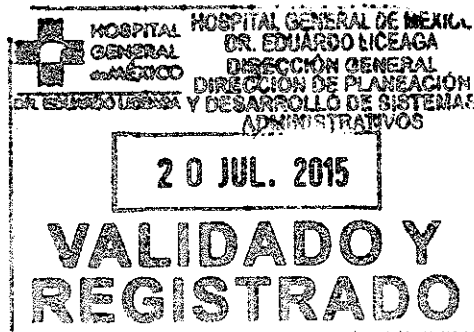




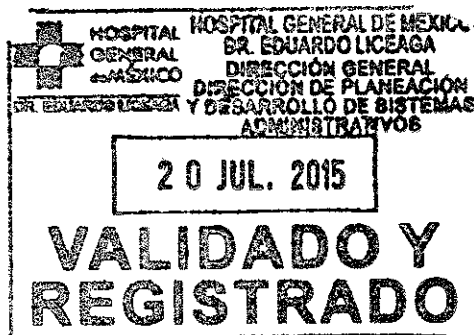
**GUÍA PRÁCTICA
PARA EL MANEJO INICIAL DE ANTIMICROBIANOS EN
EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
“DR. EDUARDO LICEAGA”**



JULIO 2015

CONTENIDO

	PÁGINA
1. MANEJO INICIAL DE ANTIBIÓTICOS EN EL PACIENTE INFECTADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"	3
2. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS INFECCIONES BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.	4
3. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL BASADO EN EL PATÓGENO AISLADO Y PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD.	6
4. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS INFECCIONES PLEURALES Y PULMONARES.	7
5. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL.	8
6. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA ENDOCARDITIS INFECCIOSA SIN PATÓGENO DOCUMENTADO.	9
7. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES GINECO-OBSTÉTRICAS.	10
8. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES ASOCIADAS A CATETER INTRAVASCULAR.	11
9. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES INTRABDOMINALES.	12
10. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL.	14
11. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITO-URINARIO.	15
12. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA EL PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL CON NEOPLASIA HEMATOLÓGICA.	16
13. TERAPIA EMPÍRICA PARA LAS INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS.	17



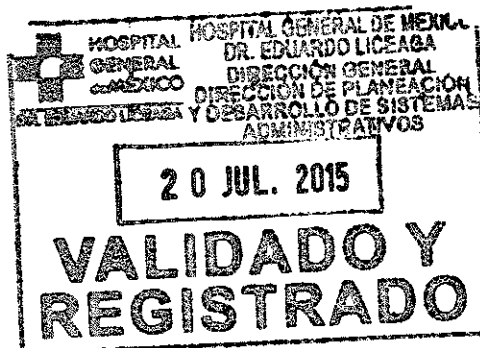
1. MANEJO INICIAL DE ANTIBIÓTICOS EN EL PACIENTE INFECTADO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

Objetivos:

- 1.- Administración temprana de Tratamiento Inicial Antimicrobiano Específico en pacientes hospitalizados.
- 2.- Implementación de Tratamiento Inicial Antimicrobiano Adecuado relacionado a condiciones de egreso del paciente.
- 3.- Identificar desviaciones administrativas en el suministro de Antimicrobianos.

Metodología:

- Se pre-autorizan solicitud de antimicrobianos de acuerdo a esquemas de Guías Terapéuticas Específicas para infecciones graves de pacientes Hospitalizados y que están de acuerdo a susceptibilidad y resistencias reportadas por el laboratorio de microbiología.
- Todas las solicitudes de antimicrobianos serán foliadas y serán autorizadas por el Dr. César Rivera.
- Cada Jefe de Servicio será responsable de prescribir el antimicrobiano de acuerdo a ESTAS Guías Terapéuticas, y complementar totalmente el requerimiento de la solicitud de antimicrobianos.
- Es indispensable recabar los diagnósticos infectológicos y condiciones co-mórbidas asociadas al proceso infeccioso, motivo de la prescripción de Antimicrobiano y ajustar dosis de acuerdo a condiciones especiales de cada paciente. Además de evaluar los tiempos desde su solicitud y ministración del antimicrobiano solicitado. (Fecha y hora).
- Será obligatorio que a todos los pacientes se les solicite cultivos respectivos.
- En todos los casos de administración de Antimicrobianos será necesaria la interconsulta con Infectología en las siguientes 2 horas con la finalidad de recabar los datos del paciente que requiera antimicrobiano.
- El Servicio de Infectología dará seguimiento clínico y bacteriológico a todos los pacientes infectados hasta sus condiciones de egreso del estado infeccioso.



2. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS INFECCIONES BACTERIANAS
DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL*

