



Hospital Infantil Universitario  
Niño Jesús

# GUÍA ANTIMICROBIANA EMPÍRICA

2024

8<sup>a</sup> edición (versión 3, abril)

**Coordinadores:** Marta T. G<sup>a</sup> Ascaso, Margarita Cuervas-Mons Vendrell, José A. Alonso Cadenas

**Autores:** Beatriz Agúndez Reigosa, Marta Bascuas Arribas, Silvia Buendía Martínez, Belén Hernández Milán, M<sup>a</sup> Isabel Iglesias Bouzas, Blanca Molina Angulo, Vanesa Núñez Cerezo, Ana Ramírez Barragán, Francisco J. Sanz Santaefemia

**Revisores:** Mercedes de la Torre Espí, Raquel Jiménez García, Monserrat Nieto Moro

Temas ordenados alfabéticamente.

Es importante tener en cuenta que es una guía empírica por lo que será necesario modificar/cambiar/suspender el tratamiento según los resultados de los cultivos, pruebas diagnósticas y evolución clínica de los pacientes.

En caso de ingreso en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHAD), consultar "PNT 008: Terapia antimicrobiana endovenosa en domicilio (TADE) en la UHAD". La primera dosis de cualquier antimicrobiano endovenoso debe ser administrada en el hospital.

En los pacientes que requieran tratamiento intravenoso se debe promover el paso temprano a vía oral en patologías susceptibles (**PT-TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA PRECOZ**).

Los siguientes antibióticos necesitan niveles terapéuticos durante su administración: vancomicina, gentamicina, tobramicina y amikacina. Ver tabla II de niveles plasmáticos de fármacos.



	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

ADENITIS CERVICAL AGUDA NO ESTREPTOCÓCICA				
<b>No ingreso</b>				
	Cefadroxilo VO	30	2	7
<b>Ingreso<sup>1</sup></b>				
	Cloxacilina <sup>2</sup> IV	100-150	4	2-3 IV + 4-5 VO Nº total 7

[1] En < 3 meses, el síndrome celulitis-adenitis representa una sepsis tardía por *S. agalactiae*, ver apartado de sepsis.

[2] Si ingreso en Hospitalización a domicilio: cefazolina IV 100 mg/kg/día en 3 dosis/día.

APENDICITIS AGUDA <sup>1</sup>				
<b>Ingreso</b>				
Gangrenosa sin perforación ni líquido libre	Cefoxitina IV	120	3	1
Complicada	Piperacilina-tazobactam IV	300	3	5-10 (pauta completa IV)
Alergia a penicilina tipo I	Gentamicina <sup>2</sup> IV + Metronidazol IV	5-7,5 30	1 3	Según tipo de apendicitis

[1] Ver profilaxis prequirúrgica (DIM-AX-015 Póster profilaxis prequirúrgica).

[2] Precisa monitorización.

ABSCESO CEREBRAL				
<b>Ingreso</b>				
Origen mastoiditis/sinusitis aguda	Ver apartado “mastoiditis aguda” o “sinusitis aguda”			
Diseminación hematogena (bacteriemia o endocarditis con abscesos múltiples en territorio de distribución de una arteria cerebral)	Ceftriaxona <sup>1</sup> IV + Metronidazol IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	100	1-2	4 semanas IV + 2 semanas VO Nº total 6 semanas (valorar 8 semanas si abscesos múltiples o no drenados)
Secundario a traumatismo penetrante		40	3	
Origen no conocido/no sospechado		45-60	4	
Complicación de postoperatorio de Neurocirugía	Ceftazidima IV o Meropenem <sup>3</sup> IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	150 60-120 45-60	3 3 4	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

[1] En origen no conocido/no sospechado, en vez de ceftriaxona, usar ceftazidima IV 150 mg/kg/día en 3 dosis/día si posibilidad de *Pseudomonas aeruginosa*.

[2] Precisa monitorización.

[3] Si afectación importante del estado general.

INFECCIONES BUCODENTALES				
No ingreso				
<b>1ª elección</b>	Amoxicilina <sup>1</sup> VO	40-50	3	5-7
Alergia a betalactámicos	Metronidazol VO	30	3	
Ingreso				
	Amoxicilina-clavulánico IV	100	3	1-2 IV + 5-6 VO Nº total 5-7

[1] Si no hay mejoría en 48 horas, sustituir por amoxicilina-clavulánico VO 40-50 mg/kg/día en 3 dosis/día o asociar metronidazol.

CELULITIS PRESEPTAL				
No ingreso				
Lesión externa	Cefadroxilo VO	30	2	5-7
No lesión externa	Amoxicilina-clavulánico VO	80-90	2-3	
Ingreso				
Lesión externa	Cloxacilina <sup>1</sup> IV	100-150	4	2-3 IV + 4-5 VO Nº total 7
No lesión externa	Amoxicilina-clavulánico <sup>1</sup> IV	100	3	2-3 IV + 4-5 VO Nº total 7

[1] Si ingreso en Hospitalización a domicilio: cefazolina IV 100 mg/kg/día en 3 dosis/día.

CELULITIS ORBITARIA				
Ingreso				
	Ceftriaxona IV + Clindamicina IV	50-100 40	1-2 3-4	3-4 IV + 3-7 VO Nº total 7-10

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

INFECCIONES CERVICALES PROFUNDAS				
Ingreso				
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Amoxicilina-clavulánico IV	100	3	Periamigdalino: 1-2 IV + 8-9 VO Nº total 10
				No periamigdalino: 3-5 IV + 5-11 VO Nº total 10-14
<b>Afectación grave<sup>1</sup></b>	Ceftriaxona IV + Clindamicina IV	50-100 40	1-2 3-4	3-5 IV + 5-11 VO Nº total 10-14

[1] Regular/mal estado general con compromiso moderado/grave de la vía aérea.

INFECCIONES CUTÁNEAS					
CELULITIS EN OTRAS LOCALIZACIONES, ECTIMA, ERISIPELA, ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA (EE), IMPÉTIGO COMPLICADO <sup>1</sup>					
No ingreso <sup>2</sup>					
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Cefadroxilo VO	30	2	5	
<b>Sospecha SARM<sup>3</sup></b>	Trimetoprim-sulfametoazol VO	8-10 (TMP)	2		
<b>Sospecha anaerobios<sup>4</sup></b>	Amoxicilina-clavulánico VO	40-50	3		
<b>Alergia a penicilina</b>	Clindamicina VO	30	3-4		
Ingreso <sup>5</sup>					
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Cloxacilina <sup>6</sup> IV	100-150	3-4	2-3 IV + 4-8 VO Nº total 7-10	
<b>Sospecha SARM<sup>3</sup></b>	Trimetoprim-sulfametoazol IV	15-20 (TMP)	2		
<b>Sospecha anaerobios<sup>4</sup></b>	Amoxicilina-clavulánico IV	100	3		
<b>Alergia a penicilina</b>	Clindamicina <sup>7</sup> IV	30	3-4		
IMPÉTIGO NO COMPLICADO					
No ingreso					
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Ácido fusídico TÓPICO Si tiene afectación nasal: mupiroicina TÓPICA	-	3	5	
<b>Si mala evolución</b>	Ozenoxacino <sup>8</sup> TÓPICO	-	2	5	
FASCITIS NECROTIZANTE <sup>9</sup>					
Ingreso					
	Piperacilina-tazobactam IV + Clindamicina IV	400 40	6 4	Según evolución	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

- [1] Numerosas lesiones (>5) o gran extensión, factores de riesgo subyacentes como dermatitis atópica o diabetes mellitus, si afecta a varios miembros escolares o familiares, neonatos.
- [2] Formas leves: fiebre <39°C y buen estado general, no precisan pruebas complementarias.
- [3] Celulitis extensas, infecciones de repetición, niños procedentes de América o Europa del Este, convivientes de portadores, mala respuesta al tratamiento convencional, aislamiento microbiológico previo de SARM.
- [4] Si presenta olor desagradable, colecciones localizadas de pus o abscesos periorales/perianales, tejidos necróticos y/o paciente inmunodeprimido.
- [5] Formas moderadas y graves: fiebre >39°C y/o inestable.
- [6] Si ingreso en Hospitalización a domicilio: cefazolina IV 100 mg/kg/día, 3 dosis/día, 7 días.
- [7] Considerar 25% de resistencias en el HNJ en *S. aureus*. Si no respuesta clínica, valorar sustituir cotrimoxazol.
- [8] Solo de dispensación ambulatoria, no incluida en la guía farmacológica del hospital.
- [9] Desbridamiento y drenaje quirúrgico inmediato + profilaxis antitetánica y/o antirrábica si procede.

