangre periférica y dializado turbio debido al mayor número de células en el líquido peritoneal.

5.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La peritonitis asociada a diálisis peritoneal se asocia con una morbilidad significativa, pérdida transitoria de ultrafiltración, posible daño permanente a la membrana peritoneal y, ocasionalmente, muerte (causa principal o directa de muerte en más del 15% de los pacientes en DP). Se debe a la contaminación con bacterias patógenas de la piel durante los intercambios o a una infección del sitio de salida o del túnel. La ISPD recomienda monitorear la tasa de peritonitis al menos una vez al año como parte de un programa de mejora continua de la calidad, así como las tasas de peritonitis específica por organismo, la susceptibilidad antimicrobiana, aquellas con cultivo negativo y los resultados de la peritonitis. En nuestra Unidad la tasa de peritonitis paciente/año es 0.27 (ISPD recomienda no superar los 0.40 episodios por año en riesgo).

5.4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.4.1. No modificables:

- Género: aumento significativo de riesgo de peritonitis en mujeres
- Comorbilidades: pocos estudios han evaluado el impacto de las comorbilidades sobretodo cardiovasculares (enfermedad de las arterias coronarias, hipertensión arterial) sobre el riesgo de peritonitis.
- Diabetes Mellitus: no se ha podido demostrar de forma consistente como factor de riesgo de peritonitis en pacientes con DP.
- Función renal residual: como factor protector de peritonitis, esto podría explicarse en parte, por un estado nutricional mejor conservado y la necesidad de realizar menor recambios de bolsa.

5.4.2. Modificables:

- Desnutrición: niveles de albúmina < 3g/dL se ha asociado a riesgo aproximadamente dos veces mayor de peritonitis. La hipótesis planteada sería que la hipoalbuminemia, como resultado de la desnutrición, la respuesta inflamatoria o la propia uremia, puede conducir a una mayor susceptibilidad a las infecciones.
- Exceso de peso: mayor riesgo de peritonitis al aumentar el índice de Masa Corporal (IMC), sobretodo con IMC>30 Kg/m². Se podría plantear la hipótesis que a través de la colonización e infección de los catéteres de DP poco después de su inserción, como resultado del aumento del área de la herida, la reducción de la resistencia a la grasa a la infección y el traumatismo acentuado de la pared abdominal.
- Tabaquismo: mayor riesgo, probablemente debido a la consecuente afectación de las respuestas inmunes.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL		
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	

- Portador nasal de *Staphylococcus aureus* motivo por el cual parece razonable utilizar la aplicación tópica de mupirocina para prevenir episodios de peritonitis causados por *S. aureus*.
- Estatus socioeconómico
- Problemas gastrointestinales: como estreñimiento y enteritis están asociados con peritonitis debida a organismos entéricos, así como la hemorragia gastrointestinal.
- Hipokalemia: además del grado, la mayor duración de la hipokalemia conlleva a mayor mortalidad relacionada con infecciones y un mayor riesgo de peritonitis.
- Uso de antagonistas del receptor de histamina-2 como factor de riesgo modificable para la peritonitis entérica en pacientes con DP.

VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS: El dolor abdominal es el síntoma cardinal y el más común siendo su intensidad variable, la cual depende del tipo de bacteria causante (leve: *Estaphylococo coagulasa negativo* e intenso: *S.aureus*, gram – y hongos). El signo más común es el dolor a la palpación manual hasta un fuerte dolor a la maniobra de rebote, sin localización; así mismo se observa el líquido de drenaje peritoneal turbio. Siempre se explorará el estado de orificio de salida y el túnel, para descartar compromiso infeccioso concomitante de los mismos.

6.1.2. Cronología:

Según evolución clínica la peritonitis puede ser:

Recurrente: Un episodio que ocurre dentro de las 4 semanas de haber completado terapia de un episodio previo pero producido por un organismo diferente.

Recidivante: Un episodio que ocurre dentro de las 4 semanas de haber completado terapia de un episodio previo por el mismo organismo o un episodio a cultivo estéril.

Repetida: Un episodio que ocurre posterior a las 4 semanas de completar terapia de un episodio previo con el mismo organismo

No repetida: Un episodio que ocurre posterior a las 4 semanas de completar terapia de un episodio previo con diferente organismo.

Refractaria: Falla del efluente en aclararse luego de 5 días de terapia apropiada con antibióticos.

Peritonitis relacionada a catéter: Peritonitis concomitante a una infección del sitio de salida o túnel con el mismo organismo o con cultivo estéril.

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL		
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	



6.2. DIAGNÓSTICO

6.2.1. Diagnóstico: requiere dos de las siguientes características: (1) características clínicas consistentes con peritonitis, *es decir*, dolor abdominal o efluente de diálisis turbio; (2) recuento de glóbulos blancos del efluente de diálisis $>100/\mu\text{l}$ (después de un tiempo de permanencia de al menos 2 horas), con $>50\%$ de neutrófilos; y (3) cultivo positivo del efluente de diálisis. Sin embargo, un diagnóstico clínico oportuno y el inicio temprano de la terapia con antibióticos son clave para un tratamiento exitoso. Por lo tanto, se debe suponer que los pacientes que presentan un efluente turbio tienen peritonitis y tratarse como tal hasta que se confirme o excluya el diagnóstico. Siempre que se sospeche peritonitis, se debe analizar el líquido peritoneal para determinar el recuento celular, el diferencial, la tinción de Gram y el cultivo bacteriano.

6.2.2. Diagnóstico diferencial:

Aunque el dolor abdominal es un síntoma de presentación común de la peritonitis, no deben pasarse por alto otras causas como, por ejemplo, colitis isquémica, pancreatitis, pielonefritis, rotura de quiste ovárico o renal, rechazo de trasplante renal, infección por *Clostridium difficile* y hernia estrangulada/incarcerada. Otro componente de la definición de peritonitis es el efluente turbio, que

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 11 - 37	

también puede ser inespecífico de peritonitis porque puede ser el resultado de diversas causas no infecciosas, como peritonitis eosinofílica (eosinófilos 10-30% en el recuento celular, como resultado de una reacción alérgica a las soluciones de DP, al material del catéter o a la vancomicina), hemoperitoneo, neoplasia maligna (linfoma y metástasis peritoneal), efluente quiloso (color blanco lechoso) y muestreo de líquido de un abdomen seco o de una permanencia con un tiempo extendido. La pancreatitis aguda, el uso de ciertos bloqueadores de los canales de calcio, el síndrome de la vena cava superior y el traumatismo de los vasos linfáticos después de la inserción del catéter de DP son algunas causas adicionales.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

El estudio de líquido peritoneal es imprescindible. Se requiere de citológico con recuento celular, además del cultivo de líquido peritoneal.

Los exámenes de imágenes abdominales se realizan comúnmente en el contexto de peritonitis por DP (41% de los casos según la literatura), siendo la inestabilidad hemodinámica, la necesidad de ingreso en la UCI, los organismos polimicrobianos o fúngicos y la peritonitis recidivante, recurrente o refractaria. Es importante añadir que el tipo de organismo que causa la peritonitis no predice alguna anomalía radiológica y, por tanto, no debería dictar la necesidad de imágenes abdominales.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. GENERALIDADES

- Se debe iniciar la terapia antimicrobiana tan pronto como sea posible después de obtener una adecuada muestra microbiológica. Por cada hora de retraso en la administración de la terapia antibiótica desde el momento de la presentación en un centro hospitalario, el riesgo de fracaso de la DP o muerte es un 5.5% mayor según Muthucumarana et al. Además, según un análisis multivariado, este retraso a partir del signo de peritonitis por 24 horas confirió un riesgo tres veces mayor de retiro de catéter peritoneal (ver Anexo 1).

- La VÍA DE ELECCIÓN ES LA **INTRAPERITONEAL** (IP), con un periodo de permanencia de 4 a 6 horas; iniciando con una dosis de carga para pasar luego a dosis de mantenimiento. Si el paciente presenta compromiso sistémico y apariencia tóxica, o no tiene acceso a la administración intraperitoneal, la dosis de carga puede ofrecerse por vía IV.

- La dosis de mantenimiento, varía en cuanto al tipo de modalidad dialítica tal es así que en pacientes con DPCA la administración del antibiótico podrá ser de forma continua o intermitente (dependiendo del tipo de antibiótico utilizado) y en pacientes en DPA (Diálisis Peritoneal Automatizada), se utilizará la forma intermitente, pudiendo administrar los antibióticos durante el recambio diario; para aquellos pacientes con

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 12 - 37	

“cavidad seca diurna”, se podría añadir de forma transitoria un recambio diurno de bajo volumen o considerar la transferencia temporal a la modalidad DPCA. Dado el mayor aclaramiento de los antibióticos por parte de la cicladora, la dosis debe ser mayor en pacientes que mantienen la DPA durante el tratamiento de peritonitis (ver anexo 5 A y B).

- En el caso de las dosis que se añaden a la solución de diálisis peritoneal, la dosificación continua (misma dosis del antibiótico a cada bolsa con solución de diálisis) e intermitente (una dosis más grande a una sola bolsa, cada 12 a 24 horas excepto la vancomicina cada 4 a 5 días) son igualmente eficaces, prefiriéndose la dosificación continua para las cefalosporinas.

- Si el paciente cuenta con un dolor considerable y no puede tolerar el volumen habitual, la dosis de carga se puede administrar en un volumen menor de diálisis y la dosis de mantenimiento será de forma intermitente realizándose un único recambio de bajo volumen al final del día, pasando el paciente a hemodiálisis.

- La única indicación de tratamiento completo IV, son aquellas peritonitis en las que se tenga que remover el catéter o el mismo no funcione.

- La duración del tratamiento antimicrobiano será de al menos 2 semanas (gram -, S. coagulasa negativo) hasta 3 semanas (S. aureus) dependiendo el germen aislado (ver anexos 7,8 y 9)

- De manera general disminuir la concentración de las soluciones de diálisis peritoneal a utilizar, así como aminorar los tiempos de estancia para mantener una ultrafiltración adecuada. Se titulará la dosis de insulina de manera adecuada para un adecuado control de la glucemia y se incrementará la carga proteica a 1,5 gr/Kg/día durante el episodio de peritonitis.

6.4.2. TRATAMIENTO EMPÍRICO - La antibioticoterapia empírica debe cubrir organismos gram positivos y gram negativos, siendo:

-Para gérmenes gram positivos cefalosporina de primera generación (cefazolina o cefalotina), incrementando la dosis un 25% en aquellos pacientes con función residual considerable, una sola dosis al día; o vancomicina en paciente con sospecha de infecciones por S. aureus resistente a meticilina (MARSA) o a pacientes con alergia a penicilinas o cefalosporinas.