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGÍAS COMUNES	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO***		COMENTARIOS
		1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVO	
Meningitis Bacteriana Aguda				
Edad: < 50 años	<i>S. pneumoniae</i> , bacilos gram negativos, <i>L. monocytogenes</i> , <i>N. meningitidis</i>	Ceftriaxona 2 g c/12 h +/- Vancomicina 1 g IV c/12 h (30-60mg/Kg/día)	Meropenem 2 g iv c/8 h +/- Vancomicina 1 g iv c/12 h. (30-60mg/Kg/día).	Ante sospecha de <i>S. pneumoniae</i> , aplicar dexametasona 0.15 mg/Kg antes de la primera dosis de antibióticos y prolongar 3-4 días.
Edad: > 50 años o con Alteraciones de inmunidad celular	<i>S. pneumoniae</i> , bacilos gram negativos, <i>L. monocytogenes</i> , <i>N. meningitidis</i> .	Ceftriaxona 2 g iv c/12 h + Ampicilina 2 g iv c/4-6 h + Vancomicina 1 g iv c/12 h	Trimetoprim/sulfa 5 mg/ Kg c/6-8 h + Vancomicina 1 g iv c/12 h	En alérgicos a penicilina y sospecha de <i>L. monocytogenes</i> , sustituir ampicilina por trimetoprim/sulfametoxazol
Meningitis o ventriculitis postderivativa	<i>S. epidermidis</i> (32-78%). Otros estafilococos coagulasa negativo (ECN), <i>S. aureus</i> (11-38%), bacilos gram negativos 10-25% (incluyendo <i>P.aeruginosa</i>)	Vancomicina** 500-750 mg c/6 hs (30-60mg/Kg/d) +/- Ceftazidima 2 g iv c/8 h. IV	Vancomicina 1 g iv c/12 h + gentamicina 5 mg/Kg/día c/8 h o amikacina 15 mg/Kg/día c/8 h.	- Iniciar terapia empírica en base a tinción de gram. - Retirar catéter siempre que sea posible - Realizar seguimiento con cultivos
Meningitis pos-craneotomía	<i>S. aureus</i> , bacilos gram negativos (incluye <i>P.aeruginosa</i>), ECN	Vancomicina 1 g iv c/8-12 h +/- Ceftazidima o Cefepime 2 g iv c/8hs	Meropenem 2 g iv c/8 hs y/o Vancomicina 1 g iv c/12 hs	Terapia empírica en base a tinción gram: - Bacterias grampositivas, tratar con vancomicina.
Meningitis pos-trauma penetrante	<i>S. aureus</i> , ECN, bacilos gram negativos (incluye <i>P.aeruginosa</i>)	Vancomicina 1 g iv c/8-12 h +/- Ceftazidima o Cefepime 2 g iv c/8hs	Meropenem 2 g iv c/8 hs y/o Vancomicina 1 g iv c/12 hs	- Bacterias gramnegativas tratar con antipseudomónico. - No se observan bacterias: terapia combinada (ajustar con cultivos y antibiograma).
Meningitis pos-fractura Base craneal	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , Estreptococos β hemolítico del grupo A, bacilos gram negativos	Vancomicina 1 g iv c/12 h + Ceftriaxona 2 g iv c/12 h	Meropenem 2 g iv c/8 hs + vancomicina 1 g iv c/12 hs.	

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS

20 JUL. 2015

VALIDADO Y REGISTRADO

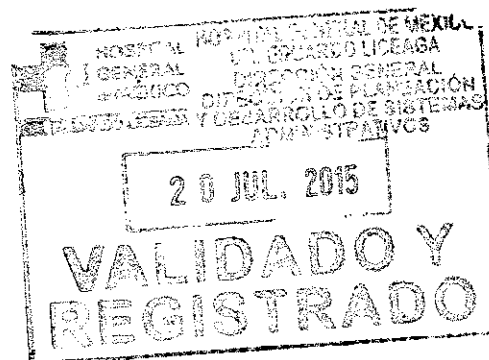
GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO INICIAL
DE ANTIMICROBIANOS

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGÍAS COMUNES	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO***		COMENTARIOS
		1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVO	
Absceso cerebral fuente primaria o contigua	<i>Streptococcus Sp.</i> (60-70%) <i>Bacteroides</i> (20-40%) Enterobacterias (25-33%) <i>S. aureus</i> (10-15%), <i>S. milleri</i> .	Ceftriaxona 2 g iv c/12 h + metronidazol 7.5 mg iv c/6 h o 15 mg/Kg c/12 h	Penicilina G 3-4 millones/U iv c/4 hs + metronidazol 7.5 mg iv c/6 h o 15 mg/Kg c/12 h	Drenar tan pronto sea posible todo absceso de 2 cm o más. Enviar muestras para cultivos aerobios y anaerobios de inmediato y en jeringa para evitar aerobiosis. Solicitar siempre tinción de gram.
Absceso cerebral postraumático	<i>S. aureus</i> , enterobacterias	Dicloxacilina 2 g iv c/4 h + Ceftriaxona 2 g iv c/12 h	Vancomicina 1 g iv c/12 h + Ceftriaxona 2 g iv c/12 h	
Absceso cerebral postquirúrgico	<i>S. aureus</i> , enterobacterias	Vancomicina 1 g iv c/12 h + Ceftriaxona 2 g iv c/12 h		
Empiema subdural	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , Estreptococos β hemolítico del grupo A, bacilos gram negativos	Ceftriaxona 2 g iv c/12 h +/- Vancomicina 1 g iv c/12 h	Meropenem 2 g iv c/8 hs + Vancomicina 1 g iv c/12 hs.	

*Obtener hemocultivos y LCR (líquido cefalorraquídeo) en todos los casos de meningitis antes de iniciar cualquier terapia empírica. A todo LCR solicitar estudio cito-químico, tinción de gram y cultivo. Iniciar terapia empírica en base a hallazgos de tinción de gram. En caso de estar contraindicada la punción es obligatorio obtener al menos dos series de hemocultivos con diferencia de 15 a 30 minutos entre cada serie y dada la urgencia del caso.