ENCEFALITIS <sup>1</sup>				
Ingreso				
<3 meses		60		
3 meses-12 años	Aciclovir IV	45	3	21 días si VHS-1 o 2 <sup>2</sup>
>12 años		30		

- [1] Valorar añadir tratamiento de meningitis bacteriana aguda si no se puede descartar inicialmente y de rombencefalitis aguda (ampicilina 300 mg/kg/día en 4 dosis/día) si presenta: ataxia, temblor, dismetría.
- [2] Si PCR VHS (+) en LCR unos días antes de completar la pauta, debe prolongarse el tratamiento con revaluaciones semanales.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCÓCICA						
No ingreso						
Tratamiento de elección	<27 kg	Penicilina V VO	250 mg/dosis	2	10	
	≥27 kg		500 mg/dosis			
		Amoxicilina VO	40-50 Máx. 1g/día			
Intolerancia oral	<27 kg	Penicilina G benzatina IM	600.000 UI	Dosis única		
	≥27 kg		1.200.000 UI			
Alergia penicilina tipo I		Azitromicina VO	20	1	3	
Alergia penicilina no tipo I		Cefuroxima axetilo VO	20	2	10	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

FIBROSIS QUÍSTICA-EXACERBACIÓN <sup>1</sup>				
No ingreso				
<b>Sin aislamiento previo <i>P. aeruginosa</i></b>	Amoxicilina-clavulánico VO	80-90	3	14-21
<b>Con aislamiento previo <i>P. aeruginosa</i></b>	Ciprofloxacino VO	40	2	
Ingreso				
<b>Sin aislamiento previo <i>P. aeruginosa</i></b>	Amoxicilina-clavulánico IV	100-150	3	14-21 (pauta completa IV)
<b>Con aislamiento previo <i>P. aeruginosa</i></b>	Ceftazidima IV + Tobramicina <sup>2</sup> IV	200-300 10	3 1	

[1] Se mantendrán los antibióticos nebulizados que tenga el paciente. En pacientes con colonización crónica por gérmenes multirresistentes se valorará el patrón de resistencias de los aislamientos previos. Se debe recoger una muestra de esputo para cultivo.

[2] Precisa monitorización.

FRACTURA ABIERTA <sup>1</sup>				
Ingreso				
<b>Poca contaminación</b>	Cefazolina IV	100-150	3	Hasta 24 horas tras cierre quirúrgico
<b>Conminutas y contaminadas</b>	Cefazolina IV + Gentamicina <sup>2</sup> IV	100-150 5-7,5	4 1	2-5 según mecanismo y si infección asociada

[1] Lavar herida. Valorar profilaxis antitetánica.

[2] Precisa monitorización.

INFECCIÓN TRANSMITIDA POR GARRAPATA <sup>1</sup> (NUNCA PROFILAXIS)				
<b>Fiebre botonosa</b>	Doxiciclina VO	5	2	1
	2ª elección: azitromicina VO	10	1	3
<b>Tíbola</b>	Doxiciclina VO	5	2	7-10
	2ª elección: azitromicina VO	10	1	5
<b>Enfermedad Lyme precoz (según clínica)</b>	<b>≤8 años</b>	Amoxicilina VO	50	3
	<b>&gt;8 años</b>	Doxiciclina VO	4	2
				14

[1] Extracción: tracción con pinzas. Limpieza con clorhexidina. Auto-observación 4 semanas. Tratar sólo si hay clínica: fiebre, malestar, exantema, etc.

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
<b>PACIENTE INMUNODEPRIMIDO</b>				
<b>HERPES SIMPLE ORAL</b>				
<b>No ingreso</b>				
	Aцикловир <sup>1</sup> VO	60	3	7-10
<b>Ingreso</b>				
<b>NEUTROPENIA FEBRIL</b>				
Paciente estable sin sospecha de anaerobios	Cefepime IV	150	3	Según evolución clínica y aislamiento microbiológico
Paciente estable con sospecha de anaerobios <sup>2</sup>	Piperacilina-tazobactam	300-400	3-4	
Pacientes inestable	Meropenem <sup>3</sup> IV + Vancomicina <sup>4</sup> IV +/- Amikacina <sup>4</sup> IV	120 45-60 15-22,5	3 4 1	
	Añadir vancomicina <sup>4</sup> IV	45-60	4	
	Añadir anfotericina B liposomal IV o Caspofungina IV	3 70 mg/m <sup>2</sup> (1 <sup>er</sup> día) 50 mg/m <sup>2</sup> (continuación)	1 1	
<b>HERPES SIMPLE MUCOCUTÁNEO GRAVE O VISCERAL</b>				
	Aciclovir IV	1500 mg/m <sup>2</sup> /día o 30 mg/kg/día	3	Mínimo 7 días según evolución
<b>VARICELA-ZÓSTER</b>				
	Aciclovir IV	1500 mg/m <sup>2</sup> /día o 30 mg/kg/día	3	Mínimo 7 días según evolución
<b>SOSPECHA DE INFECCIÓN POR CMV O VHH-6</b>				
	Ganciclovir IV (CMV) o Foscarnet IV (VVH6)	10 120-180	2 3	En función de la carga viral

[1] Dosis máxima 400 mg cada 8 horas.

[2] Mucositis orofaríngea, mucositis intestinal y proctitis/absceso anal.

[3] Dosis inicial durante la estabilización en urgencias en 30 minutos, siguientes dosis en perfusión extendida durante 3 horas.

[4] Precisa monitorización.

MASTOIDITIS AGUDA <sup>1</sup>				
Ingreso				
No complicada	Cefuroxima IV	100-150	3	5 IV + 7-9 VO Nº total 12-14
Complicación intratemporal portador de implante coclear <sup>2,3</sup>	Ceftriaxona IV	100	1-2	
Complicación intracraneal: absceso intraparenquimatoso	Ceftriaxona IV + Metronidazol IV	100 40	1-2 3	4 semanas IV + 2 semanas VO Nº total 6 semanas (valorar 8 semanas si abscesos múltiples o no drenados)

[1] Mastoiditis no complicada: pacientes con eritema/edema retroauricular, desplazamiento del pabellón auricular y/o dolor a la palpación de la mastoides sin tumefacción, signos de fluctuación ni parálisis facial asociada. Mastoiditis complicada intratemporal: petrositis, laberintitis, parálisis facial periférica, absceso subperióstico, absceso cervical o de Bezold, zigmático o de Luc.

[2] Si mal estado general: añadir vancomicina IV 45-60 mg/kg/día en 4 dosis/día. Precisa monitorización.

[3] Si no respuesta, considerar infección por *Pseudomona aeruginosa* y añadir ciprofloxacino IV 30 mg/kg/día en 2 dosis/día.

MENINGITIS AGUDA <sup>1</sup>				
Ingreso				
≤7 días	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	300 150	3 3	14-21 (pauta completa IV)
8 días-1 mes	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	300 200	4 4	
1-3 meses	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	300 300	4 4	
>3 meses	Cefotaxima IV o Ceftriaxona IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	300 100 45-60	4 1-2 4	7-21 <sup>3</sup> (pauta completa IV)

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

EXISTENCIA DE FACTORES DE RIESGO				
<b>Traumatismo, fractura, fistula LCR (no válvula DVP), implante coclear<sup>4</sup></b>	Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	300 45-60	4 4	10-21
	Ceftazidima IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	150 45-60	3 4	
<b>Sospecha infección válvula DVP</b>				
<b>Inmunodeprimidos, VIH, déficit inmunoglobulinas, asplenia, déficit complemento, trasplante de médula ósea</b>	Cefepime IV (solo Onco) o Ceftazidima IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV + Ampicilina IV (solo trasplante de médula ósea)	150 150 45-60 300	3 3 4 4	14-21

[1] En meningitis por neumococo o *H. influenzae*, añadir dexametasona 0,6-0,8 mg/kg/día en 3 dosis durante 2 días, antes del antibiótico o 30-60 minutos después de su inicio.