- Para gérmenes gramnegativos se usan cefalosporinas de tercera generación (ceftazidima) o aminoglucósidos. No hay evidencia de que cursos cortos de aminoglucósidos aceleran la pérdida de la función residual; sin embargo, tratamientos repetidos y prolongados (> de 3 semanas) con los mismo pueden aumentar la incidencia de ototoxicidad y toxicidad vestibular por lo que debe ser evitados.

– Dosificación (ver anexo 5 A y B)

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 13 - 37	

6.4.3. TRATAMIENTO COADYUVANTE

Administrar heparina (500 a 1000 UI/litro) a la solución de diálisis hasta que se resuelva la peritonitis y los coágulos de fibrina desaparezcan del efluente.

Si existe dolor abdominal moderado – intenso, se puede realizar lavados rápidos con la solución de diálisis peritoneal, generalmente con varios recambios sin permanencia peritoneal; así mismo se usará analgesia parenteral.

6.4.4. TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Conocido el agente causal se elegirá mediante el antibiograma el antibiótico más apropiado y con mayor sensibilidad.

STAFILOCOCOS COAGULASA NEGATIVO

- Se recomienda usar un solo antimicrobiano, cefalosporina de primera generación o vancomicina IP según la susceptibilidad microbiana por un período de 2 semanas.

STAFILOCOCO AUREUS

- Se recomienda continuar la terapia con un solo antimicrobiano con cefalosporinas de primera generación por 3 semanas.
- Conveniente añadir Rifampicina 600mg diarios por 10 días para la prevención de peritonitis recurrente.
- Si es resistente a cefalosporina y sensible a vancomicina se debe usar la misma Vancomicina aumentando una dosis más, hasta 4 dosis IP.

ESTREPTOCOCO

- Se sugiere que sea tratada con antibióticos durante 14 días
- La tasa de curación supera el 85%
- Presencia de estreptococo viridans presenta mayor riesgo de recaída

PSEUDOMONAS

- Tasa de curación completa del 50%.
- Debido a que las especies de pseudomonas se asocian con tasa más alta de producción de biofilms y con tasa alta de fracaso, se recomienda el uso de 2 antibióticos con diferentes mecanismos de acción y para el cual, el organismo sea sensible, durante 3 semanas.
- Si ésta es concomitante con infección del sitio de salida y tunelitis, se debe extraer el catéter.
- Si no hay respuesta clínica luego de 5 días de tratamiento antibiótico según esquema de sensibilidad, se debe retirar el

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 14 - 37	

catéter. No es necesario agregar un tercer antibiótico en el intento de buscar la recuperación clínica y mantener el catéter, puesto que el tratamiento prolongado con antibióticos podría conllevar a disminución significativa de la función renal residual.

BACTERIAS GRAM NEGATIVAS ENTÉRICAS

- Incluye las especies E. Coli, Klebsiella y Enterobacter.
- Debe ser tratada con antibióticos durante al menos 3 semanas
- El tratamiento depende del patrón de resistencia
- En caso de peritonitis causada por enterobacterias productoras de carbapenemasas, se recomienda consulta temprana con infectología debido a que la terapia microbiológica óptima estará determinada por los genes de carbapenemasas específicos detectados

PERITONITIS POLIMICROBIANA

- Alta sospecha de patología intraabdominal. Si se sospecha una causa quirúrgica de peritonitis, los antibióticos de elección son metronidazol más vancomicina en combinación con ceftazidima o un aminoglucósido, o monoterapia con un carbapenem o piperacilin/tazobactam. Paciente debe ser evaluado por cirujano general con examen de imágenes como tomografía computarizada.
- Si requiere laparotomía, se retira el catéter de DP y se continúa la cobertura antibiótica vía intravenosa.

PERITONITIS CON CULTIVO NEGATIVO

- La causa más frecuente incluye el uso reciente de antibióticos y una técnica de cultivo inadecuada.
- La duración del tratamiento debe limitarse a 2 semanas porque se ha evidenciado que los resultados fueron similares entre los episodios con duraciones de 2 y 3 semanas de tratamiento.

PERITONITIS FUNGICA

- Son complicaciones graves con altas tasas de hospitalización.
- Se recomienda el pronto retiro de catéter tan pronto se identifique el hongo.
- Se sugiere el tratamiento antifúngico durante al menos 2 semanas después del retiro de catéter.
- Teniendo en cuenta que la peritonitis fúngica tiene un peor pronóstico que la peritonitis bacteriana, desde el punto de vista de mortalidad y supervivencia de la técnica, se recomienda medicamentos antimicóticos profilácticos para pacientes en diálisis peritoneal, que están recibiendo antibióticos; ya sea para el tratamiento de una peritonitis bacteriana o por otras infecciones que requieran uso de antibióticos de amplio espectro de forma prolongada. Los beneficios de esta práctica son mayores para pacientes en cuyo centro hay altas tasas de peritonitis fúngicas (> 10%).

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 15 - 37	

Opciones Profilácticas:

- Nistatina oral 500000UI tres o cuatro veces al día mientras el paciente este recibiendo el antibiótico.
- Fluconazol 200 mg c/48 h por vía oral durante el tiempo de la terapia antimicrobiana.

PERITONITIS TUBERCULOSA

- Se sugiere terapia antituberculosa en lugar de la extracción del catéter.
- La medición de la adenosina desaminasa en el dializado como prueba de detección, con especificidad baja. La prueba más confiable y rápida es PCR para detectar el ADN del micobacterium.
- Existe escasa evidencia con respecto a la dosis óptima del fármaco en este tipo de peritonitis, estudios preliminares no muestran necesidad de ajustar la dosis de isoniazida y pirazinamida debido a que sus concentraciones se mantuvieron por encima de la CIM.
- Monitorear presión arterial en pacientes que comenzaron tratamiento con rifampicina oral, debido a su potente actividad inductora del citocromo p50 hepático que conduce a niveles reducidos de la mayoría de los antihipertensivos (incluidos amlodipino y metoprolol)
- Monitorear efectos secundarios como neuritis retrobulbar y neuropatía
- El etambutol debe omitirse o suspenderse si se conoce que el M. tuberculosis es susceptible a los otros agentes.

INFECCIÓN DEL ORIFICIO DE SALIDA Y TUNEL

- Infección del sitio de salida: presencia de secreción purulenta, con o sin eritema de la piel en la interfaz catéter – epidermis.
- Infección del túnel: presencia de inflamación clínica (eritema, edema, sensibilidad o induración) con o sin evidencia ecográfica de líquido acumulado en cualquier parte del túnel.
- Un cultivo positivo con un sitio de salida de apariencia normal (sin secreción purulenta) es indicativo de colonización más que de una infección verdadera.
- Tratamiento depende de la presencia de eritema solo o con drenaje purulento.
- En caso de solo eritema, el tratamiento es tópico con mupirocina al 2% o gentamicina tópica, la cual se debe de aplicar posterior a la curación del orificio de salida; continuándose la aplicación de las mismas (como profilaxis secundaria) y como tratamiento empírico el uso de una cefalosporina de primera generación como cefalexina o en casos de historia previa de infección o colonización MRSA o especies de pseudomona en los cuales se puede iniciar vancomicina o fármaco antipseudomónico según corresponda durante 2 semanas (Ver Anexo 16).
- En caso de si existe infección de orificio-túnel con drenaje purulento se debe realizar un cultivo y prueba de sensibilidad, brindándose tratamiento

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 16 - 37	

antibiótico según antibiograma (no existe ventaja del tratamiento parenteral sobre el oral) (Ver Anexo 17).

- Para Gram positivo: cefalosporinas vía oral por una semana si no hay mejoría se puede añadir rifampicina 600mg/día vía oral, completando 2 semanas. Si la infección no cede a las 2 semanas, se procede a retiro del catéter.
- Gram negativo: quinolonas orales. Tratamiento por 2 semanas sino mejora, se procede al retiro del catéter.
 - Se recomienda no superar los 0.4 episodios por año en riesgo para la tasa general de infección.

PERITONITIS RECIDIVANTE, RECURRENTE Y REPETITIVA

- Considerar la extracción oportuna del catéter de DP
- No es aconsejable prolongar la duración del tratamiento, pues no reduce el riesgo
- Extracción y reinserción simultáneas del catéter de DP después de que el cultivo sea negativo y el conteo celular sea menor a 100/µL, en ausencia de infección concomitante del sitio de salida o del túnel.

6.5. COMPLICACIONES

Complicaciones	Acciones que realizar
Peritonitis recurrente	Extracción del catéter peritoneal
Abscesos / Microabscesos intrabdominales	Extracción del catéter peritoneal
Tunelitis	Extracción del catéter peritoneal
Colonización del catéter	Extracción del catéter peritoneal

6.6. PREVENCIÓN

Los riesgos de infección peritoneal en general no se asocian a una determinada modalidad dialítica, siendo en muchas de las ocasiones por error del paciente, constituyendo un fallo del equipo de la unidad de DP.

Las siguientes son situaciones de riesgo en las que se merecen aplicar medidas preventivas.

a. Inserción del catéter peritoneal:

- El orificio de salida del catéter debe ser caudal respecto a la entrada a la cavidad peritoneal
- Se debe evitar hematomas
- Antibioticoterapia profiláctica antes de la inserción del catéter peritoneal: Cefalosporina de 1ra generación 1000 mg IV, preoperatorio o Vancomicina 1000 mg IV, administrado en el

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 17 - 37	

preoperatorio. La profilaxis va a depender del espectro local de resistencia antibiótica.