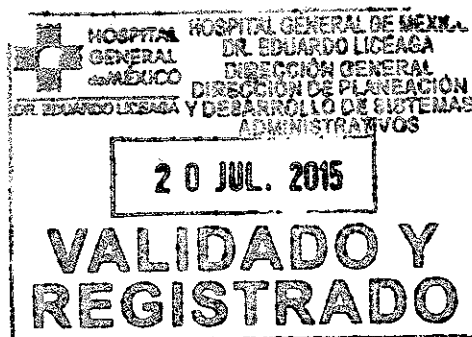
**Cuando haya aislamiento de *S. aureus* sensible a oxacilina, la vancomicina debe ser cambiada inmediatamente por dicloxacilina a razón de 2 g iv c/4 hs por su mejor penetración a LCR y mayor éxito en las tasas de morbi-mortalidad.

***Las terapias empíricas no se deben prolongar más allá de 72-96 hs en pacientes con aislamiento de germen; siempre ajustar el tratamiento antimicrobiano de acuerdo a sensibilidad microbiológica (Ej. estreptococos sensibles a penicilina, suspender ceftriaxona y vancomicina y tratar con penicilina).



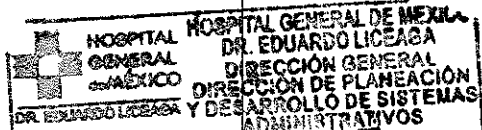
3. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL BASADO EN EL PATÓGENO AISLADO Y PRUEBAS DE SUSCEPTIBILIDAD

ANTIBIÓTICOS DE ELECCIÓN CONTRA MICROORGANISMOS AISLADOS EN PACIENTES CON MENINGITIS BACTERIANA CONFIRMADA			
Patógenos	Antibióticos de elección	Antibióticos alternativos	Tiempo de tratamiento apropiado
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			10-14 días
Penicilina MIC < 0.1 µg/mL	Penicilina G o Ampicilina	Ceftriaxona, cefotaxima o cloranfenicol	
Penicilina MIC 0.1 a 1 µg/mL	Ceftriaxona o cefotaxima	Cefepime o meropenem	
Penicilina MIC ≥ 1 µg/mL o Ceftriaxona MIC ≥ 1 µg/mL	Ceftriaxona + vancomicina	Moxifloxacino	
<i>Haemophilus influenzae</i>			7 días
β-lactamasa-negativa	Ampicilina	Ceftriaxona, cefotaxima o cloranfenicol	
β-lactamasa-positiva	Ceftriaxona o cefotaxima	Cefepime o cloranfenicol	
<i>Neisseria meningitidis</i>			7 días
Penicilina MIC < 0.1 µg/mL	Penicilina G o ampicilina	Ceftriaxona o cloranfenicol	
Penicilina MIC 0.1 a 1 µg/mL	Ceftriaxona o cefotaxima	Cloranfenicol o moxifloxacino	
<i>Listeria monocytogenes</i>	Ampicilina (o Penicilina G) + gentamicina	Trimetoprim/sulfametoxazol	21 días
<i>Streptococcus agalactiae</i>	Penicilina G (o ampicillin) +/- gentamicina	Ceftriaxona o cefotaxima	14- 21
Enterobacterias	Ceftriaxona + gentamicina o amikacina	Meropenem o moxifloxacino	14-21 días
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftazidima o cefepime + gentamicina	Meropenem o moxifloxacino	21 dias
<i>Staphylococcus aureus</i>			14-21 d
Susceptible a meticilina	Dicloxacilina	Vancomicina (alergicos a penicilinas)	
Resistente a meticilina	Vancomicina	Trimetoprim/sulfametoxazol, Linezolid	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	Vancomicina	Linezolid 600 mg iv c/12 h	
<i>Enterococcus species</i>			14-21 d
Sensible a ampicilina	Ampicilina + gentamicina		
Resistente a ampicilina	Vancomicina + gentamicina		
Resistente a ampicilina y vancomicina	Linezolid		



4. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS INFECCIONES PLEURALES
Y PULMONARES

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGÍA	1a OPCIÓN	ALTERNATIVO	COMENTARIOS
EMPIEMA AGUDO	<i>S. pneumoniae</i>	Ceftriaxona 2 g IV cada 24 hr	Cefotaxima 2 g IV cada 8 hr	Si los cultivos son negativos dar esquema como en empiema subagudo. Realizar drenaje
	<i>S. aureus</i>	Dicloxacilina 1 gr IV cada 6 hr	Vancomicina 1 gr IV cada 12 hr	Vancomicina si es MRSA
EMPIEMA SUBAGUDO O CRONICO	Anaerobios <i>Strept.</i> , <i>Bacteroides</i> <i>sp.</i> , <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>M. tuberculosis</i>	Ceftriaxona 2 g IV cada 24 hr + Clindamicina 600mg IV cada 8 hr	Piperacilina /Tazobactam 4.5 g cada 6 hr	Si los cultivos son negativos dar esquema como empiema subagudo. Realizar drenaje. Micobacterias: cambio a tratamiento específico
ABSCESO PULMONAR	Anaerobios 34% Cocos Gram positivos 26%, <i>S. milleri</i> 16%, <i>K pneumoniae</i> 25%, <i>Nocardia</i> 3%	Ceftriaxona 1 g IV cada 24 hr + Metronidazol 500 mg IV cada 8 hr	Piperacilina /Tazobactam 3.375 g cada 6 hr	
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD HOSPITALIZADOS (NO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS)	Co-morbilidad: Alcoholismo: <i>S. pneumoniae</i> , anaerobios, coliformes, EPOC: <i>H. influenzae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. pneumoniae</i> , Usuario de drogas IV: <i>S. aureus</i> . Post Influenza: <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> .	Ceftriaxona 1 g IV cada 24 hr + Claritromicina 500 mg cada 12 hr.	Moxifloxacino 400 mg IV o VO cada 24 hr	Etiología de acuerdo a comorbilidad y factores de riesgo. Tomar cultivos de esputo y hemocultivos previamente a antimicrobianos.
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD HOSPITALIZADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	EPOC severo con neumonía: <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Moraxella sp.</i> , <i>Legionella sp.</i> Raramente <i>S. aureus</i> .	Cefepime 1 g IV cada 24 hr + Claritromicina 500 mg IV cada 12 hr	Moxifloxacino 400 mg IV o VO cada 24 hr	Tomar cultivos de esputo y hemocultivos previamente a antimicrobianos.
	Con co-morbilidad con Virus de Influenza A o B	Moxifloxacino 400 mg IV cada 24 hr + Vancomicina 1 gr IV c/12 hr		Ajustar vancomicina de acuerdo a función renal.
	Sospecha de Gram negativos: <i>P. aeruginosa</i>	Cefepime 2 gr IV cada 12 hr + Amikacina 1 gr IV c/24 hr	Piperacilina /Tazobactam 4.5 g cada 6 hr + Amikacina 1 gr IV c/24 hr	Ajustar antimicrobianos de acuerdo a función renal. En insuficiencia renal aguda se puede sustituir amikacina por ciprofloxacino.