[2] La vancomicina no se administrará si en la tinción de gram del LCR se observan bacilos o diplococos gram negativos o el paciente tiene púrpura (exantema meningocócico). Precisa monitorización.

[3] Neumococo 10-14 días, *S. agalactiae* 14 días, *H. influenzae* 7-10 días, *Neisseria meningitidis* 7 días, *Listeria monocytogenes* 21 días, Bacilos Gram negativos 21 días.

[4] Si no respuesta, considerar infección por *Pseudomonas aeruginosa* y añadir ciprofloxacino IV 30 mg/kg/día en 2 dosis/día.

MENINGITIS TUBERCULOSA				
Ingreso				
	Isoniazida VO Pirazinamida VO Rifampicina VO + Etambutol VO o Estreptomicina VO	15 40 20 25 40	1 1 1 1 2	9-12 meses Añadir prednisona 1-2 mg/kg/día 4-6 semanas

MORDEDURAS ANIMALES O HUMANAS				
Profilaxis si factores de riesgo <sup>1,2</sup>				
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Amoxicilina-clavulánico VO	40-50	3	3-5

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

<b>Alergia a betalactámicos</b>		Ciprofloxacino VO + Clindamicina VO	20-30 30	2 3	
<b>No ingreso</b>					
Con signos de infección	<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Amoxicilina-clavulánico VO	40-50	3	7-10 <sup>2,3</sup>
	<b>Alergia a betalactámicos</b>	Ciprofloxacino VO + Clindamicina VO	20-30 30	2 3	
<b>Ingreso</b>					
Con signos de infección	<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Piperacilina-tazobactam IV	300	3	2-3 IV; 4-7 Nº total 7-10 <sup>2,3</sup>
	<b>Alergia a betalactámicos</b>	Ciprofloxacino IV + Clindamicina IV	20-30 30	2 3	

- [1] Factores de riesgo: mordeduras sin atención en las primeras 8 horas, inmunodeprimidos, mordeduras de gatos, mordeduras humanas o de perros en manos, pies, cara, genitales o con afectación de tendones, músculos o articulaciones, con compromiso venoso o linfático, aplastamiento y en heridas que requieran sutura.
- [2] Se ha de comprobar el estado de inmunización antitetánica (ver tabla I de profilaxis antitetánica).
- [3] Valorar desbridamiento quirúrgico +/- profilaxis antirrábica [en España si manipulación de murciélagos insectívoros (Ceuta y Melilla también si mordedura de perro)].

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD				
NEUMONÍA CON PATRÓN TÍPICO				
Ingreso				
<b>≤7 días<sup>1,2</sup></b>	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	150	3	2-3 IV; 5 VO Nº total 7
		100	2	
<b>8-28 días<sup>1,2</sup></b>	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	150	3	
		150	3	
<b>1- 3 meses<sup>2</sup></b>	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	200	4	
		200	4	
<b>3-6 meses<sup>2</sup></b>	Amoxicilina clavulánico IV	100	4	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones	
<b>NEUMONÍA CON PATRÓN TÍPICO</b> <b>EN PACIENTE VACUNADO CON AL MENOS 2 DOSIS DE VACUNA <i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> (&gt;6 MESES)</b>					
<b>No ingreso</b>					
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Amoxicilina VO	80	2	5-7	
<b>Alergia a penicilina tipo I</b>	Azitromicina VO	10	1	3	
<b>Alergia a penicilina no tipo I</b>	Cefuroxima-axetilo VO	30	2	5	
<b>Ingreso</b>					
<b>1<sup>a</sup> elección</b>	Ampicilina IV	200	4	2 IV + 5 VO Nº total 7	
<b>Alergia a penicilina tipo I</b>	Levofloxacino IV	<5 años: 20 >5 años: 10	2 1		
<b>Alergia a penicilina no tipo I</b>	Cefuroxima IV	100	3		
<b>NEUMONÍA CON PATRÓN ATÍPICO</b>					
<b>No ingreso</b>					
<b>≤5 años</b>	Mayoría por virus: sin antibiótico				
<b>&gt;5 años</b>	Azitromicina VO	10	1	3	
<b>NEUMONÍA CON FRACASO TERAPÉUTICO<sup>3</sup></b>					
<b>No ingreso</b>					
	Amoxicilina-clavulánico VO +/- Azitromicina VO	80 10	3 1	5-7 3	
<b>Ingreso</b>					
	Ampicilina IV <sup>4</sup>	200	4	2 IV + 5 VO Nº total 7	
<b>NEUMONÍA CON SOSPECHA <i>S. AUREUS</i><sup>5</sup></b>					
<b>Ingreso</b>					
	Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>6</sup> IV	200 45-60	3-4 4	2 IV + 5-12 IV Nº total 7-14 (salvo necrosis)	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

NEUMONÍA CON DERRAME PLEURAL				
Ingreso				
	Ampicilina IV o Penicilina G sódica IV	200 300.000- 400.000 UI	4 6	No empiema: 2-3 IV + 6-7 VO Nº total 10 días tras desaparición fiebre Empiema: 2-3 IV + 2-4 semanas VO Nº total 2- 4 semanas  Pasar a VO si 2 días afebril y retirado el tubo

NEUMONÍA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO NO ONCOLÓGICO				
No ingreso				
	Amoxicilina-clavulánico	80	3	2 IV + 5 VO Nº total 7
Ingreso				
	Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>6</sup> IV	200 60	4 4	2 IV + 5 VO Nº total 7

NEUMONÍA GRAVE (UCIP)				
Ingreso				
	Cefotaxima IV + Cloxacilina IV o Vancomicina <sup>6</sup> IV +/- Clarithromicina IV +/- Clotrimoxazol IV (si patrón intersticial)	200 200 45-60 15 20 (TMP)	3 4 4 2 4	2 IV + 5-8 VO Nº total 7-10

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

NEUMONÍA NECROSANTE O ABSCESO PULMONAR				
Ingreso				
	Ampicilina IV o Cefotaxima IV + Clindamicina IV	250-300  200-300  40	4  4  3-4	Si absceso <6 cm: 4 semanas o al menos hasta 2 semanas después de desaparecer la fiebre  Si absceso >6 cm: continuar hasta que la lesión disminuya de tamaño hasta <6 cm y seguir pauta previa.  Pasar a VO si 2 días afebril y paciente estable
NEUMONÍA ASPIRATIVA				
No ingreso				
	Amoxicilina-clavulánico VO	80	3	5
Ingreso				
	Amoxicilina-clavulánico IV o Clindamicina IV	100  40	3  3-4	2 IV + -5-8 VO Nº total 7-10
NEUMONÍA CON FRACASO TERAPÉUTICO <sup>3</sup>				
	Meropenem IV	60	3	2 IV + 8 VO Nº total 10
NEUMONÍA NOSOCOMIAL <sup>7</sup> (incluida neumonía asociada a ventilación mecánica)				
NEUMONÍA CON <5 DÍAS DE INGRESO O INTUBACIÓN EN INMUNOCOMPETENTE <sup>8</sup>				
	Amoxicilina-clavulánico IV	100	4	2 IV + 5-8 VO Nº total 7 <sup>9</sup> -10
NEUMONÍA <5 DÍAS DE INGRESO O INTUBACIÓN EN INMUNODEPRIMIDO				
Consolidación	Cefepime IV	150	3	2 IV + 8-12 VO Nº total 10-14
Interstitial	Cefotaxima IV + Cotrimoxazol IV	200  20 (TMP)	3	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

NEUMONÍA >5 DÍAS DE INGRESO O >5 DÍAS INTUBACIÓN				
	Piperacilina-tazobactam IV + Amikacina <sup>10</sup> IV	400 20	4 1	2 IV + 8-12 VO Nº total 10-14
NEUMONÍA CON GRAVEDAD CLÍNICA, CAVITACIÓN O INTUBACIÓN MUY PROLONGADA				
	Meropenem IV +/- Amikacina <sup>10</sup> IV +/- Vancomicina <sup>6</sup> IV +/- Anfotericina B liposomal IV	60 20 45-60 3-5	3 1 4 1	2 IV + 12-19 VO Nº total 14-21

[1] Estas dosis siempre que se haya descartado una infección del sistema nervioso central (meningitis). Si la punción lumbar es patológica o no se ha podido realizar, se deberá utilizar dosis meníngeas (ver tabla de dosificación).