- Máxima asepsia en el acto operatorio y cuidados de enfermería en el postoperatorio.
- Ni el tipo de catéter peritoneal ni la técnica de implante influyen en los riesgos de peritonitis.

b. Cuidados del orificio de salida del catéter:

- Se recomienda el retiro del apósito luego de 5 a 7 días después del implante, a menos que haya evidencia que esté sucio.
- Limpieza del orificio diaria al menos con agua y jabón con secado posterior.
- Evitar tirones violentos del catéter que puedan lesionar los tejidos vecinos con sangrado y formación de hematomas.

c. Lavado adecuado de manos según OMS y protocolo de la unidad.

d. Hábitos intestinales. Evitar que los pacientes sufran de estreñimiento y diarrea prolongada.

e. Profilaxis de portadores nasales de S. aureus

La erradicación es una acción preventiva recomendable para los portadores de S. aureus, lo cual reduce las infecciones del orificio y del túnel, pero no el índice de peritonitis. Se recomienda el uso de mupirocina en cada fosa nasal 2 veces al día por 5 días.

f. Uso de sistema de doble bolsa

- El uso del sistema con menos conexiones y desconexiones y las soluciones más biocompatibles.

g. Tratamiento antibiótico tras contaminación

- Ante la duda de contaminación por toques durante el recambio, el paciente debe acudir para administrar una dosis de antibiótico profiláctica contra gram positivos y gram negativos intraperitoneal.
- En caso de riesgo de contaminación de la línea prolongadora, el paciente debe suspender el tratamiento; clampando la misma; no realizando recambio alguno y acudir al hospital para revisión por personal de nefrología, quien procederá a cambio de línea prolongadora y administración de una dosis de antibiótico profiláctica contra gram positivos y gram negativos (cefazolina 1 gr y ceftazidima 1 gr) intraperitoneal.
- No se deben de permitir animales de compañía en la habitación donde se está realizando el cambio.
- Si se infunde una solución contaminada (contaminación húmeda); ya sea porque el catéter este roto o abierto y expuesto a bacterias, tanto porque la bolsa de infusión se haya roto, como porque se haya realizado una maniobra intempestiva; se debe prescribir

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 18 - 37	

antibióticos de manera profiláctica, proporcionando un curso de 2 días de antibióticos orales después de la contaminación.

h. Profilaxis antibiótica tras procedimientos

- En las exploraciones invasivas intestinales: colonoscopías, polipeptomías y escleroterapia, usar ampicilina 1gr, una dosis de aminoglucósidos con o sin metronidazol, además del vaciado del líquido peritoneal
- En las extracciones dentarias y en las biopsias endometriales: 2gr de amoxicilina 2 horas antes de una extracción dentaria y 1 gr después del procedimiento.

i. Escapes pericatéter (fuga) de líquido peritoneal

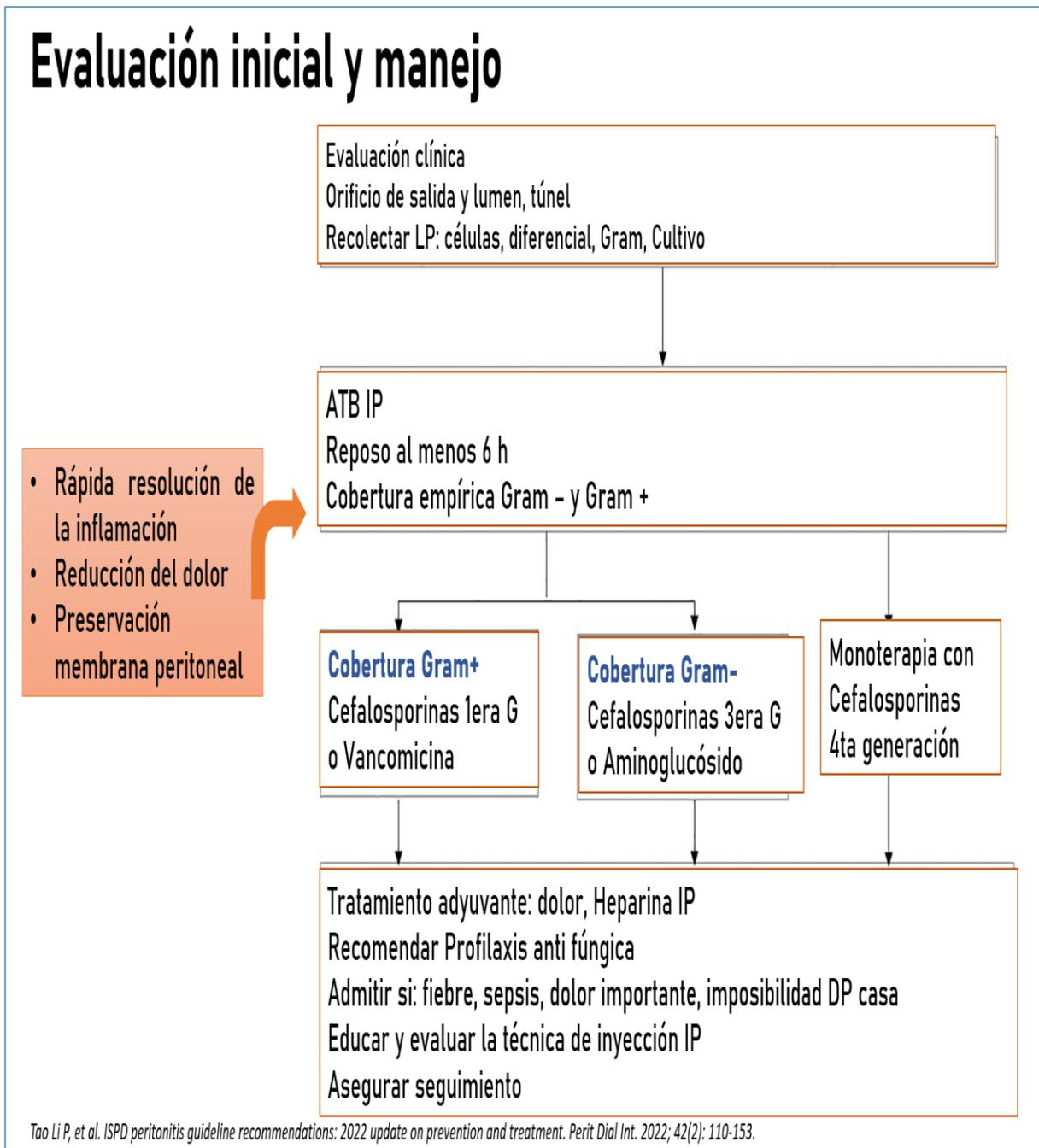
Se presenta en el 6% de los pacientes, conllevando a riesgo de infección; por lo que se debe parar la diálisis peritoneal y dar reposo por 2 a 4 semanas. Si persiste fuga después de este periodo, el catéter debe ser cambiado.

VII. RECOMENDACIONES

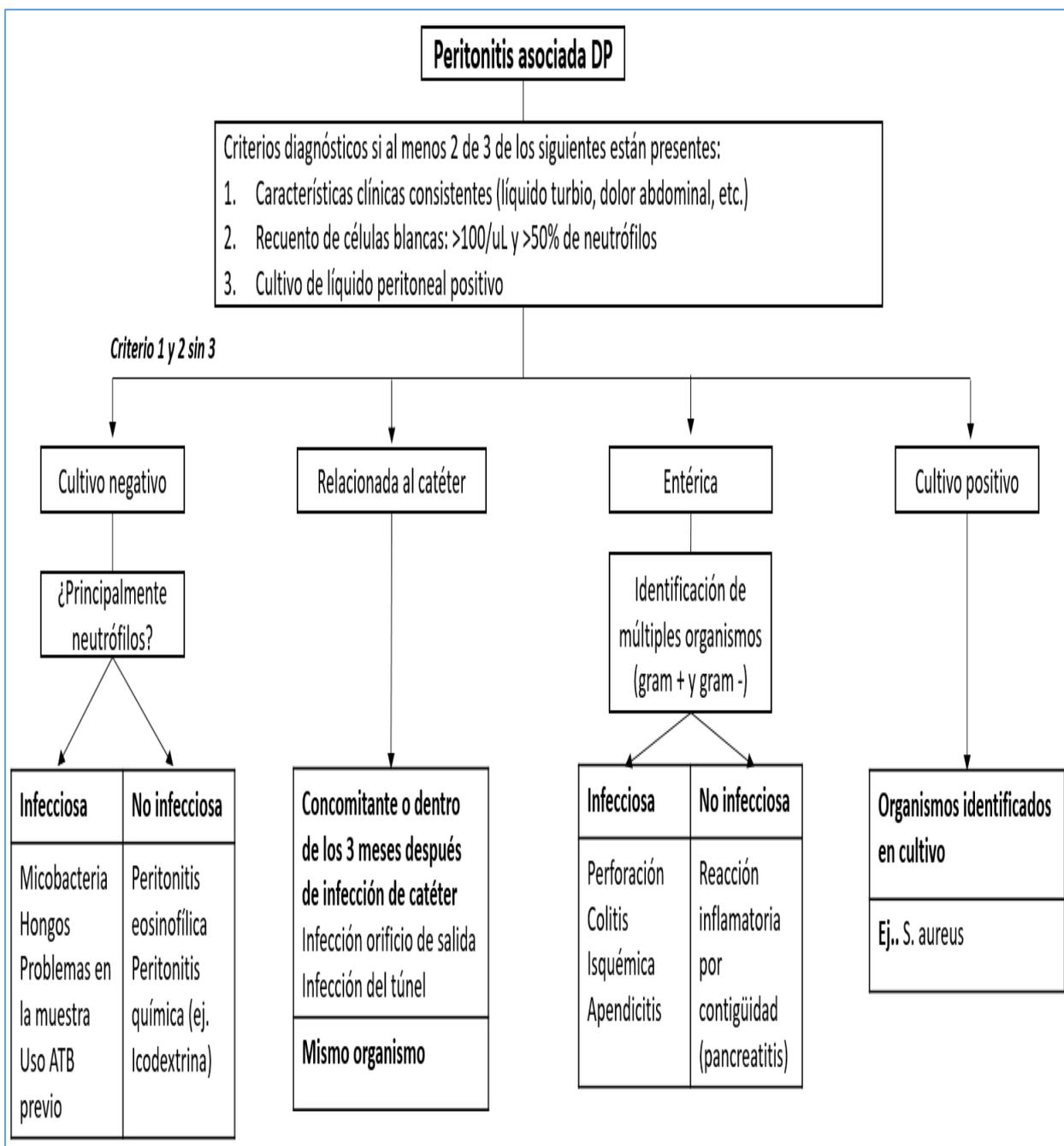
ACCIONES A SEGUIR COMPLETADO EL TRATAMIENTO DE PERITONITIS:

- Cambio de línea prolongadora, posterior a examen citoquímico del líquido peritoneal normal posterior al tratamiento.
- Evaluación de la causa y reingreso a entrenamiento.
- Realización de nueva visita domiciliaria
- Realización de PET y KT/V a las 4 a 6 semanas de haber finalizado el tratamiento del episodio de peritonitis.