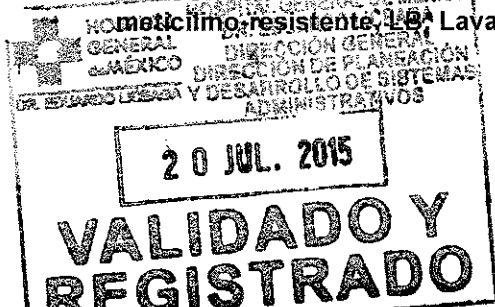
20 JUL. 2015

VALIDADO Y
REGISTRADO

5. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LA NEUMONÍA
ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL

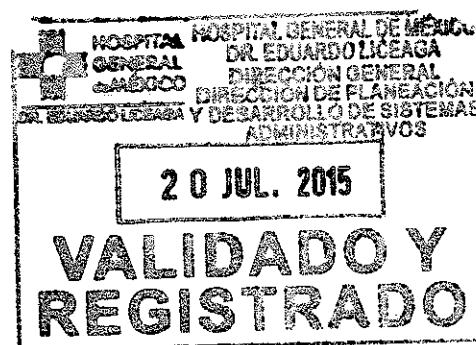
Tipo de Infección	Organismo /sitio de Infección	Antibiótico de 1ª elección	Antibiótico Alternativo Dosis	Observaciones
Neumonía adquirida en el hospital (no UCI)	<i>S.pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>M catarrhalis</i> <i>L.pneumophila</i>	- Cefepime + Claritromicina ó - Piperacilina/ tazobactam	- Levofloxacino ó - Moxifloxacino	Tinción Gram de esputo o lavado bronquial, útil en toma de decisión. Toma de cultivos
Neumonía adquirida en el hospital sospecha de Gram negativos ó <i>S.pneumoniae</i> resistente a β-lactámico	<i>S.pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>Moraxella sp</i> <i>L pneumophila</i> <i>S. aureus</i>	Piperacilina/tazobactam o cefepime	Moxifloxacino ó Imipenem + Vancomicina (sospecha de SAMR)	Pacientes alérgicos a β-lactámicos: Aztreonam + Fluoroquinolona /aminoglucósido.
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR				
Tipo de Infección	Organismo /sitio de Infección	Antibiótico de 1ª elección	Antibiótico Alternativo	Observaciones
Neumonía asociada a ventilador inicio temprano < de 5 días (sin riesgo de organismo resistente) Sospecha	<i>S pneumoniae</i> <i>H influenzae</i> MSSA Enterobacterias <i>Legionella</i>	Cefepime + claritromicina ó Piperacilina/tazobactam ó moxifloxacino Fluroquinolona	Ceftazidima o Cefepime Fluquinolona.	Dx establecido con fiebre + infiltrado pulm, a menudo no es neumonía. Cultivos cualitativos ó de LB con 104 mL Con cepillo protegido 103 mL.
Neumonía asociada a ventilador inicio tardío > de 5 días (riesgo organismos resistentes)	<i>S pneumoniae</i> <i>H influenzae</i> Bacilos gram negativos multirresistentes <i>P aeruginosa</i> <i>K pneumoniae</i> (BLESS*) <i>Acinetobacter spp</i> Sospecha <i>S aureus</i> (MRSA)	Piperacilina/Tazobactam o Cefepime Meropenem 2 gr c 8 horas + aminoglucosido ó Colistimetato 150 mg cada 12 horas Agregar -Vancomicina	- Cefalosporina antipseudomona a - (cefepime ó ceftazidima) - Linezolid	Prevención. Mantener cabecera de cama a 30o ó más Aspiración de secreciones Remover sonda NG o endotraqueal lo antes posible

BLESS: betalactamasas de espectro extendido, MSSA: *S aureus* meticilino- sensible, MRSA: *S aureus* meticilino- resistente, LBA: Lavado bronquioalveolar, NG: nasogástrica



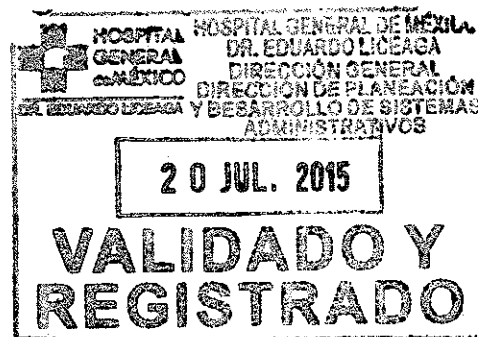
6. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA ENDOCARDITIS
INFECCIOSA SIN PATÓGENO DOCUMENTADO