[2] En caso de VRS +, tratamiento en monoterapia con cefotaxima.

[3] Fracaso terapéutico: persistencia o empeoramiento tras 48-72 horas de tratamiento adecuado.

[4] Valorar amoxicilina-clavulánico i.v. (100 mg/kg/día, cada 8 horas) si la administración de antibioterapia oral ha sido adecuada con buena adherencia durante ≥3 días.

[5] Si afectación cutánea o de tejidos blandos, neumatoceles o neumotórax. En caso de presentar un aislamiento positivo para *S. aureus* meticilin sensible debe sustituirse la cefotaxima por cefazolina i.v. (100 mg/kg/día, cada 8 horas) o cloxacilina i.v. (50-100 mg/kg/día, cada 6 horas) y retirar la vancomicina i.v.

[6] Si existe sospecha de *S. aureus* se asociará vancomicina. Precisa monitorización.

[7] Definición: neumonía que aparece más de 48 horas después de ingresar.

[8] Si paciente portador o con antecedente de infección por bacterias multi-R (incluida *P. aeruginosa*) considerar empezar con piperacilina-tazobactam IV 400 mg piperacilina/Kg/día en 3-4 dosis/día.

[9] Si paciente inmunocompetente sin antibiótico previo e infección no por bacterias gram negativas multi-R.

[10] Precisa monitorización.

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR <sup>1</sup> (artritis séptica, osteomielitis, piomiositis aguda)				
Ingreso				
<b>≤ 7 días</b>	Cloxacilina <sup>2</sup> IV + Cefotaxima IV	75 100	2 2	2-5 IV + 9-19 VO Nº total 14 en artritis Nº total 21 en osteomielitis <sup>4</sup>
	Cloxacilina <sup>2</sup> IV + Cefotaxima IV	100 150	2 3	
<b>8-28 días</b>	Cloxacilina <sup>2</sup> IV + Cefotaxima IV	150-200 150-200	4 3	
	Cefuroxima IV	150	3	
<b>1 -3 meses</b>	Cloxacilina <sup>2</sup> IV + Cefotaxima IV	150-200	4	
<b>3 meses – 2 años</b>	Cefuroxima IV	150	3	

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

>2 años <sup>3</sup>	Cefazolina IV o Cloxacilina IV	100-150 150-200	3-4 4	
Adolescente (si sospecha de <i>N. gonorrhoeae</i> )	Ceftriaxona	50-100	1-2	

[1] En artritis sépticas se realizará análisis de líquido articular que será solicitado por COT e incluirá análisis de células, bioquímica, tinción de Gram y cultivo (inoculado en vial de hemocultivo para aerobios). Además, se solicitará PCR *Kingella kingae* (alícuota de líquido sinovial en contenedor estéril sin ningún tipo de aditivo) en menores de 5 años.

[2] Si sospecha de *S. aureus* meticilin resistente añadir vancomicina IV 45-60 mg/kg/día en 4 dosis/día. Precisa monitorización.

[3] Si sospecha de *K. kingae* administrar cefazolina IV.

[4] Mantener tratamiento intravenoso al menos 2-5 días (más prolongado en menores de 1 mes). Cambiar a vía oral cuando haya mejorado la funcionalidad, afebril 24-48 horas y reducción PCR un 30%.

OTITIS MEDIA AGUDA									
No ingreso									
< 2meses	Afebril, estable	Amoxicilina- clavulánico VO	80-90	2	10				
Todos los niños 2-6 meses		Amoxicilina VO	80-90	2	< 2 años, OMA grave: 10 días				
Niños 6 meses-2 años con OMA bilateral					> 2 años con OMA leve o moderada sin f. riesgo: 5-7 días				
Cualquier edad con factores de riesgo <sup>1</sup>									
Cualquier edad con OMA grave (otalgia intensa o T <sup>o</sup> > 39 <sup>o</sup> C, OMA supurada)									
Cualquier edad con síntomas persistentes con ibuprofeno (> 48-72 h)									
Fracaso terapéutico con amoxicilina (48-72 horas)		Amoxicilina-clavulánico VO	80-90	2	10				
OMA + conjuntivitis purulenta									
H <sup>a</sup> de OMA recurrente que no responde a amoxicilina									
Portadores de implante coclear <sup>2, 3</sup>									

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
Fracaso terapéutico con amoxicilina clavulánico	Ceftriaxona IM	50	1	3
Alergia a penicilina Tipo I	Azitromicina VO	10	1	3
Alergia a penicilina no Tipo I	Cefuroxima-axetilo VO	20-30	2	10
Otorrea aguda no complicada en portadores de drenajes transtimpánicos	Ciprofloxacino ÓTICO + Amoxicilina VO (<2 a y/o fiebre)	4 gotas 80-90	2 2-3	5-7
<b>Ingreso</b>				
< 2 meses	Fiebre, inestable	Ceftriaxona <sup>4</sup> IV	50	1 2-3 VO + 7-8 IV Nº total 10

[1] Antecedentes de otitis media recurrente ( $\geq 3$  episodios en los últimos 6 meses o  $\geq 4$  en los últimos 12 meses), niños menores de 2 años, antecedentes familiares de hipoacusia por OMA recurrente.

[2] Deben cumplir los siguientes criterios para administrar tratamiento antibiótico oral: buen estado general, OMA no complicada (no signos de mastoiditis ni meningitis aguda), >2 meses desde la cirugía del implante coclear, no malformaciones auriculares. En el caso de no cumplir alguno de esos criterios o presente mastoiditis: ceftriaxona 50-75 mg/kg/día en 1-2 dosis/día. Si presenta meningitis: añadir vancomicina 45-60 mg/kg/día en 4 dosis/día. Precisa monitorización.

[3] Si no respuesta, considerar infección por *Pseudomonas aeruginosa* y añadir ciprofloxacino IV 30 mg/kg/día en 2 dosis/día.

[4] Debe ser sustituida por cefotaxima IV 200 mg/kg/día en 3 dosis/día durante 10 días si: <15 ddv, RNPT, colestasis. No debe administrarse con una solución que contenga calcio.

OTITIS EXTERNA				
No ingreso				
No complicada	Ciprofloxacino tópico	4 gotas/oído	2	5
Con celulitis o pericondritis	Ciprofloxacino VO	20-40	2	7
Fúngica	Clotrimazol 1% tópico	-	2	14-21

OXIUROS: tratamiento en todos los convivientes					
No ingreso					
1 <sup>a</sup> opción	<2 años	Pamoato de pirantel VO	11	Dosis única	Repetir pauta en 14 días
	≥2 años	Mebendazol <sup>1</sup> VO	100 mg		
2 <sup>a</sup> opción	Albendazol <sup>1</sup> VO		<2 a: 200 mg >2 a: 400 mg	Dosis única	Repetir pauta en 21 días

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

[1] No se calculan por peso, es dosis fija.

SARNA: tratamiento en todos los convivientes				
No ingreso				
De elección	Permetrina 5% crema	-	Dosis única	Repetir pauta en 14 días
Recién nacidos y menores de 8 semanas	Vaselina azufrada 6% <sup>2</sup> (fórmula magistral)	-	3 noches seguidas, descansar 4 noches y repetir nuevamente 3 noches seguidas	
2 <sup>a</sup> línea y de elección en la sarna costrosa	Ivermectina <sup>3</sup> oral	200 mcg/kg	Dosis única	Repetir pauta en 7-14 días

[1] En niños menores de 2 años incluido cara y cuero cabelludo. Se recomienda aplicar el tratamiento antes de acostarse. Se debe retirar con un baño o ducha al cabo de 8-14 horas.

[2] 8-10% en lactantes y adultos. No se dispone en el hospital de esta preparación, dispensación únicamente ambulatoria.

[3] Debe tomarse con el estómago vacío, con un vaso de agua (no ingerir alimentos dos horas antes o después de la administración) y a cualquier hora del día.