VIII. ANEXOS



Anexo 1: Evaluación y manejo inicial



Anexo 2: Clasificación de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal

	Definiciones
Curado	Resolución completa de la peritonitis junto con NINGUNA de las siguientes complicaciones: recaída/peritonitis recurrente, retiro del catéter, transferencia a hemodiálisis durante ≥ 30 días o muerte
Refractario	Episodio de peritonitis con bolsas turbias persistentes o recuento de leucocitos en el efluente de diálisis persistente $>100 \times 10^9 /L$ después de 5 días de terapia antibiótica adecuada
Recurrente	Episodio de peritonitis que ocurre dentro de las 4 semanas posteriores a la finalización de la terapia de un episodio anterior pero con un organismo diferente
Reincidente	Episodio de peritonitis que ocurre dentro de las 4 semanas posteriores a la finalización de la terapia de un episodio anterior con el mismo organismo o un episodio estéril (cultivo negativo) (es decir, organismo específico seguido del mismo organismo, cultivo negativo seguido de un organismo específico u organismo específico seguido de cultivo negativo).
Repetido	Episodio de peritonitis que ocurre más de 4 semanas después de la finalización de la terapia de un episodio anterior con el mismo organismo
Retiro del catéter asociado a peritonitis	Retiro de catéter de DP como parte del tratamiento de un episodio de peritonitis activa
Transferencia de hemodiálisis asociada a peritonitis	Transferencia de DP a hemodiálisis por cualquier período de tiempo como parte del tratamiento de un episodio de peritonitis
Muerte asociada a peritonitis	Muerte que ocurre dentro de los 30 días del inicio de la peritonitis o muerte durante la hospitalización debido a la peritonitis
Hospitalización asociada a peritonitis	Hospitalización precipitada por la aparición de peritonitis con el fin de administrar el tratamiento de la peritonitis

Anexo 3: Definiciones de Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 22 - 37	

	Unidad de medida	Frecuencia mínima	Objetivo
Tasas de peritonitis (generales y específicas del organismo)	Episodios por paciente año	Anual	<0,4 episodios por paciente-año
Peritonitis con cultivo negativo	% de todos los episodios de peritonitis	Anual	<15% de todos los episodios de peritonitis
Tiempo hasta el primer episodio de peritonitis	Unidad de tiempo medio hasta el primer episodio de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Proporción de pacientes libres de peritonitis	% por unidad de tiempo	Trimestral (informe local)	>80% por año
Peritonitis pre-DP	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Peritonitis relacionada con la inserción del catéter de DP	% de todas las inserciones de catéteres de DP	Trimestral (informe local)	<5%
Cura medica	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Peritonitis recurrente	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Peritonitis recidivante	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Retiro del catéter asociado a peritonitis	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Transferencia de hemodiálisis asociada a peritonitis	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–
Muerte asociada a peritonitis	% de todos los episodios de peritonitis	Trimestral (informe local)	–

Anexo 4: Medición y notificación de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal

Antibiótico	Intermitente (1 intercambio diario durante al menos 6 h)	Continuo (todos los intercambios)
Aminoglucósidos		
amikacina	2 mg/kg diarios	No recomendado
gentamicina	0,6 mg/kg al día	No recomendado
netilmicina	0,6 mg/kg al día	No recomendado
tobramicina	0,6 mg/kg al día	No recomendado
Cefalosporinas		
cefazolina	15 mg/kg diarios (para permanencia prolongada) 20 mg/kg diarios (para permanencia breve)	DC 500 mg/L, , DM 125 mg/L ^d
cefepima	1000 mg diarios	DC 500 mg/L, , DM 125 mg/L ^d
cefoperazona	Sin datos	DC 500 mg/L, , DM 62,5–125 mg/L
cefotaxima	500–1000 mg diarios	sin datos
ceftazidima	1000–1500 mg diarios (para permanencia prolongada) 20 mg/kg diarios (para permanencia breve)	DC 500 mg/L, DM 125 mg/L ^d
ceftriaxona	1000 mg diarios	Sin datos
penicilinas		
Penicilina G	Sin datos	DC 50.000 unidad/L, DM 25.000 unidad/L
amoxicilina	Sin datos	DM 150 mg/L
ampicilina ^a	4 g diarios	DM 125 mg/L
Ampicilina/sulbactam		DC 1000 mg/500 mg, DM 133,3 mg/66,7 mg
Piperacilina/tazobactam	Sin datos	DC 4 g/0,5 g, DM 1 g/0,125 g
Ticarcilina/ácido clavulánico	Sin datos	DC 3 g/0,2 g, DM 300 mg/20 mg/L

Anexo 5, A: Dosificación de antibióticos intraperitoneal en el tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal

DC: dosis de carga; DM: dosis de mantenimiento

^aNo se recomienda la ampicilina IP para el tratamiento de la peritonitis enterocócica

^b Administrado junto con 500 mg intravenosos dos veces al día.

^c Es posible que se necesiten dosis suplementarias para pacientes con APD y se prefiere un tiempo de permanencia de al menos 6 h.

^d Puede ser necesario aumentar las dosis en un 25% para pacientes con función renal residual significativa

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 24 - 37	

Antibiótico	Intermitente (1 intercambio diario durante al menos 6 h)	Continuo (todos los intercambios)
Otros		
aztreonam	2 g diarios	DC 500 mg/L , DM 250 mg/L
Ciprofloxacino	Sin datos	DM 50 mg/L
clindamicina	Sin datos	DM 600 mg/bolsa
daptomicina	300 mg diarios	DC 100 mg/L , DM 20 mg/L
fosfomicina	4 g diarios	Sin datos
Imipenem/cilastatina	500 mg en intercambio alterno	DC 250 mg/L, DM 50 mg/L
ofloxacina	Sin datos	DC 200 mg, DM 25 mg/L
Polimixina B	Sin datos	DM 300.000 unidad (30 mg)/bolsa
Quinupristina/dalfopristina	25 mg/L en intercambios alternos ^b	Sin datos
Meropenem	500 mg diarios (para permanencia prolongada en DPA) 1000 mg diarios (para permanencia breve en DPCA)	DM 125 mg/L
teicoplanina	15 mg/kg cada 5 días	DC 400 mg/bolsa, DM 20 mg/L
vancomicina	15–30 mg/kg cada 5–7 días ^c para CAPD 15 mg/kg cada 4 días para APD	DC 20–25 mg/kg, DM 25 mg/L
Antifúngico		
fluconazol	IP 150–200 mg cada 24 a 48 h (se prefiere la vía oral)	Sin datos
Voriconazol	IP 2,5 mg/kg diarios (se prefiere la vía oral)	Sin datos

Anexo 5, B: Dosificación de antibióticos intraperitoneal en el tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal

DC: dosis de carga; DM: dosis de mantenimiento

^a No se recomienda la ampicilina IP para el tratamiento de la peritonitis enterocócica

^b Administrado junto con 500 mg intravenosos dos veces al día.

^c Es posible que se necesiten dosis suplementarias para pacientes con APD y se prefiere un tiempo de permanencia de al menos 6 h.

^d Puede ser necesario aumentar las dosis en un 25% para pacientes con función renal residual significativa.

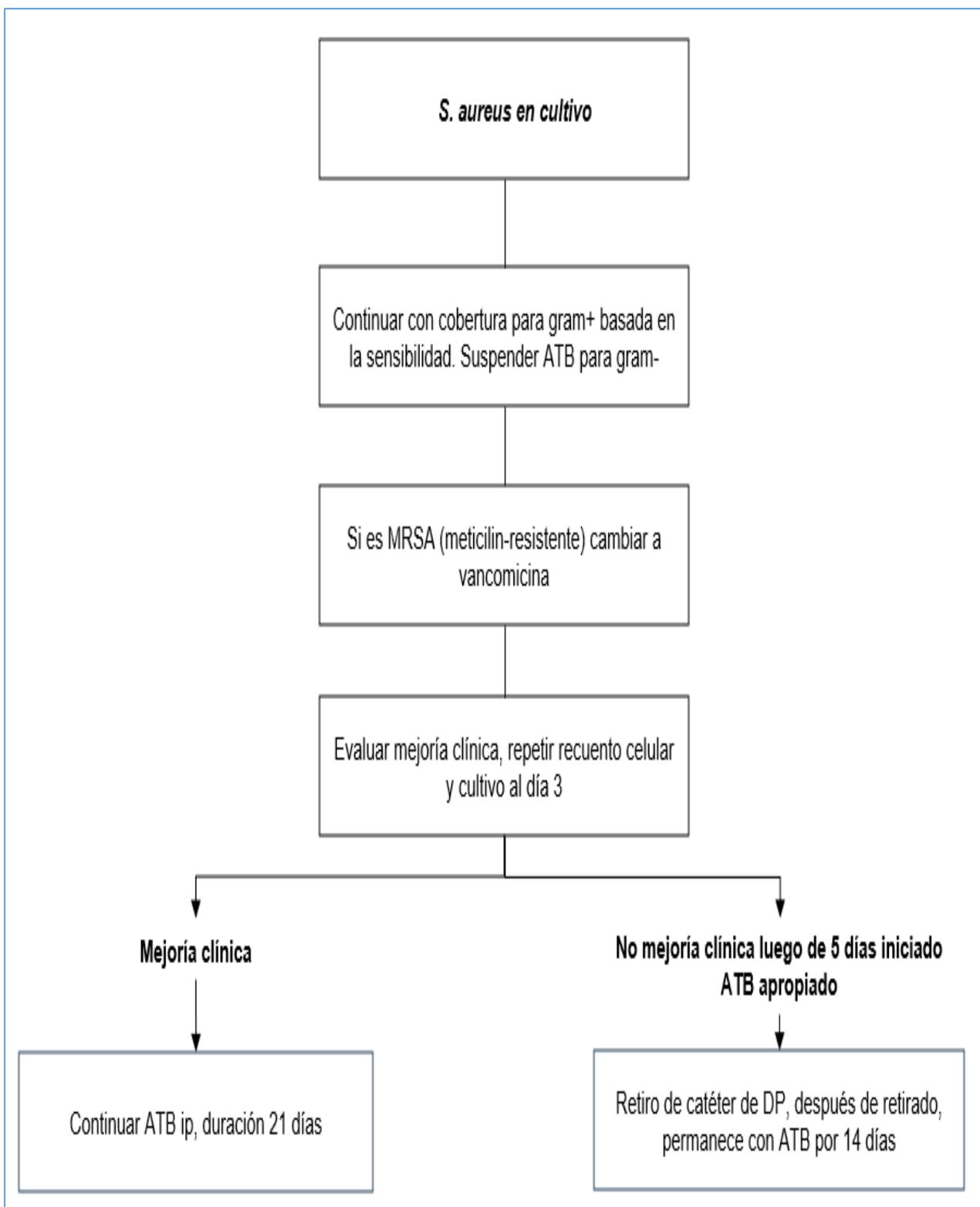
	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 25 - 37	