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGÍA PROBABLE	TRATAMIENTO PRIMARIO	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	COMENTARIO
VALVULA NATIVA: No usuario drogas IV	<i>Streptococcus viridans</i> , <i>Enterococcus</i> , <i>Staphylococcus</i>	Penicilina G 20 mill de U IV c/24 h o ampicilina 12 g IV c/24 h + Dicloxacilina 2 g IV c/6 h + gentamicina 1 mg/kg peso c/8 h IV o IM	Vancomicina 15 mg/kg peso c/12h +Gentamicina 1 mg/kg peso IM o IV c/8 h	Ajustar a función renal
VALVULA NATIVA: Usuario drogas IV	<i>S aureus</i>	Dicloxacilina 2 g IV c/6 h	Vancomicina 15 mg/kg peso c/12 h +Gentamicina 1 mg/kg peso IM o IV c/8 h	
VALVULA PROTESICA temprana < 2 meses POP	<i>S epidermidis</i> , <i>S. aureus</i>	Vancomicina 15 mg/kg peso c/12 h + Gentamicina 1 mg/kg peso c/8 h IV o IM + Rifampicina 600 mg c/24h	En falla cardiaca consulta urgente a Cirugía	
VALVULA PROTESICA tardía > 2 meses POP	<i>S. epidermidis</i> , <i>Streptococcus viridians</i> , <i>Enterococcus</i> , <i>S. aureus</i>	Ampicilina 12 gr IV c/24 h + Dicloxacilina 1 gr IV c/6 h +Gentamicina 1 mg/kg peso c/8 h IV o IM	Vancomicina 15 mg/kg peso c/12 h + Gentamicina 1 mg/kg c/8 h	



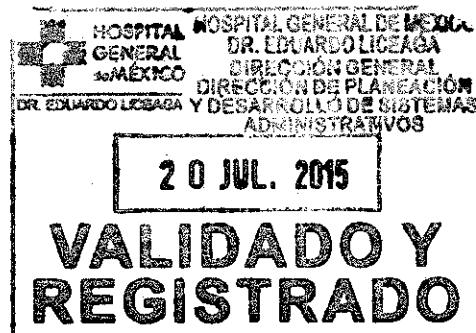
7. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES
GINECO-OBSTÉTRICAS

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGÍA	1a OPCIÓN	ALTERNATIVO	COMENTARIOS
ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA SALPINGITIS ABSCESO TUBO-OVARICO	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia</i> , bacteroides, Enterobacteriaceae, estreptococos, especialmente <i>S. agalactiae</i> . Menos común: <i>G. vaginalis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Cytomegalovirus</i> , <i>M. hominis</i> , <i>U. urealyticum</i> y <i>M. genitalium</i> .	Clindamicina 600 mg IV c/8 hr. + Gentamicina 4.5 mg / kg una vez al día Continuar con Doxiciclina 100 mg VO cada 12 hr. por 14 días	Ceftriaxona 1 g IV cada 24 hr. + Doxiciclina 100 mg VO cada 12 hr. por 14 días	Evaluar y tratar a la pareja. De preferencia no usar fluoroquinolonas para evitar resistencias Hacer el cambio de tratamiento IV a VO después de 24 hr de que haya una respuesta clínica satisfactoria Ejemplo: Ceftriaxona a cefuroxima vía oral
ENDOMIOMETRITIS POSTPARTO TEMPRANO (1 a 48 hr)	<i>Chlamydia trachomatis</i> , bacteroides esp, Enterobacteriaceae, estreptococos del grupo A y B, <i>Prevotella bivia</i> ;	Clindamicina 600 mg IV c/8 hr. + Aminoglucósido	Clindamicina 600 mg IV c/8 hr + Ceftriaxona 1 gr IV cada 24 hr.	
ENDOMIOMETRITIS POSTPARTO TARDIO (48 hr. a 6 semanas)	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>M. hominis</i>	Doxiciclina 100 mg IV o VO cada 12 hr. por 14 días		Las tetraciclinas no están indicadas en Madres lactando. Se debe suspender lactación. <i>M. hominis</i> sensible a clindamicina
MASTITIS	<i>S. aureus</i> Menos frecuentemente <i>S. pyogenes</i> (Grupo A o B), <i>E coli</i> , bacteroides sp, <i>Corynebacterium</i> sp, o estafilococo coagulasa negativo	Dicloxacilina 500 mg VO cada 6 hr.	En caso de <i>S. aureus</i> metilinoresistente: TMP/SMX cada 12 hr. ó Clindamicina 300 mg cada 8 hr.	Si hay absceso agregado: drenarlo.