SEPSIS-SHOCK SÉPTICO					
<3 MESES					
SEPSIS ORIGEN COMUNITARIO					
Sin meningitis <sup>1</sup>	≤7 días	Ampicilina IV + Gentamicina <sup>2</sup> IV	150 4	3 1	7-10 14 (bacilos gram -, <i>S. aureus</i> )
	8-28 días	Ampicilina IV + Gentamicina <sup>2</sup> IV	150 5-7,5	3 1	
	1-3 meses	Ampicilina IV + Gentamicina <sup>2</sup> IV	200 5-7,5	4 1	
Con meningitis	≤7 días	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	300 150	3 3	14 21 (bacilos gram -)
	8-28 días	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	300 200	4 4	

		Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
	<b>1-3 meses</b>	Ampicilina IV + Cefotaxima IV	300 300	4 4	
<b>SEPSIS ORIGEN NOSOCOMIAL Y/O CATÉTER VENOSO CENTRAL</b>					
		Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	200 45-60	3 4	14
<b>&gt;3 MESES</b>					
<b>SEPSIS ORIGEN COMUNITARIO</b>					
<b>Sin meningitis</b>		Cefotaxima IV o Ceftriaxona IV	200 100	4 1-2	7-10
<b>Sospecha meningitis neumocócica<sup>3</sup></b>		Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	300 45-60	4 4	10-14
<b>Shock séptico</b>					
<b>Shock tóxico (microorganismo desconocido)</b>		Cefotaxima IV + Clindamicina <sup>4</sup> IV	200 40	4 3-4	7-10
<b>Shock tóxico <i>S. pyogenes</i></b>		Penicilina G IV o Ampicilina IV + Clindamicina <sup>4</sup> IV	300.000 UI 200 40	6 4 3-4	7-10
<b>Shock tóxico <i>S. aureus</i></b>		Cloxacilina IV + Clindamicina <sup>4</sup> IV	200 40	4 3-4	14
<b>Sospecha origen infección abdominal</b>		Piperacilina-Tazobactam IV o Cefotaxima IV + Metronidazol IV +/- Ampicilina <sup>5</sup> IV	400 200 40 200	4 4 4 4	10-21
<b>Sospecha foco urinario</b>		Cefotaxima IV + Ampicilina <sup>5</sup> IV	200 200	4 4	10

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

Pacientes crónicos, hospitalizaciones frecuentes	Piperacilina-Tazobactam IV o Meropenem IV  + Vancomicina <sup>2</sup> IV	400  60  45-60	4  3  4	10-14  14-21 (BLEE <sup>6</sup> )
Infección relacionada con catéter sin otro factor de riesgo	Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>2</sup> IV	200  45-60	4  4	10-14

[1] Si el análisis LCR es normal o no se ha realizado punción lumbar porque no está indicada.

[2] Precisa monitorización.

[3] Añadir dexametasona 0,6-0,8 mg/kg/día en 3 dosis durante 2 días, antes del antibiótico o 30-60 minutos después de su inicio. También en meningitis por *H. influenzae*.

[4] Si no hay mejoría con la clindamicina, cambiar a linezolid (mirar tabla de dosificación).

[5] Si no hay respuesta, sospechar *Enterococcus* resistente a ampicilina y añadir vancomicina 45-60 mg/kg/día en 4 dosis/día. Precisa monitorización.

[6] Bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido.

SINUSITIS AGUDA				
No ingreso				
< 2 años				
Cualquier edad con afectación frontal o esfenoidal				
Cualquier edad inmunodeprimidos o con patología de base	Amoxicilina-clavulánico VO	80-90	3	7
Cualquier edad con celulitis preseptal leve concomitante				
Sin respuesta a amoxicilina				
>2 años y/o maxilar	Amoxicilina VO	80-90	3	7
Ingreso				
Con complicación intracraneal	Ceftriaxona IV + Metronidazol IV	100  40	1-2  3	4 semanas IV + 2 semanas VO Nº total 6 semanas (valorar 8 semanas si abscesos múltiples o no drenados)

	Antibiótico Vía de administración	Dosis (mg/kg/día)	Número dosis/día	Nº días (recomendado) <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días Observaciones
--	--------------------------------------	----------------------	---------------------	--

INFECCIÓN URINARIA <sup>1</sup>				
No ingreso				
<b>CISTITIS</b>	Fosfomicina cálcica VO (< 15 años)	100	3	3-5
	Fosfomicina trometamol VO <td>3 gramos</td> <td>1</td> <td>1</td>	3 gramos	1	1
<b>PIELONEFRITIS</b>	<b>&gt;3 meses</b>	Cefixima VO	8	1
Ingreso (PIELONEFRITIS)				
<b>RNT ≤ 7<sup>2</sup> días ≥ 2 Kg</b>	Ampicilina IV + Gentamicina <sup>3</sup> IV o Cefotaxima <sup>4</sup> IV	150	3	
		4	1	
		100	2	
<b>8 d - 1<sup>2</sup> mes</b>	Ampicilina IV + Gentamicina <sup>3</sup> IV o Cefotaxima <sup>4</sup> IV	150	3	
		5	1	
		150	3	
<b>1-3 meses</b>	Ampicilina IV + Gentamicina <sup>3</sup> IV o Cefotaxima <sup>4</sup> IV	200	4	
		5-7,5	1	
		150	3-4	
<b>&gt; 3 meses</b>	Gentamicina <sup>3</sup> IV o Ceftriaxona <sup>4</sup> IV	5-7,5	1	
		75	1-2	

[1] En lactantes menores de 12 meses se recomienda tratar las infecciones de orina sin fiebre como una pielonefritis. Para tratamiento empírico evitar usar amoxicilina/amoxicilina-clavulánico o cefalosporinas de 1<sup>a</sup> G (ver tasa de resistencias).

[2] Estas dosis siempre que se haya descartado una infección del sistema nervioso central (meningitis). Si la punción lumbar es patológica o no se ha podido realizar, se deberá utilizar dosis meníngeas (ver tabla de dosificación).

[3] Precisa monitorización.

[4] Usar cefalosporina 3<sup>a</sup> generación en vez de gentamicina en caso de insuficiencia renal, antecedente de uropatía o siempre que no se pueda descartar infección del sistema nervioso central (meningitis).

[5] Si nefronía focal aguda/absceso renal: duración 14-21 días.

1-2 IV + 6-8 VO  
Nº total 7-10<sup>5</sup>

	<b>Antibiótico Vía de administración</b>	<b>Dosis (mg/kg/día)</b>	<b>Número dosis/día</b>	<b>Nº días (recomendado)</b> <u>Si ingreso:</u> días IV + días VO Nº total de días <b>Observaciones</b>
<b>INFECCIÓN POR VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL</b>				
<b>Ingreso</b>				
	Cefotaxima IV + Vancomicina <sup>1</sup> IV	300 45-60	3 4	7

[1] Precisa monitorización.

**Tabla I. Profilaxis antitetánica.** En caso de lactantes <6 meses es importante conocer la historia materna de inmunización antitetánica.

	Herida limpia, pequeña	Resto de heridas		
Inmunización para témanos	Vacuna	Inmunoglobulina	Vacuna	Inmunoglobulina
Desconocida o <3 dosis	Sí	No	Sí	Sí <sup>1</sup>
≥3 dosis	No, a no ser que hayan pasado más de 10 años desde última dosis (no necesario si ≥5 dosis)	No	No, a no ser que hayan pasado más de 5 años desde última dosis (10 años en caso de ≥5 dosis)	No (sólo en caso de heridas de alto riesgo: grandes zonas desvitalizadas o gran cantidad de material que pudiera contener esporas; también en inmunodeprimidos)

[1] Dosis de inmunoglobulina antitetánica: 250 UI intramuscular (independientemente de peso y edad).