Fármaco	Dosificación
antibacteriano	
amoxicilina	Oral 500 mg tres veces al día
Ciprofloxacino	Oral 500–750 mg diarios Oral 750 mg BD para CCPD
claritromicina	Oral 250 mg BD
colistina	Carga IV de 300 mg (para pacientes en estado crítico), luego 60–200 mg al día ^b
Dalbavancin	IV 1500 mg durante 30 min dosis única
daptomicina	IV 4-6 mg/kg cada 48 h
Ertapenem ^a	IV 500 mg diarios
levofloxacino	Oral 250 mg diarios o 500 mg cada 48 h
linezolid	IV u oral 600 mg BD durante 48 h, luego 300 mg BD
moxifloxacino	Oral 400 mg diarios
rifampicina	Oral o IV 450 mg diarios para Peso corporal <50 kg; 600 mg diarios para ≥50 kg
Ticarcilina/ácido clavulánico	IV 3 g/0,2 g cada 12 h
tigeciclina	Carga IV de 100 mg, luego 50 mg cada 12 h
Trimetoprim/sulfametoxazol	Oral 160 mg/800 mg BD
antifúngico	
Anfotericina B desoxicolato	IV 0,75–1,0 mg/kg/día durante 4–6 h
Anfotericina B (liposomal)	IV 3-5 mg/kg/día
Anidulafungina	Carga IV de 200 mg, luego 100 mg al día
Caspofungina	IV 70 mg de carga, luego 50 mg diarios
fluconazol	Carga oral de 200 mg, luego 100 mg al día
flucitosina	Oral 1 g al día
isavuconazol	Oral o IV 200 mg cada 8 h por 6 dosis (48 h) de carga, luego 200 mg diarios
Micafungina	IV 100 mg diarios
posaconazol	Tableta oral 300 mg cada 12 h cargando por dos dosis, luego 300 mg diarios
Voriconazol	Oral 200 mg cada 12 h

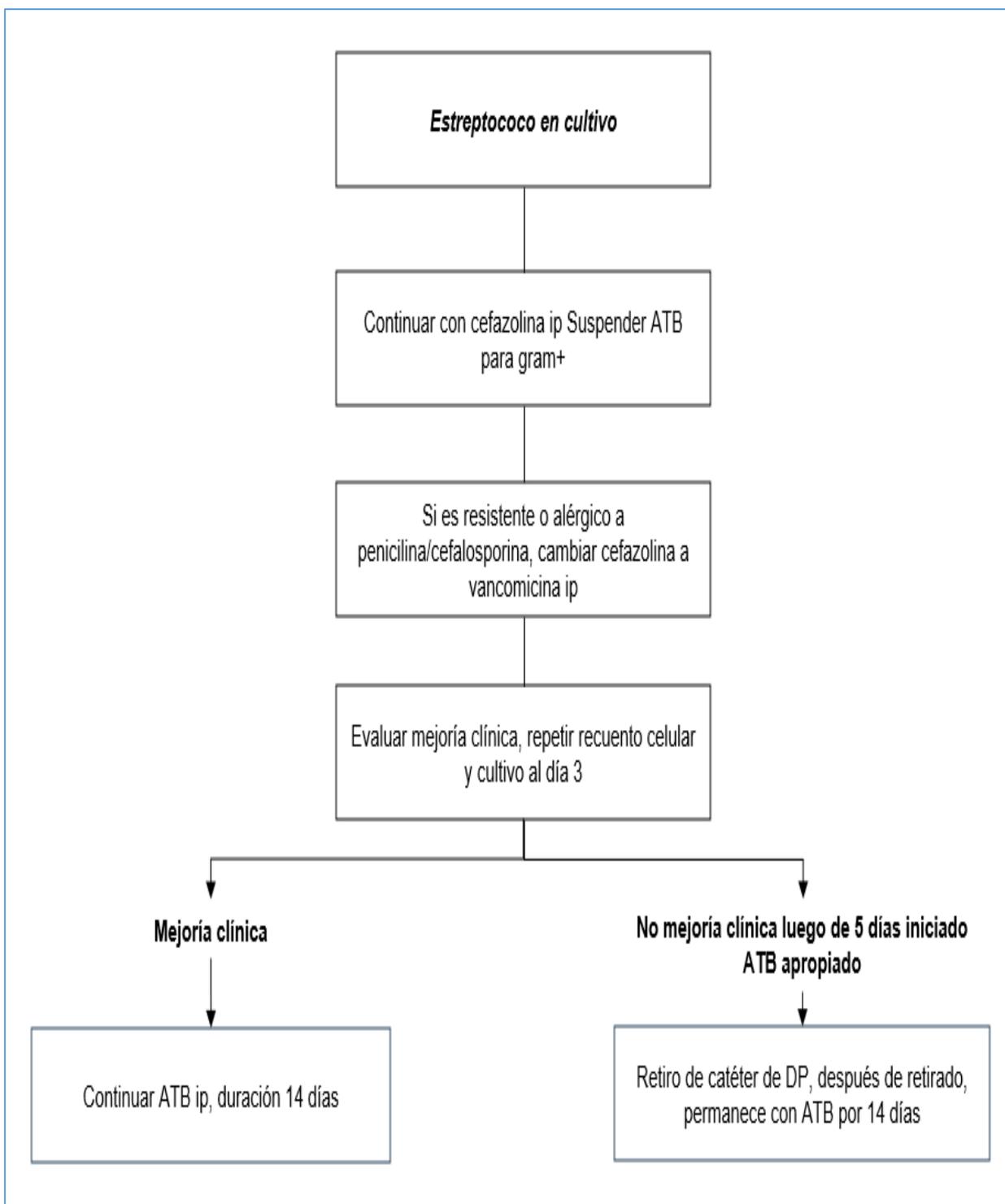
Anexo 6: Dosificación de antibióticos sistémicos en el tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal

^a Ertapenem no es activo contra especies de *Pseudomonas* o *Acinetobacter*.

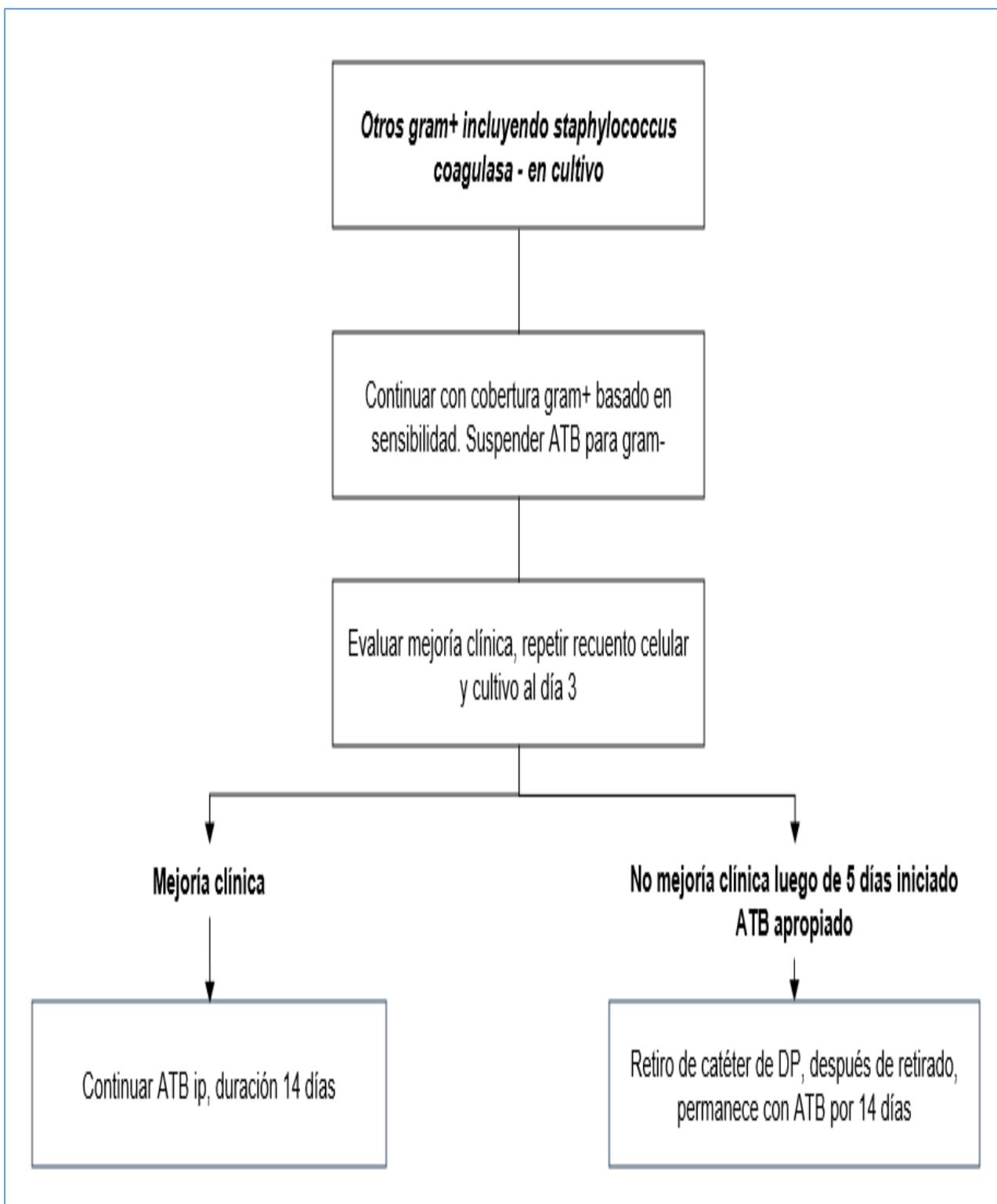
^b Expresado como actividad base de colistina en mg.