**8. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA INFECCIONES
ASOCIADAS A CATETER INTRAVASCULAR**

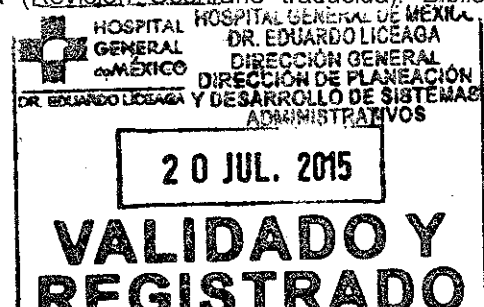
TIPO DE INFECCION	ETIOLOGIA PROBABLE	TRATAMIENTO PRIMARIO	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	COMENTARIO
INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER INTRAVASCULAR	Gram positivos	Vancomicina 15 mg/kg c/12 hr.	Dicloxacilina 1 g IV c/ 6 hr. o Cefalotina 1 g IV c/8 hr.	Obtener Hemocultivos antes de iniciar antibióticos
	Gram Negativos	Amikacina 15 mg/kg/día	Ceftazidima 1 g c/8 hr.	Ajustar aminoglucósido a función renal
	Mixto	Cefalotina + Aminoglucósido	Vancomicina + Ceftazidima	
	Fungemia	Fluconazol 6-12 mg/kg/día	Anfotericina 0.7-1 /mgKg/día	



9. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS
INFECCIONES INTRABDOMINALES

SEPSIS ABDOMINAL ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD				
SITUACION CLINICA	ETIOLOGIAS COMUNES	1ª Elección	Alternativo	Comentario
Enfermedad Leve a Moderada: Apendicitis perforada o abscedada y otras infecciones Leves a Moderadas	Enterobacterias, Bacteroides sp Enterococos, <i>Enterobacterias</i>	Tigeciclina (monoterapia) ó	Piperacilina/ tazobactam	En pacientes con infecciones adquiridas en la comunidad no se recomienda realizar hemocultivos en forma rutinaria ni tinciones Gram del material infectado.
Riesgo Alto o gravedad Alteración fisiopatológica severa, Edad Avanzada, Inmunocompromiso	Enterobacterias, Bacteroides sp, Enterococos, <i>P aeruginosa</i> ,	Cefepime, + Metronidazol	Imipenem/cilastatina, Piperacilina Tazobactam	Se recomienda realizar cultivos iniciales, puede ser útil para determinar bacteremia y duración de la terapia antimicrobiana.
PANCREATITIS EDEMATOSA		No requiere antimicrobianos		
PANCREATITIS CON NECROSIS	Enterobacterias enterococos anaerobios	Imipenem ó Piperacilina/tazobactam 3.375 g c/6-8 h	Clindamicina 600 mg c/6 -8hs + Ciprofloxacina ó Levofloxacina Monoterapia: Moxifloxacino 400 mg c/24 h	Requiere desbridación
ABSCESO PANCREÁTICO	Enterobacterias, <i>bacteroides fragilis</i>	Piperacilina/tazobactam 3.375 giv c/6-8 h ó Imipenem 500 mg iv c/6 h	Clindamicina 600 mg c/6-8 h + quinolona (Cipro ó levofloxacina). Monoterapia: Moxifloxacino 400 mg c/24 h.	Requiere drenaje

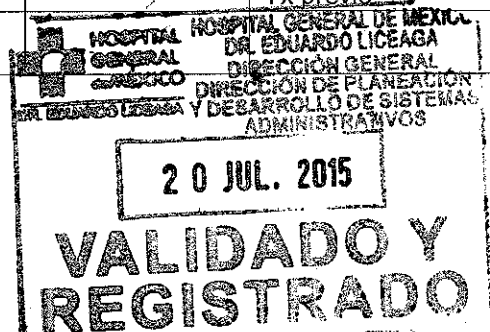
Un meta-análisis sobre uso profiláctico de antibióticos en Pancreatitis Agudas con necrosis, concluyen que no está asociado a una reducción de necrosis infectada, mortalidad, infecciones no pancreáticas e intervención quirúrgica; sólo está asociado con una significancia estadística para reducción de la estancia intrahospitalaria. (Mazaki T, Ishii Y, Takayama T. Meta-analysis of prophylactic antibiotic use in acute necrotizing pancreatitis. Brit J Surg 2006; 93:674-684, y Villatoro E., Bassi C., Larvin M. Tratamiento antibiótico para la profilaxis de la infección de la necrosis pancreática en la pancreatitis aguda (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1.)



GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO INICIAL
DE ANTIMICROBIANOS

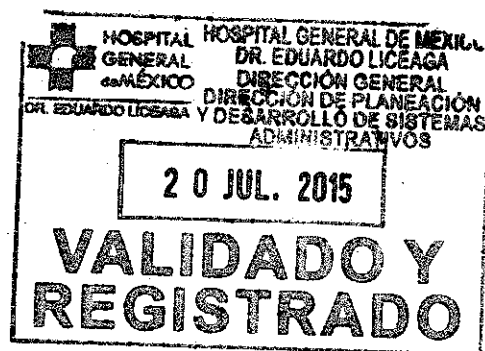
SITUACION CLÍNICA	1ª. ELECCIÓN	ALTERNATIVO	OBSERVACIONES
Colecistitis aguda Adquirida en la comunidad, leve a moderada	Cefepime	Ciprofloxacino	En los pacientes sometidos a colecistectomía se debe suspender el Tx antimicrobiano a las 24 hr. a menos que exista infección fuera de la pared vesical. Tener en cuenta la sensibilidad local
Colecistitis aguda Adquirida en la comunidad con co- morbilidad, edad avanzada, inmunodeficiencia	Cefepime más metronidazol	Impenem	Se recomienda corroborar diagnóstico con Ultrasonido
Colangitis aguda después de una anastomosis bilio- digestiva	Cefepime más metronidazol	Imipenem	
Infección biliar nosocomial	Cefepime + metronidazol Agregar Vancomicina si sospecha SARM	Imipenem + Vancomicina	