**Tabla II. Niveles plasmáticos de fármacos.**

	Tiempo de monitorización	Hora de monitorización	Rango terapéutico	Recogida de muestra
VANCOMICINA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antes de la 4<sup>a</sup> dosis tras inicio de tratamiento o tras cambio de dosis.</li> <li>Sin cambio de dosis: 1 vez/semana en pacientes estables, 2 veces/semana en pacientes críticos.</li> </ul>	VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis	Valle: 6-15 mg/L En infecciones de SNC, osteoarticular o neumonía recomendable niveles > 10 mg/L. Para el resto de infecciones recomendable ≥7.	Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)

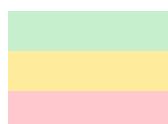
	<b>Tiempo de monitorización</b>	<b>Hora de monitorización</b>	<b>Rango terapéutico</b>	<b>Recogida de muestra</b>
<b>AMIKACINA</b>	<p><b>Dosificación con ampliación de intervalo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar en la segunda dosis tras inicio de tratamiento o tras cambio de dosis.</li> <li>Sin cambio de dosis: 1 vez/semana en pacientes estables, 2 veces/semana en pacientes críticos.</li> </ul>	<p>Dosificación con ampliación de intervalo: VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis. PICO: 30 minutos después de finalizar la infusión de 30 minutos</p>	<p>Pico: 25-35 mg/L. En pacientes Uci, neutropénico, infección origen pulmonar: 35-60 mg/L. Valle: &lt; 2 mg/L</p>	<p>Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)</p>
<b>GENTAMICINA</b>	<p><b>Dosificación con ampliación de intervalo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar en la segunda dosis tras inicio de tratamiento o tras cambio de dosis.</li> <li>Sin cambio de dosis: 1 vez/semana en pacientes estables, 2 veces/semana en pacientes críticos.</li> </ul>	<p>Dosificación con ampliación de intervalo: VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis. PICO: 30 minutos después de finalizar la infusión de 30 minutos</p>	<p>Pico: 10-30 mg/L Valle: &lt; 1 mg/L</p>	<p>Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)</p>
<b>TOBRAMICINA</b>	<p><b>Dosificación con ampliación de intervalo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar en la segunda dosis tras inicio de tratamiento o tras cambio de dosis.</li> <li>Sin cambio de dosis: 1 vez/semana en pacientes estables, 2 veces/semana en pacientes críticos.</li> </ul>	<p>Dosificación con ampliación de intervalo: VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis. PICO: 30 minutos después de finalizar la infusión de 30 minutos</p>	<p>Pico: 15-30 mg/L Valle: &lt; 1 mg/L</p>	<p>Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)</p>

	<b>Tiempo de monitorización</b>	<b>Hora de monitorización</b>	<b>Rango terapéutico</b>	<b>Recogida de muestra</b>
<b>VORICONAZOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar a los 7 días del inicio de tratamiento o del cambio de dosis.</li> <li>Debido a la alta variabilidad interindividual en pediatría se debería monitorizar regularmente en tratamientos crónicos aunque no se haya modificado la dosis.</li> </ul>	VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis	Profilaxis y tratamiento Valle: 1-6 mg/L (óptimo 2-5 mg/L)	Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)
<b>POSACONAZOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar a los 7 días del inicio de tratamiento o del cambio de dosis.</li> <li>Debido a la alta variabilidad interindividual en pediatría se debería monitorizar regularmente en tratamientos crónicos aunque no se haya modificado la dosis.</li> </ul>	VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis	Profilaxis: Valle: >0,7 mg/L Tratamiento: Valle: >1 mg/L	Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)
<b>ITRACONAZOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar a los 7 días del inicio del tratamiento o del cambio de dosis.</li> </ul>	VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis	Profilaxis: Valle: 0,5-4 mg/L Tratamiento: Valle: 1-4 mg/L	Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)
<b>ISAVUCONAZOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorizar a los 7 días del inicio del tratamiento o tras 4-5 días tras cambio de dosis.</li> </ul>	VALLE: 5-30 minutos antes de la dosis	Valle: 2,5-5 mg/L	Suero, Bioquímica Gold Corto Fármacos (Tubo amarillo o marrón)

**Tabla III. Tablas sensibilidad 2023 Hospital Infantil Universitario Niño Jesús**

Paciente sin antecedentes: pacientes previamente sanos cuyo origen es urgencias, pediatría hospitalaria, consultas externas (excluida gastroenterología) o servicios quirúrgicos.

Pacientes con antecedentes: pacientes con fibrosis quística, cuidados intensivos pediátricos, oncología, cuidados paliativos o gastroenterología.



Más del 90% de las cepas sensibles.

Entre el 80% y el 90% de las cepas sensibles.

Menos o igual del 80% de las cepas sensibles.

Los puntos de corte utilizados para la elaboración de estas tablas son los establecidos por EUCAST (Versión 10.0, 2020. <http://www.eucast.org>).

Los datos reflejados en las tablas indican porcentajes de cepas sensibles procedentes de muestras clínicas, de las que se han excluido los cultivos de vigilancia.

Los porcentajes de sensibilidad representan la suma de aislados S (sensibles a dosis estándar) e I (sensibles a exposición incrementada) siguiendo criterios de EUCAST.

En el caso de aislamiento de *P. aeruginosa* y *S. aureus*, se han segregado los aislamientos procedentes de pacientes con fibrosis quística.

## Enterobacterias

	<i>E. coli</i>	<i>K. pneumoniae</i>	<i>K. oxytoca</i>	<i>Enterobacter spp</i>	<i>Proteus mirabilis</i>
	n=455	n=66	n=28	n=27	n=58
Ampicilina	<b>45</b>	0	0	0	<b>69</b>
Amoxicilina-clavulánico (ITU)	<b>79</b>	<b>59</b>	<b>96</b>	0	<b>90</b>
Amoxicilina-clavulánico	<b>56</b>	<b>48</b>	<b>93</b>	0	<b>86</b>
Cefuroxima - axetilo (ITU)	<b>90</b>	<b>54</b>	<b>93</b>	<b>59</b>	<b>98</b>
Cefuroxima sódica	<b>90</b>	<b>54</b>	<b>93</b>	<b>48</b>	<b>97</b>
Cefotaxima	<b>94</b>	<b>54</b>	<b>96</b>	<b>85</b>	<b>98</b>
Ertapenem	<b>100*</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>
Ciprofloxacino	<b>88</b>	<b>51</b>	<b>93</b>	<b>89</b>	<b>90</b>
Gentamicina	<b>93</b>	<b>70</b>	<b>96</b>	<b>89</b>	<b>95</b>
Fosfomicina	<b>99</b>	<b>65</b>	<b>39</b>	<b>41</b>	<b>79</b>
Nitrofurantoína (ITU)**	<b>100</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	0
% BLEE	<b>6</b>	<b>46</b>	<b>4</b>		<b>2</b>
% EPC	0	<b>17</b>	0	<b>1</b>	0

\* Un *E. coli* resistente a ertapenem sin carbapenemasa en hemocultivo

\*\*Antiséptico urinario

## Bacilos gramnegativos no fermentadores

	<i>H. influenzae</i> (n=219)
Ampicilina*	83
Cefotaxima	100
Azitromicina	99

\* por producción de betalactamasa

	<i>P. aeruginosa</i> (n=133)	<i>P. aeruginosa</i> FQ(n=27)
Ceftazidima	94	70
Cefepime	92	41
Piperacilina-tazobactam	93	67
Imipenem	92	85
Meropenem	98	89
Amikacina	97	44
Tobramicina	95	70
Ciprofloxacino	86	52

FQ: aisladas en esputo de pacientes con fibrosis quística

## Grampositivos

	<i>S. pneumoniae</i> (n=99)	<i>S. pyogenes</i> (n=217)
Penicilina	100	
Cefotaxima	100	
Eritromicina*	67	100
Clindamicina*	67	100
Levofloxacino*	100	

\*n=21 en *S. pneumoniae*

\*n= 15 en *S. pyogenes*

	<i>E. faecalis</i> (n=59)
Ampicilina	<b>100</b>
Vancomicina	<b>100</b>
Linezolid	<b>100</b>
Sinergia Gentamicina*	<b>80</b>

6 aislados en hemocultivos, todos sensibles

	<i>S. aureus</i> (n=269)	<i>S. aureus</i> FQ (n=55)
Cloxacilina	<b>89</b>	<b>95</b>
Eritromicina	<b>73</b>	<b>53</b>
Clindamicina	<b>77</b>	<b>58</b>
Linezolid	<b>100</b>	<b>98</b>
Daptomicina	<b>100</b>	<b>100</b>
Vancomicina	<b>100**</b>	<b>100*</b>
Cotrimoxazol	<b>96</b>	<b>98</b>

FQ: aisladas en esputo de pacientes con fibrosis quística

\*4 % CIM : 2 ug/ml

\*\*1% CMI: 2ug/ml

## *S. aureus* resistente a meticilina

	Estafilococo coagulasa negativo (n=133)
Cloxacilina	<b>38</b>
Eritromicina	<b>38</b>
Clindamicina	<b>56</b>
Linezolid	<b>99</b>
Daptomicina	<b>100</b>
Vancomicina	<b>100</b>
Cotrimoxazol	<b>60</b>