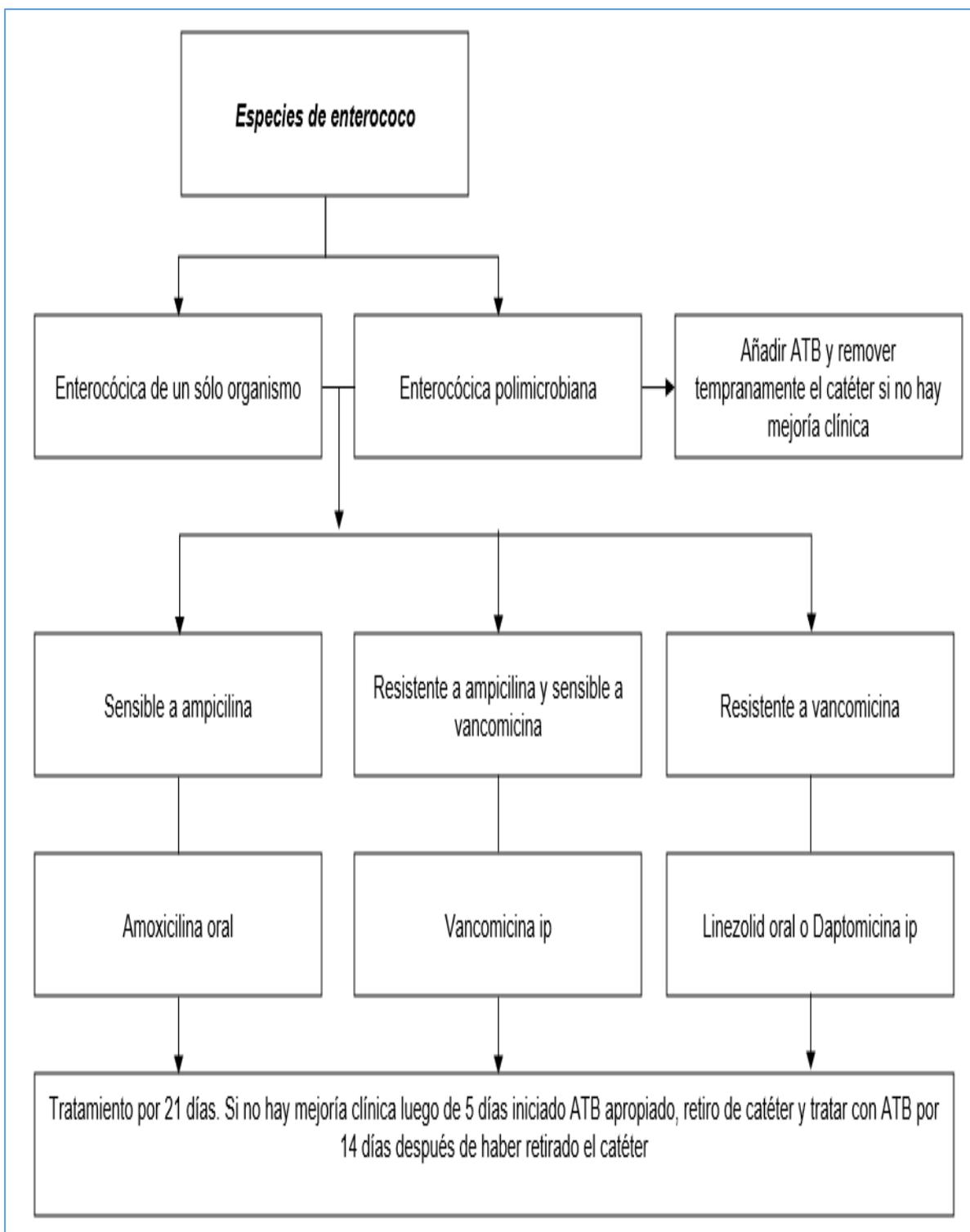
Anexo 7: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal por *Staphylococcus aureus*



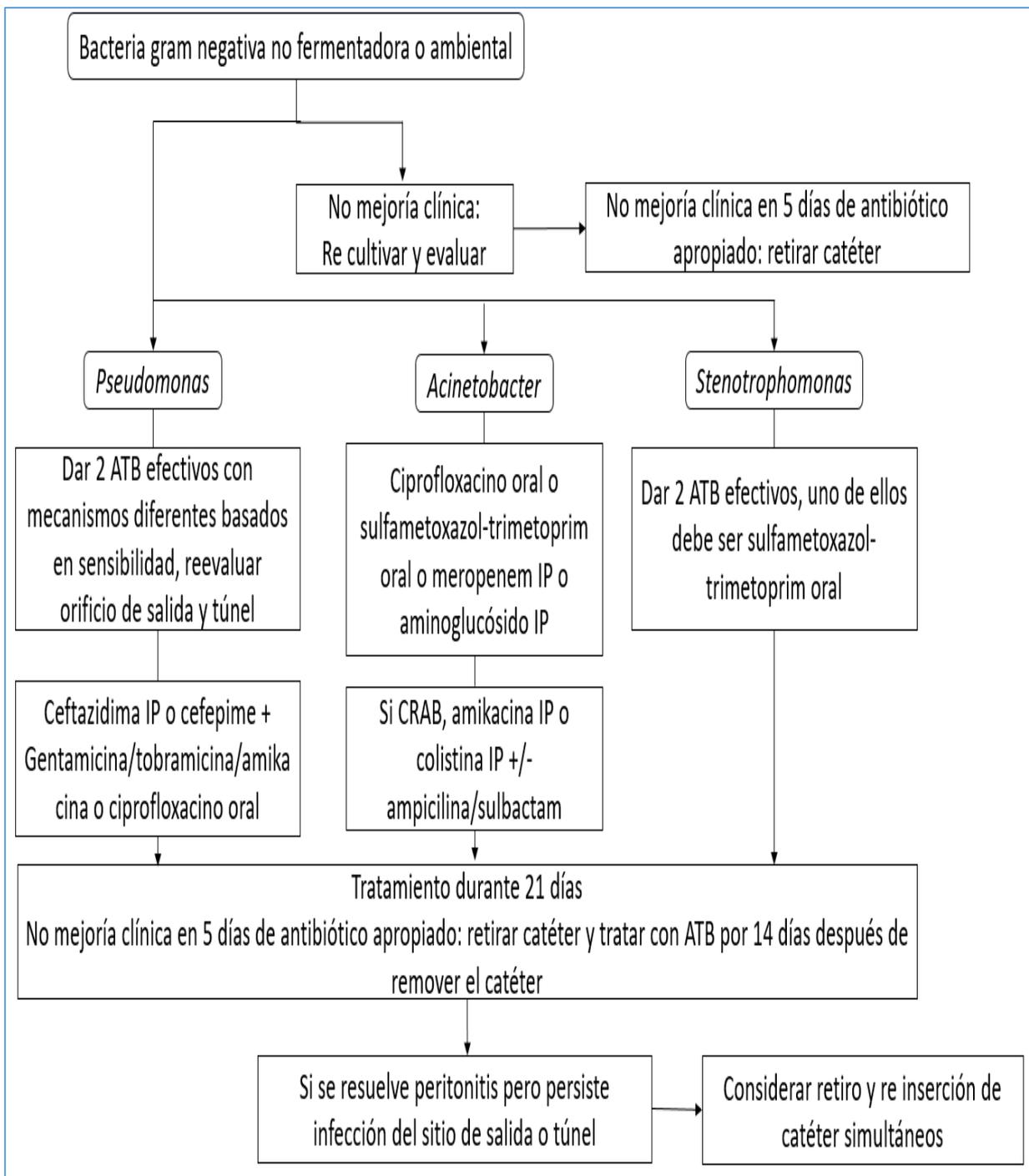
Anexo 8: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal por Streptococo



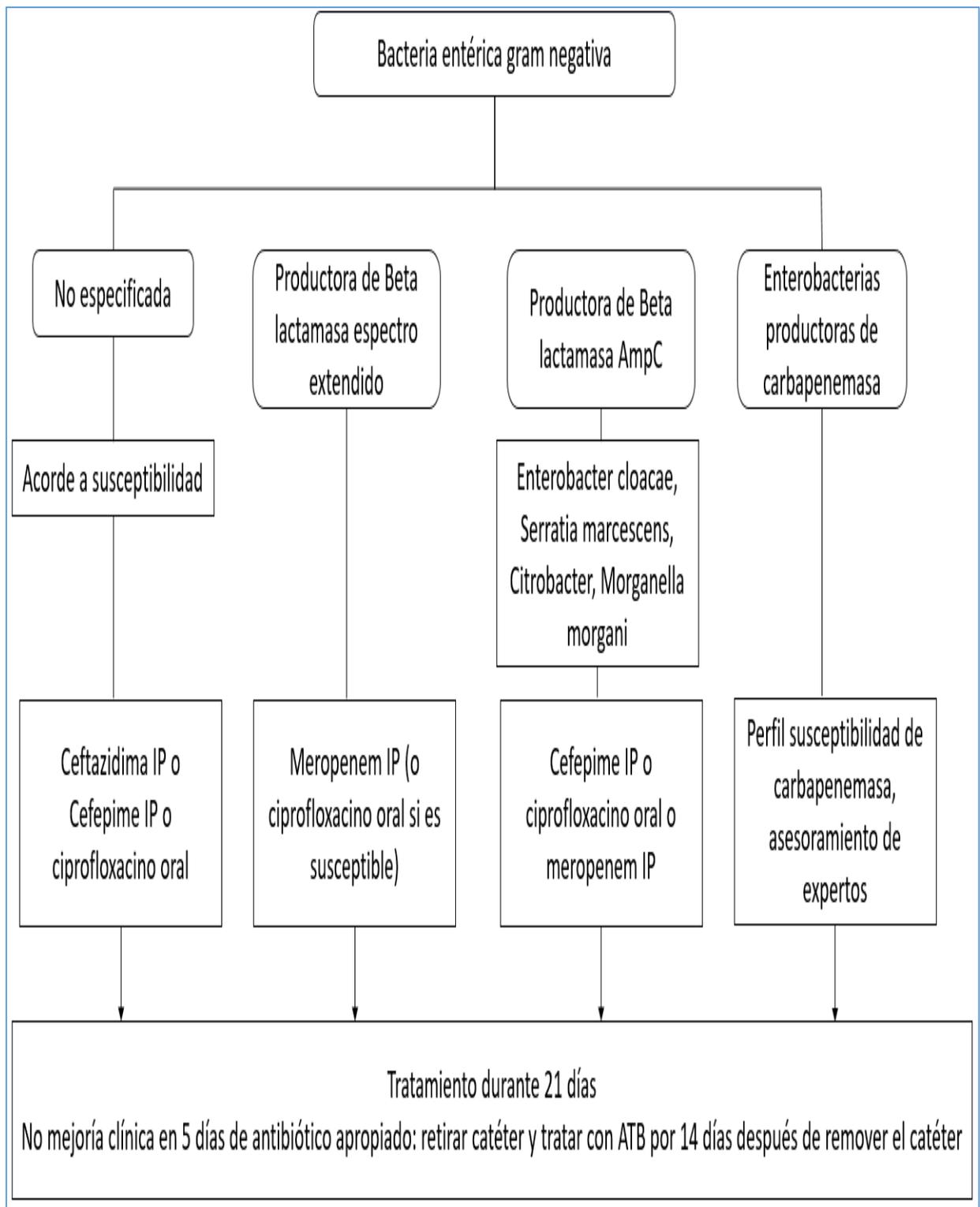
Anexo 9 Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal por otro organismo gram positivo incluyendo Staphylococcus coagulasa negativo