SITUACIÓN CLÍNICA	ETIOLOGÍA	1ª. ELECCIÓN	ALTERNATIVO	OBSERVACIONES
SEPSIS ABDOMINAL Nosocomial	<20% <i>Pseudomonas</i> resistente, Enterobacterias productoras de BLES, <i>Acinetobacter MDR*</i> , otros BGN** MDR	Imipenem O Piperacilina/tazobactam	Imipenem	Realizar cultivos cuando se sospeche de infecciones por <i>Pseudomonas</i> , <i>Proteus</i> , <i>Acinetobacter</i> , <i>S. au</i> <i>reus</i> y Enterobacterias, por alta posibilidad de resistencia en estos microorganismos.
	Enterobacterias productoras de BLEES***	Piperacilina/tazobactam	Imipenem	Utilizar cultivos en pacientes con exposición previa a antimicrobianos o que fallaron a un Tx previo.
	<i>Staphylococcus aureus MR&</i>	Vancomicina,		



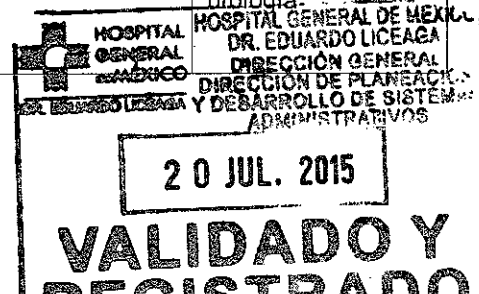
10. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA PERITONITIS
ASOCIADA A DIALISIS PERITONEAL

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGÍA PROBABLE	TRATAMIENTO PRIMARIO	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	COMENTARIO
PERITONITIS ASOCIADA A DIALISIS PERITONEAL Comunitario	Gram + <i>Estafilococos sp</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>Streptococcus sp</i>	Dicloxacilina 500 mg c/6 h Cefalotina 1 g IV c/24 hr.	Trimetoprim/ sulfametoxazol 5-10 mg/kg c/24 h Ciprofloxacino 200IV c/12 hr.	Sin factores de riesgo para SAMR
Comunitario	Gram - <i>Enterobacterias</i> <i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidima 1 g IV c/24 hr. Amikacina 7.5 mg IV c/48 h	Cefepime 1 g c/24 h. Ciprofloxacino 200 mg IV c/12 hr.	
Comunitario	Gram (+) o (-)	Dicloxacilina 1 g IV c/6 h + Amikacina 7.5 mg IV c/48 hr.	Ceftazidima 1 g c/24 h* amikacina 7.5 mg IV c/48 hr.	
NOSOCOMIAL (Multiresistente)	Staph aureus MR Pseudomonas	Vancomicina ó Linezolid +/- Cefepime	Piperacilina/ tazobactam	



11. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA LAS
INFECCIONES DEL TRACTO GENITO-URINARIO

TIPO DE INFECCIÓN	ETIOLOGIA PROBABLE	TRATAMIENTO PRIMARIO	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	COMENTARIO
PIELONEFRITIS NO COMPLICADA	Enterobacterias (<i>E. coli</i>)	Amikacina 15 mg/kg/día Trimetoprim/ sulfametoxazol 160/800 mg c/12 hr 5-7 días	Amoxicilina/ Clavulanato 875/125 mg c/12 hr	Resistencia >20% a TMP no usar.
PIELONEFRITIS COMPLICADA	<i>E. coli</i> , <i>Enterococcus</i> <i>sp.</i> <i>Staphylococcus</i> <i>sp</i>	Ampicilina 1-2 c/6 h + gentamicina 1-3 mg/kg/ c/8 h ó amikacina 15 mg/kg/día. 5-7 días de tratamiento	Ceftriaxona 1-2 gr IV c/12 h o Piperacilina/ Tazobactan 3.375 – 4.5 gr c/6-8 hr.	Considerar si : Hipotensión USG/TAC Probable Uropatía obstructiva
CISTITIS, URETRITIS	Enterobacterias	Trimetoprim/ sulfametoxazol 160/800 mg c/12 h o Nitrofurantoína 100 mg c/12hr o 3-5 días	Amikacina 15 mg/kg/d	Resistencia >20% no usar TMP
	Mujer considerar ETS	Doxiciclina 100 mg c/12 h por 7 días.	Azitromicina 1 gr VO DU	
	Mujer embarazada <i>Bacilos aerobios</i> G(-) <i>Sthapylococcus</i> <i>hemolyticus</i>	Amoxicilina 500 mg c/8 h o Nitrofurantoina 100 mg c/12hr 7 días	Trimetoprim/ sulfametoxazol 160/800 mg q 12h o Ceftriaxona 1 g q12h	
	Varón (<i>litiasis</i>)	Trimetoprim/ sulfametoxazol 160/800 mg q12h o ciprofloxacino 500 mg q12h 7 días	Ceftriaxona 1-2 gr q12h o ceftazidima 1 gr q8h	Resistencia >20% no usar TMP Valorar función renal
INFECCION RELACIONADA A CATÉTER URINARIO	Enterobacterias <i>P. aeruginosa</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>S. aureus(raro)</i>	Ampicilina 1-2 g q4-6h + gentamicina 1-3 mg/kg/q8h o Trimetoprim/ sulfametoxazol 160/800 mg q12h	Ceftazidima 1 g IV q8h o Ciprofloxacino 500 mg q12h	Con factores de riesgo: litiasis, inmunocompromiso
	Antes y después de cateterismo urinario	Trimetoprim/ sulfametoxazol 160/800 mg c/12 h, tres días	Ciprofloxacino 500 mg c/12 h	Con factores de riesgo
ABSCESO PERINÉFRICO	Empírico	Ceftriaxona 2 gr c/24 h 14 días	Amikacina 1 gr/día	
	Relacionado a bacteremia (<i>S. aureus</i>)	Dicloxacilina 1 g c/6 h cefalotina 1 g c/8 h 14 días	Vancomicina 15 mg/kg c/12 h	Hemocultiv positivo
	Asociado con pielonefritis Enterobacterias	Ceftriaxona 1-2 gr c/12 h 14 días	Imipenem 500 mg IV c/6 h Piperacilina/tazobacta m 3.374-4.5 g c/4-6 h	Estudio USG/TAC
GANGRENA DE FOURNIER	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> <i>Enterococos</i> <i>Bacteroides</i> <i>Streptococos</i>	Ceftriaxona 1 g c/12h + metronidazol 500 mg c/8h 14 días	Imipenem 500 mg c/6 h IV	Manejo quirúrgico urología.