**DOSIS PARA NEONATOS CON PESO SUPERIOR DE 2.000 gramos**

ANTIMICROBIANO	DOSIS NEONATAL RECOMENDADA
----------------	----------------------------

<b>AMPICILINA IV</b>	Dosis general	≤ 28 días	50 mg/Kg/dosis c/8 horas
		29-60 días	50 mg/Kg/dosis c/6 horas
	Meningitis	≤ 7 días	300 mg/Kg/día c/8horas
		>7 días	300 mg/Kg/día c/6 horas
<b>GENTAMICINA IV</b>	Dosis general ≥ 35 semanas edad gestacional	≤ 7 días	4 mg/Kg/dosis c/24 horas
		8-60 días	5 mg/Kg/dosis c/24 horas
<b>CEFOTAXIMA IV</b>	Dosis general	≤ 7 días	50 mg/Kg/dosis c/12 horas
		8-28 días	50 mg/Kg/dosis c/8 horas
		29-60 días	50 mg/Kg/dosis c/6 horas
	Meningitis	≤ 7 días	100-150 mg/Kg/día c/8-12 horas
		>7 días	150-200 mg/Kg/día c/6-8 horas
<b>CLOXACILINA</b>	Dosis general	≤ 7 días	75 mg/Kg/día c/12 h
		> 7 días	100 mg/Kg/día c/12h
<b>VANCOMICINA IV</b>	Dosis general 37-45 semanas edad postmenstrual	≤ 7 días:	15 mg/Kg/dosis c/12 horas
		> 7 días:	15 mg/Kg/dosis c/8 horas
	Meningitis	≤ 7 días	20-30 mg/Kg/día c/8-12 horas
		> 7 días	30-45 mg/Kg/día c/6-8 horas
<b>ACICLOVIR IV</b>	Herpes virus simple	20 mg/Kg/dosis c/8 horas	

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
<b>ACICLOVIR<sup>2</sup> VO</b>	Niños <12 años: 40-80 mg/Kg/día en 3 o 4 dosis  Niños ≥ 12 años y adolescentes: 200 mg- 800 mg/dosis en 3-5 dosis	800 mg/dosis  Niños <12 años: 3,2 g/día  Niños ≥ 12 años y adolescentes: 4 g/día
<b>ACICLOVIR<sup>2</sup> IV</b>	Lactante, niño: 10-15-mg/Kg/dosis c/8 horas  Adolescente: 10 mg/Kg/dosis c/8 horas	Lactante, niño: 60 mg/kg/día  Adolescente: 30 mg/Kg/día
<b>AMIKACINA<sup>3</sup> IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente:  Régimen clásico 15-22,5 mg/Kg/día c/8 horas  o  Intervalo extendido 15-20 mg/Kg/dosis c/24 horas	1,5 g/día  En pacientes con fibrosis quística se podría alcanzar 30 mg/kg/día c/24 horas
<b>AMOXICILINA VO</b>	Lactantes ≤3 meses:25-50 mg/Kg/día c/8 horas (en neonatos y<2 meses no superar 30 mg/Kg/día c/12 h)  Lactantes > 3 meses, niños y adolescentes: 25-90 mg/Kg/día c/8 horas (dosis del rango superior se pueden administrar c/12 horas)	-  6 g/día  En infecciones graves se podría llegar a 100 mg/kg/día

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
----------------	------------------------------	---------------------------

<b>AMOXICILINA-AC CLAVULÁNICO VO</b> Dosis expresadas en amoxicilina	Niños < 40 Kg: 40-90 mg/Kg/día c/8 horas Niños > 40 Kg: 500-1000 mg/8 horas	3 g amoxicilina/día 15 mg/kg/día o 375 mg/día clavulánico  Para dosis superiores de 40 mg/kg/día de amoxicilina se recomienda utilizar presentaciones 7:1 u 8:1
<b>AMOXICILINA-AC CLAVULÁNICO IV</b> Dosis expresadas en amoxicilina	Lactantes <3 meses o <4Kg: 50 mg/Kg/dosis c/12 horas  Lactantes ≥ 3 meses y niños <40 Kg: 100-150 mg/Kg/día c/8 horas  Niños y adolescentes >40 Kg: 1.000 – 2.000 mg/dosis c/8-12 horas	6 g/día amoxicilina  600 mg/día clavulánico
<b>AMPICILINA IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 50-200 mg/Kg/día c/6 horas  Infecciones graves: 300-400 mg/Kg/día c/4-6 horas	8 g/día  12 g/día
<b>ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPIDICO IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 3-5 mg/Kg/día c/24 horas	-
<b>ANFOTERICINA B LIPOSOMAL IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 3-5 mg/Kg/día c/24 horas	-
<b>AZITROMICINA VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 10 mg/kg/dosis c/24 horas por 3 días	500 mg/dosis

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
<b>BENCILPENICILINA (PENICILINA G) IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 100.000-400.000 UI/kg/día c/4-6 horas	2 millones UI/dosis 24 millones UI/día
<b>BENCILPENICILINA-BENZATINA IM</b>	Niños ≤ 30 Kg: 1.200.000 UI dosis única  Niños > 30 Kg: 600.000 UI dosis única  <u>Sífilis:</u> Niños: 50.000 UI/kg dosis única  Adolescentes: 2.400.000 UI dosis única	2.400.000 UI/día
<b>CASPOFUNGINA IV</b>	Lactante ≥ 3 meses, niño y adolescente: 70 mg/m <sup>2</sup> /día c/24 horas 1 <sup>er</sup> día, seguido de 50 mg/m <sup>2</sup> /día c/24 horas a partir del 2º día  Lactantes < 3 meses: 25 mg/m <sup>2</sup> /día c/24 horas	70 mg/día
<b>CEFACLOR VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 20-40 mg/Kg/día c/8-12 horas	1.000 mg/día
<b>CEFALEXINA VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 25 -100 mg/Kg/día c/6-8-12 horas	4 g/día
<b>CEFADROXILO VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 30 mg/Kg/día c/12 horas Infección osteoarticular: 60-90 mg/Kg/día c/8-12 h	4 g/día
<b>CEFAZOLINA IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 25 -100 mg/Kg/día c/6-8 horas Infección osteoarticular: 150 mg/Kg/día	2.000 mg/dosis 6 g/día en infección moderada 12 g/día en infección grave

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
----------------	------------------------------	---------------------------

<b>CEFEPIME IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 50 mg/Kg/dosis c/8-12 horas	2000 mg/dosis 6 g/día
<b>CEFIXIMA VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 8 mg/Kg/día c/12-24 horas	12 mg/kg/día (niños <12 años) 400 mg/día (niños ≥12 años)
<b>CEFOTAXIMA IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 150-300 mg/Kg/día c/6-8 horas (c/4 horas en infecciones graves)	2.000 mg/dosis 8 g/día 12 g/día (infecciones graves)
<b>CEFOXITINA IV/IM</b>	Lactante ≥ 3 meses, niño y adolescente: 80-160 mg/Kg/día c/4-6 horas (c/8 horas en infección moderada)	2.000 mg/dosis 12 g/día
<b>CEFTAZIDIMA IV/IM</b>	Lactantes, niños y adolescentes: 90-150 mg/Kg/día c/8 horas  En infecciones graves se puede alcanzar: 300 mg/kg/día	Lactantes y niños<40 Kg: 6 g/día  Niños y adolescentes >40 Kg: 9 g/día
<b>CEFTRIAXONA IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 50-100 mg/Kg/día c/12-24 horas	4 g/día
<b>CEFUROXIMA IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 50-200 mg/Kg/día c/6-8 horas	1500 mg/dosis 6 g/día
<b>CEFUROXIMA AXETILO VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 20-30 mg/Kg/día c/12 horas	3 g/día

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
<b>CIPROFLOXACINO VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 20-40 mg/Kg/día c/12 horas	750 mg/dosis
<b>CIPROFLOXACINO IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 20-30 mg/Kg/día c/12 horas  En infecciones graves puede llegar a administrarse c/8 horas	400 mg/dosis
<b>CLARITROMICINA VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 15 mg/Kg/día c/12 horas	500 mg/dosis
<b>CLINDAMICINA VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 10-40 mg/Kg/día c/6-8 horas	1,8 g/día
<b>CLINDAMICINA IV/IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 20-40 mg/Kg/día c/6-8 horas	2,7 g/día (En infecciones graves se han administrado hasta 4,8 g/día)
<b>CLOXACILINA VO</b>	Niños y adolescentes: 50-100 mg/Kg/día c/6 horas	4 g/día
<b>CLOXACILINA IV</b>	Lactante ≥ 2 meses, niño y adolescente: 100-200 mg/4-6 horas	2.000 mg/dosis 12 g/día