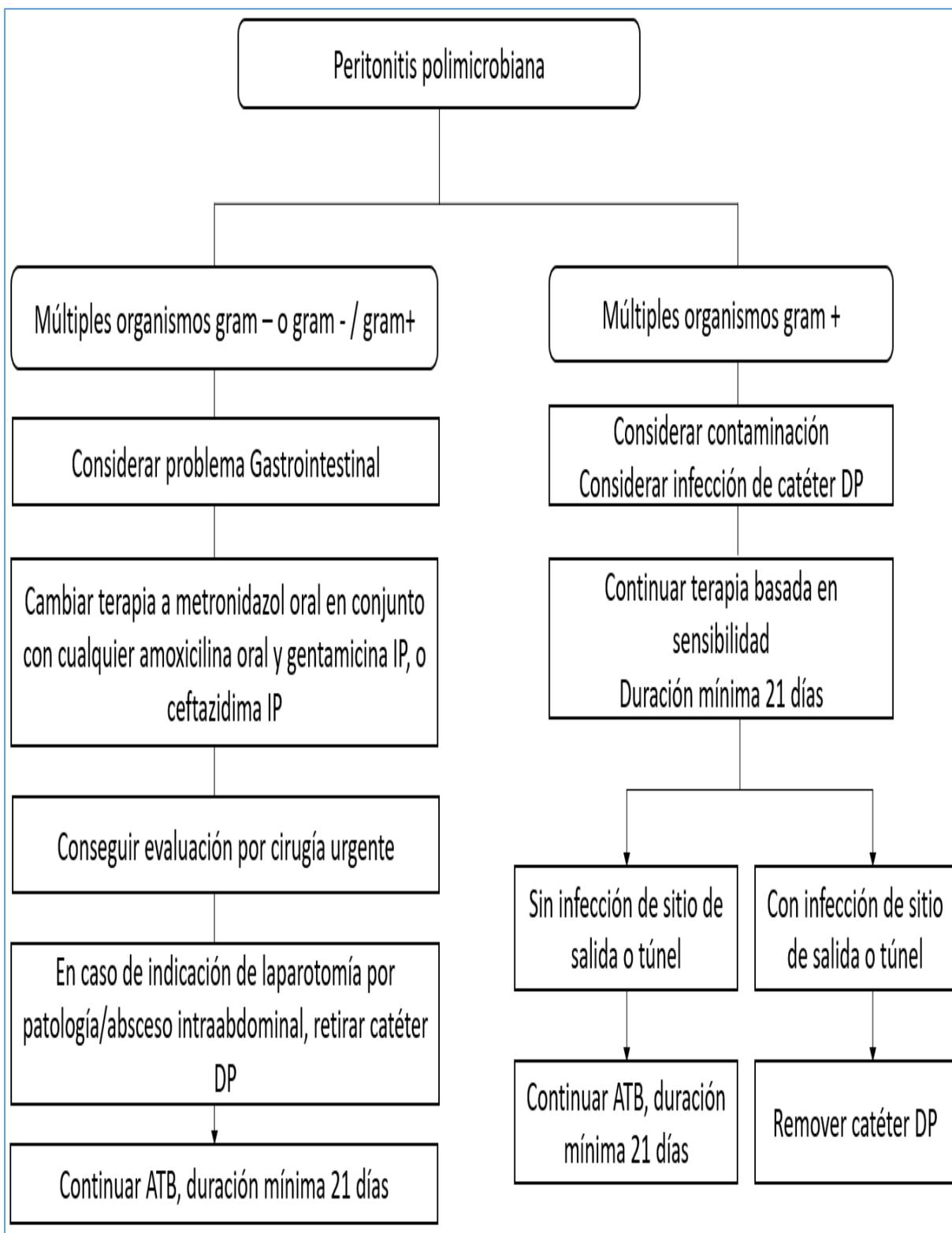
Anexo 10: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal por enterococco



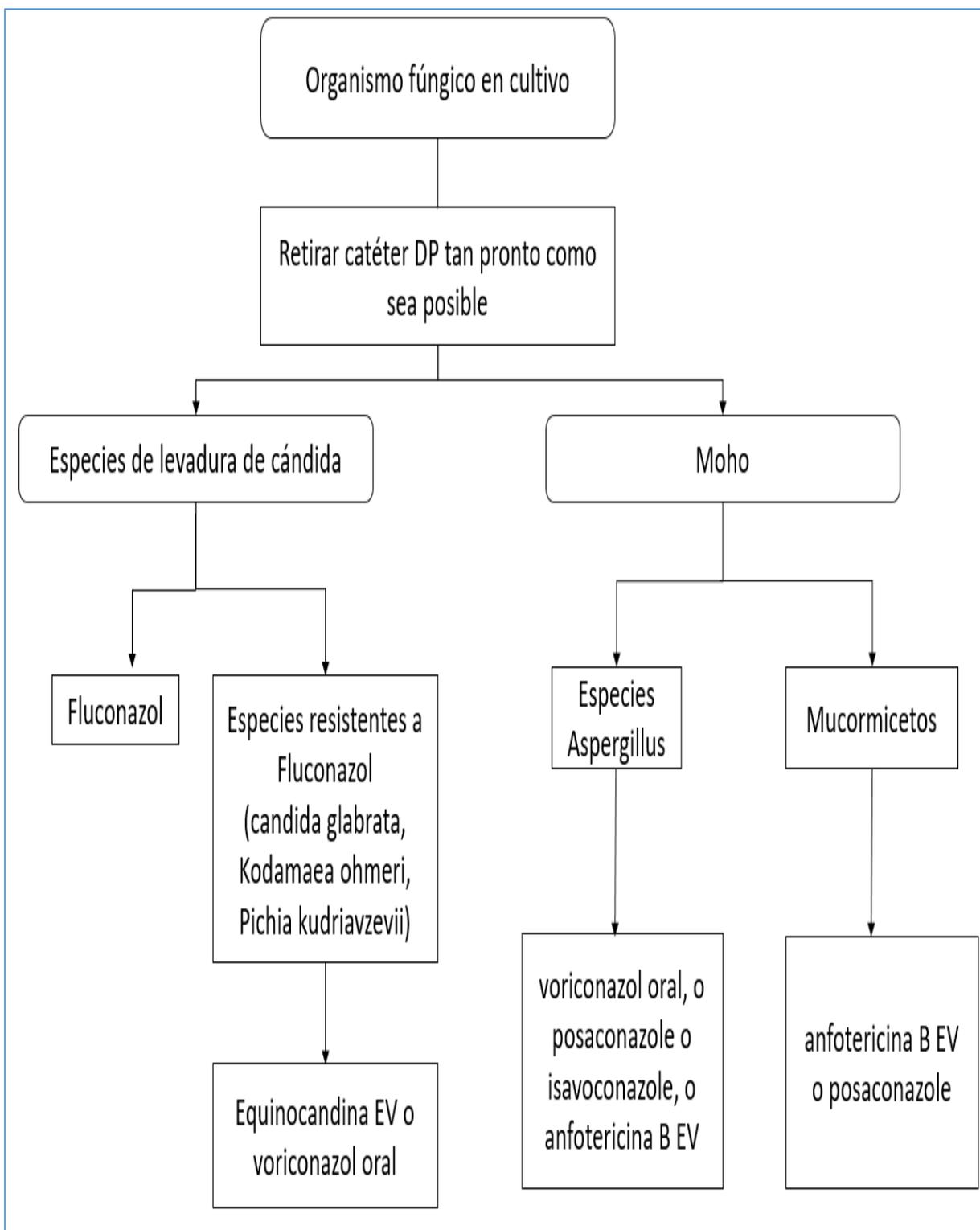
Anexo 11: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal por gram negativos no fermentadores



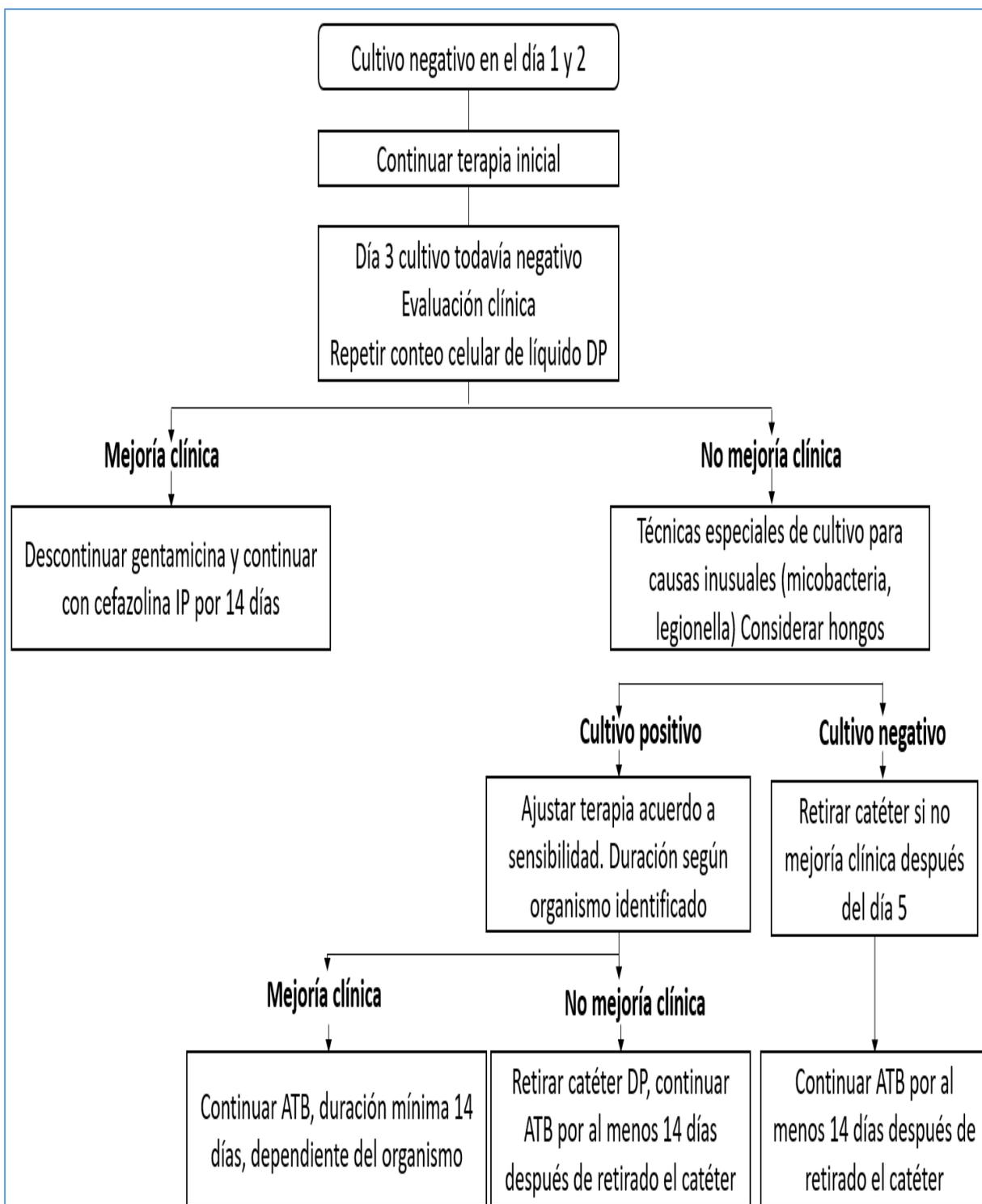
Anexo 12: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal por bacterias entéricas gram negativas