12. RECOMENDACIONES DE TERAPIA ANTIMICROBIANA PARA EL PACIENTE
NEUTROPÉNICO FEBRIL CON NEOPLASIA HEMATOLÓGICA

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO INICIAL EN EL PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL DE BAJO RIESGO				
Tipo de Infección	Organismo /sitio de Infección	Antibiótico de 1ª elección	Antibiótico Alternativo	Comentario
Neutropenia que resuelve ≤ 7 días sin comorbilidad activa	<i>S epidermidis</i> <i>S aureus</i> <i>E faecalis</i>	Ciprofloxacino + amoxicilina/Ac-clavulanico oral	Cefepime+ amikacina	Evitar Ciprofloxacina como monoterapia y en pacientes que la recibieron como profilaxis. No prolongar esquema >10 días en pacientes con Clindamicina
Fiebre de inicio en comunidad	Bacilos gram negativos <i>E. coli</i> <i>K pneumoniae</i> <i>P aeruginosa</i> <i>Enterobacter spp</i> <i>A baumannii</i>	o Ciprofloxacino + Clindamicina		
TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO INICIAL EN EL PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL DE ALTO RIESGO.				
Pacientes de alto riesgo	Patógenos potenciales	Tratamiento antimicrobiano	Antimicrobianos de 2ª elección.	Efecto adverso/comentario
Neutropenia severa (<100 neutrófilos /mm3) > 7 días o con Comorbilidades	<i>E coli</i> <i>K pneumoniae</i> <i>P aeruginosa</i> <i>Enterobacter spp</i> <i>S epidermidis</i> <i>S aureus</i> <i>E faecalis</i>	Monoterapia Cefepime o Piperacilina/Tazobactam	Imipenem/Cilastatina o Meropenem	Pacientes alérgicos β -lactámicos: Aztreonam o Amikacina + Vancomicina
Persistencia de fiebre aún con esquema inicial, > 7 días de neutropenia, inestabilidad hemodinámica	Bacteriemia, neumonía por gram negativos Colonización demostrada por SAMR, Bacteriemia, Neumonía, Celulitis. Sospecha de <i>C difficile</i> Cobertura para hongos en pacientes que persisten febriles 4-7 días con régimen de amplio espectro sin causa de fiebre	Biterapia Imipenem/ cilastatina o Piperacilina/Tazobactam + amikacina Agregar Vancomicina Metronidazol oral Fluconazol Anfotericina B	Igual al anterior Linezolid Caspofungina Voriconazol	

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN
Y DESARROLLO DE SISTEMAS
ADMINISTRATIVOS

20 JUL. 2015

VALIDADO Y REGISTRADO

13. TERAPIA EMPÍRICA PARA LAS INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS

TIPO DE INFECCIÓN	ORGANISMO DE INFECCIÓN	TX 1ª. ELECCIÓN:	ANTIBIÓTICO ALTERNO	COMENTARIO/ EFECTOS ADVERSOS
Celulitis y erisipela	<i>Streptococcus grupo A</i> , <i>Streptococcus serogrupos C, G, B</i> y <i>S aureus</i> .	Dicloxacilina 1-2 g iv cada 6 h o cefalotina 1 g iv c/6 h o Vancomicina 500 mg a 1 g iv c/12 h	Linezolid 600 mg iv c/8 h	
Angina de Ludwig	Anaerobios de la vía oral, Estreptococos facultativos	Amoxicilina/Ac. Clavulánico 875/125 mg iv c/8h	Clindamicina 600 mg iv c/8 h	
INFECCIONES NECROSANTES				
Monomicrobianas	<i>S. pyogenes</i>	Penicilina G 4 millones iv c/4 h + Clindamicina 600 mg iv c/8h.	Cefepime +/- vancomicina	Muy importante realizar desbridamiento quirúrgico inmediato
Polimicrobianas (incluyendo pie diabético)	<i>S. aureus</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> , Enterobacterias, <i>S. pyogenes</i> , anaerobios (<i>bacteroides</i> , <i>peptococcus</i>)	Tigeciclina o Piperacilina + Tazobactam		
Gangrena gaseosa	<i>Clostridium spp.</i>	Penicilina G 4 mill iv c/4 h + Clindamicina 600 mg iv c/8h.	Ceftriaxona 2 gr iv c/12 o eritomicina 1 g iv c/6 h.	Desbridamiento quirúrgico
Gangrena de Fournier	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Enterococos</i> <i>Bacteroides</i> <i>Streptococos</i>	Cefepime 1 g c/12h + metronidazol 500 mg c/8 h por 14 días	Imipenem 500 mg c/6 h IV	Manejo quirúrgico