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
<b>COTRIMOXAZOL (trimetoprim-sulfametoxazol) VO</b> Dosis expresadas en trimetoprim	Lactante ≥ 2 meses, niño y adolescente: 6-20 mg/Kg/día c/6-8-12 horas	160 mg/dosis
<b>COTRIMOXAZOL (trimetoprim-sulfametoxazol) IV</b> Dosis expresadas en trimetoprim	Lactante ≥ 2 meses, niño y adolescente: 6-20 mg/Kg/día c/6-12 horas	320 mg/día
<b>ERITROMICINA VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 30-50 mg/Kg/día c/6-8 horas	4 g/día
<b>ERITROMICINA IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 15-50 mg/Kg/día c/6 horas	4 g/día
<b>FENOXI METILPENICILINA (PENICILINA V) VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 25-50 mg/Kg/día c/6 horas  Faringoamigdalitis por <i>Streptococcus</i> grupo A: Niños < 27 Kg: 250 mg/12 horas Niños ≥ 27 Kg: 500 mg/12 horas	3 g/día
<b>FLUCONAZOL VO/IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 6-12 mg/Kg/dosis c/24 horas día 1 <sup>er</sup> seguido de 3-12 mg/Kg/dosis c/24 horas a partir 2º día	800 mg/día
<b>FOSCARNET IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 120-180 mg/Kg/día c/8-12 horas	180 mg/kg/día

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
----------------	------------------------------	---------------------------

<b>FOSFOMICINA (SAL CÁLCICA) VO</b>	Lactante: 150-300 mg c/8 horas o 33-66 mg/Kg/dosis c/8h Niños > 1 año: 250-500 mg c/8horas	3 g/día
<b>FOSFOMICINA IV</b>	Lactante, niño y adolescente: <10 Kg: 200-300 mg/Kg/día c/8 horas 10-40 Kg: 200-400 mg/Kg/día c/6-8 horas >40 Kg: 12-16 g/día c/8-12 horas	8 g/dosis 16 g/día En situaciones de infección grave y/o microorganismos con susceptibilidad reducida se han usado hasta 24 g/día
<b>GANCICLOVIR IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 5 mg/Kg/dosis c/12 horas	-
<b>GENTAMICINA<sup>3</sup> IM</b>	Lactante, niño y adolescente: 6-7,5 mg/Kg/día c/8 horas	-
<b>GENTAMICINA<sup>3</sup> IV</b>	<u>Dosificación convencional:</u> Lactante, niño y adolescente: 6-7,5 mg/Kg/día c/8 horas <u>Dosificación intervalo ampliado:</u> Lactante, niño y adolescente 5-7,5 mg/Kg/dosis c/24 horas Fibrosis quística 7,5-10 mg/Kg/dosis c/24 horas Precisa monitorización de niveles en sangre	-
<b>ITRACONAZOL VO</b>	Lactante, niño y adolescente: 5-10 mg/Kg/día c/12 horas Precisa monitorización de niveles en sangre	400 mg/día

**DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS**

<b>ANTIMICROBIANO</b>	<b>DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA</b>	<b>DOSIS MÁXIMA<sup>1</sup></b>
<b>LEVOFLOXACINO VO/IV</b>	Lactantes ≥ 6 meses y niños <5 años: 20 mg/Kg/día c/12 horas  Niños ≥ 5 años y adolescentes: 10 mg/Kg/día c/24 horas	750 mg/día
<b>LINEZOLID VO/IV</b>	Lactantes y niños <12 años: 30 mg/Kg/día c/8 horas  Niños ≥12 años y adolescentes: 600 mg/12 horas	600 mg/dosis  1,2 g/día
<b>MEROPENEM IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 20 mg/Kg/dosis c/8 horas  Meningitis y fibrosis quística: 40 mg/Kg/dosis c/8 horas  En infección grave valorar administración en perfusión extendida de 3 horas	2000 mg/dosis  6 g/día
<b>METRONIDAZOL VO</b>	Lactante, niño, adolescente: 20-30 mg/Kg/día c/6-8 horas	2.250 mg/día
<b>METRONIDAZOL IV</b>	Lactante, niño, adolescente: 22,5-40 mg/Kg/día c/6-8 horas	4 g/día
<b>PIPERACILINA- TAZOBACTAM IV</b>	Lactante, niño y adolescente: 300-400 mg piperacilina/Kg/día c/6-8 horas  En infección grave valorar administración en perfusión extendida de 4 horas	16 g/día

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
RIFAMPICINA VO/IV	Lactante, niño y adolescente: 10-20 mg/Kg/día c/12-24 h.	600 mg/dosis 1200 mg/día
TEICOPLANINA IV/IM	Lactante ≥ 2 meses y niños ≤12 años: 10 mg/Kg/dosis c/12 horas por 3 dosis seguido de 6-10 mg/Kg/dosis c/24 horas  Niños >12 años y adolescentes: 6-12 mg/Kg/dosis c/12 horas por 3 dosis seguido de 6-12 mg/Kg/dosis c/24 horas  Precisa monitorización de niveles en sangre	400 mg
TOBRAMICINA IM	Lactante, niño y adolescente: 6-7,5 mg/Kg/día c/8 horas	-
TOBRAMICINA IV	<u>Dosificación convencional:</u> Lactante, niño y adolescente: 6-7,5 mg/Kg/día c/8 horas  <u>Dosificación intervalo ampliado:</u> Lactante, niño y adolescente 5-7,5 mg/Kg/dosis c/24 horas  Fibrosis quística 10-12 mg/Kg/dosis c/24 horas  Precisa monitorización de niveles en sangre	-
VANCOMICINA IV	Lactante, niño y adolescente: 45-70 mg/Kg/día c/6-8 horas  Dosis ≥15 mg/kg/dosis perfundir en 2 horas  Precisa monitorización de niveles en sangre	4 g/día

## DOSIS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

ANTIMICROBIANO	DOSIS PEDIÁTRICA RECOMENDADA	DOSIS MÁXIMA <sup>1</sup>
----------------	------------------------------	---------------------------

<b>VORICONAZOL VO</b>	<p>Lactante y niño &lt;12 años: 9 mg/Kg/dosis c/12 horas</p> <p>Niño ≥12 años-≤ 14 años: &lt;50Kg: 9 mg/Kg/dosis c/12 horas ≥ 50 Kg: 400 mg/12 horas el 1<sup>er</sup> día seguido de 200 mg/12 horas</p> <p>Adolescentes ≥15 años: &lt;40 kg: 100 mg/12 horas; ≥40 kg: 200 mg/12 horas</p> <p>Precisa monitorización de niveles en sangre</p>	350 mg/dosis
<b>VORICONAZOL IV</b>	<p>Lactante y niño &lt;2 años: 9 mg/Kg/dosis c/12 horas</p> <p>Niño 2-&lt;12 años: 9 mg/Kg/dosis c/12 horas día 1 seguido de 8 mg/Kg/dosis c/12 horas</p> <p>Niños ≥ 12 años-≤ 14 años: &lt;50 Kg: 9 mg/Kg/dosis c/12 horas 1<sup>er</sup> día seguido de 4-8 mg/Kg/dosis c/12 horas</p> <p>50 Kg y adolescentes ≥15 años: 6 mg/Kg/dosis c/12 horas 1<sup>er</sup> día seguido de 3-4 mg/Kg/dosis c/12 horas</p> <p>Precisa monitorización de niveles en sangre</p>	-

[1] En infecciones graves, localizaciones de difícil acceso o microorganismos con CMI elevada, bajo recomendación de un experto en infecciosas algunas de estas dosis podrían superarse).

[2] En pacientes obesos utilizar peso ideal para dosificación.

[3] La dosis se basa en el peso actual del paciente. Si es mayor de un 20% de su peso ideal, la dosificación se hará por el peso de dosificación: Peso dosificación: peso ideal + 0,4 (peso actual-peso ideal).