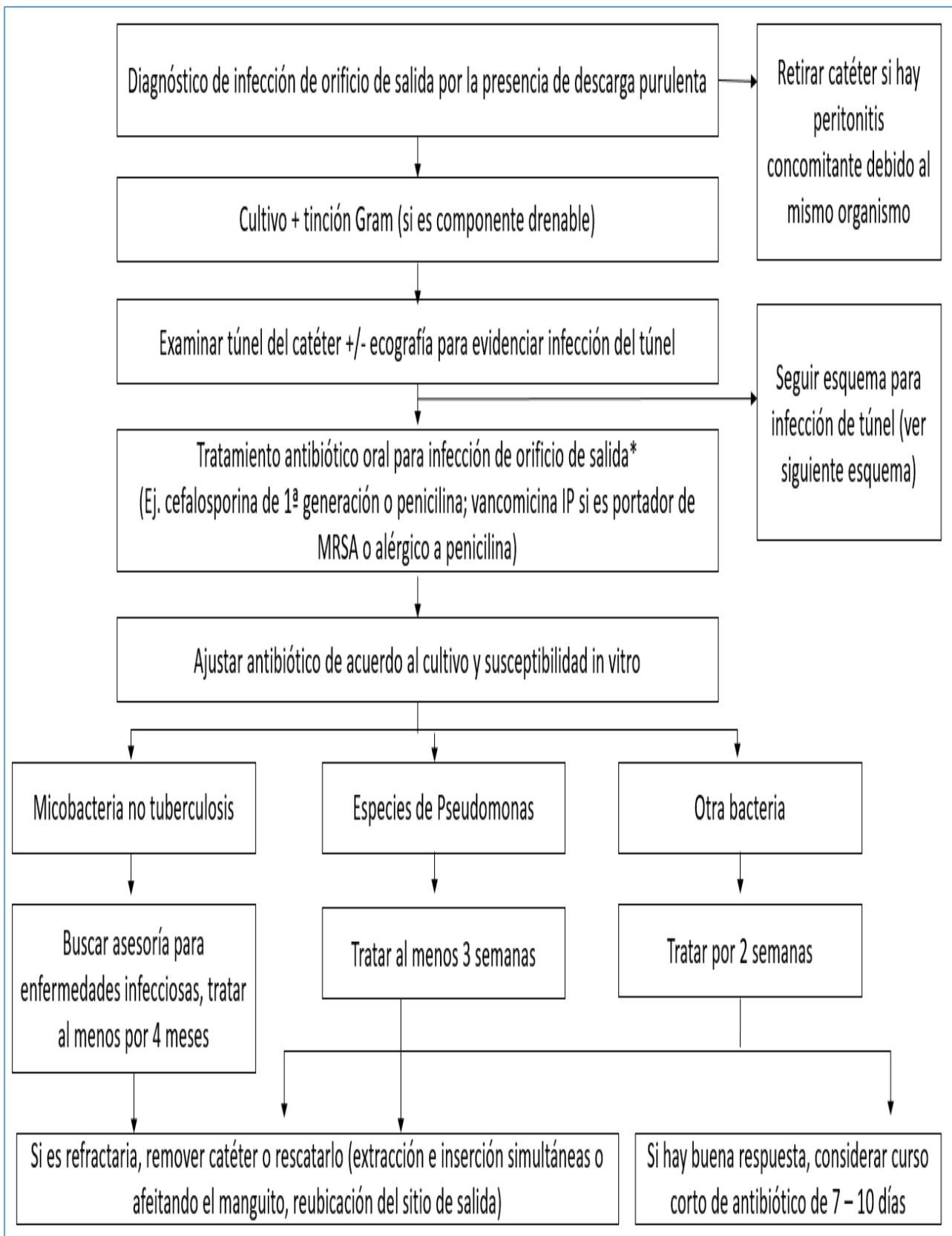
Anexo 13: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal de origen polimicrobiano



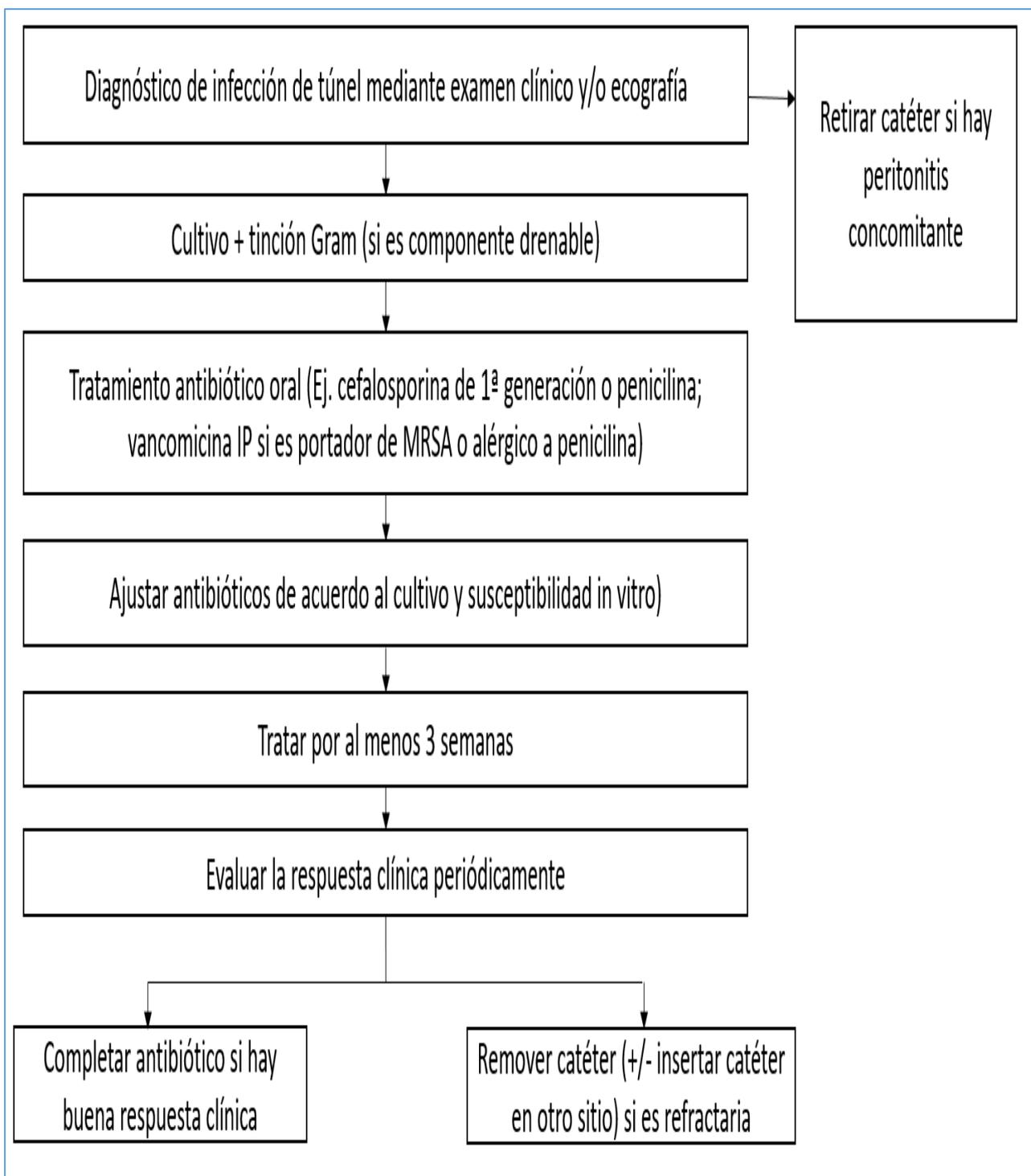
Anexo 14: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal de origen fúngico



Anexo 15: Algoritmo de tratamiento de la Peritonitis asociada a Diálisis Peritoneal con cultivo negativo



Anexo 16: Manejo de infección de sitio de salida



Anexo 17: Manejo de infección de túnel

	GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL			
	Versión: 001	Fecha: 14/05/2024	Páginas: 37 - 37	

X. BIBLIOGRAFÍA

- Li P et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*. 2022;42(2):110-153.
- Kerschbaum J, König P, Rudnicki M. Risk factors associated with peritoneal-dialysis-related peritonitis. *Int J Nephrol*. 2012; 2012:1-9.
- Muthana A, Joanne M, Jeffrey P. Peritoneal Dialysis–Associated Peritonitis: Suggestions for Management and Mistakes to Avoid, *Kidney Med*. 2020; 2(4): 467-475.
- Trinh E, Bargman JM. Utility of Abdominal Imaging in Peritoneal Dialysis Patients Presenting With Peritonitis. *Can J Kidney Health Dis*. 2020; (7): 1-7