



RESOLUCIÓN EXTA. N° 11690

TEMUCO,

04 DIC. 2024

VISTOS; estos antecedentes:

- 1.- Resolución Exenta N°4575 de fecha 31.05.2023 que aprobó el documento: "Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 01, marzo 2023";
- 2.- Documento: "Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 02, noviembre 2024";
- 3.- Solicitud verbal de doña Teresa Galdames Castillo, Enfermera Encargada del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, solicitando dejar sin efecto Resolución Exenta N°4575 de fecha 31.05.2023 que aprobó el documento: "Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 01, marzo 2023" y, aprobar, mediante Resolución Exenta de la Dirección del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, el documento: "Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 02, noviembre 2024", del referido centro asistencial.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, el artículo 23 del D.S. N°38/05, que fija el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, señala que corresponderá al director las funciones de dirección, organización y administración del Establecimiento Autogestionado;
- 2.- Que, de acuerdo con lo establecido en la letra c) del artículo 23 del indicado Reglamento, el director tiene especialmente -entre otras atribuciones- la de organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y asignar las tareas correspondientes, conforme a la Ley, al citado Reglamento y acorde a las políticas y normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta al respecto;
- 3.- Que, para dar cumplimiento a los requisitos de forma solicitados por el instrumento de Acreditación de Prestadores Institucionales y, de acuerdo a lo señalado precedentemente, es necesario dejar sin efecto Resolución Exenta N°4575 de fecha 31.05.2023 que aprobó el documento: "Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 01, marzo 2023" y, aprobar, mediante Resolución Exenta de la Dirección del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, el documento: "Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 02, noviembre 2024", del referido centro asistencial.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

- 1.- D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija-entre otros-el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763/79 que crea los Servicios de Salud;
- 2.- El D.S. N°140/04, del Ministerio de Salud, que reglamenta los Servicios de Salud;
- 3.- El D.F.L. N°1/19.414/97, del Ministerio de Salud, que separa los Servicios de Salud en Araucanía Norte y Araucanía Sur;

HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA

UNIDAD ASESORÍA JURÍDICA

Manuel Montt 115, Temuco – Teléfono: 45-2558723 – 45-2559306 - www.hhha.cl

- 4.- La Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;
- 5.- El D.S. N°38/05, del Ministerio de Salud, que fija el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red y el D.S. N°03/06, del referido Ministerio, que lo modifica;
- 6.- La Resolución Exta. N°369/08.03.06, que otorga la Calidad de Establecimiento de Autogestión en Red al Hospital Regional de Temuco, Dr. Hernán Henríquez Aravena;
- 7.- La Resolución Exenta N°23.952 de fecha 03.10.2024, de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, que encomendó funciones de Director Subrogante del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, a don Vicente Arévalo Gajardo, a contar del 01.10.2024 y hasta el 31.12.2024;
- 8.- La Resolución N°7 de 2019, de la Contraloría General de la República;
- Dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1.- DÉJASE SIN EFECTO Resolución Exenta N°4575 de fecha **31.05.2023** que aprobó el documento: **"Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 01, marzo 2023."**

2.- APRUÉBASE documento: **"Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, versión 02, noviembre 2024"**, que se adjunta a la presente resolución y se entiende formar parte integrante de ella.

3.- NOTIFIQUESE la presente Resolución a doña Teresa Galdames Castillo, Enfermera Encargada del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, remitiéndoles copia íntegra de la misma y del referido documento.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

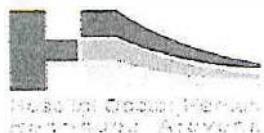


VAG/TG/XOB/VV
Distribución

- * Dirección HHAA.
- * SDM HHAA.
- * Unidad de Infectología
- * Servicio de Urgencia Adultos
- * Unidad de IAS
- * UPC Adulto y Cardiovascular
- * Jefes de CC. RR. del HHAA.
- * Depto. Calidad y Seguridad del Paciente
- * U. Asesoría Jurídica
- * Of. Partes- Archivo

HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA
UNIDAD ASESORÍA JURÍDICA

Manuel Montt 115, Temuco – Teléfono: 45-2558723 – 45-2559306 - www.hha.cl



Código	GU-ATM-0323
Versión	02
Vigencia	Noviembre 2029

Página 1 de 55

Guía clínica uso de Antimicrobianos en pacientes no críticos/críticos en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
 Dra. Carolina Chahin Añanía Infectóloga, Jefa Unidad Inferología		
 Dr. Gonzalo Rivera Mendoza Infectólogo, Jefe Unidad IAAS		
 Dra. Carla Concha Fuentes Infectóloga, Encargada PROA		
 QF. Sandra Torres Pérez Secretaria Comité Antimicrobianos	Dr. Claudio Vega Cáceres Subdirector Médico (S)	Sr. Vicente Arévalo Gajardo Director (S)
Fecha de Elaboración	Fecha de Revisión	Fecha de Aprobación
Septiembre 2024	Noviembre 2024	Noviembre 2024

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 2 de 55			

Elaboradores versiones anteriores del documento:

Versión	Fecha elaboración	Elaboradores
01	Marzo 2023	Dra. Carolina Chahin, Infectóloga, Jefa Unidad de Infectología. Dra. Carla Concha Fuentes, Infectóloga, Encargada Programa Optimización antimicrobiano. Dr. Gonzalo Rivera Mendoza, Infectólogo, UPC Adulto. QF. Sandra Torres Pérez, Unidad de Paciente Crítico, Secretaría Comité Antimicrobianos.

Colaboradores:

Dra. Johanna Cabrera Quemener, Infectóloga adulto.
Dr. Mario Oñat Godoy, Infectólogo adulto.
Dra. Carolina Cerda Valenzuela, Infectóloga pediátrica
Dra. María José Alegria Pavez, Médico pediatra.
QF Camila Figueroa Valdebenito, Químico Farmacéutico.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 4 de 55			

1. Objetivo.

Objetivo general:

Estandarizar el uso de antimicrobianos según tipo de patología y condición del paciente, basado en la realidad local y evidencia científica actualizada.

Objetivos específicos:

- Definir el esquema antimicrobiano, más adecuado y de menor espectro, según las infecciones de origen comunitario, más frecuentes en el establecimiento.
- Contribuir a la disminución del uso inadecuado de antimicrobianos.

2. Alcance.

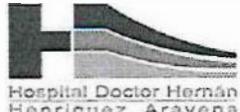
Este documento aplica como guía de tratamiento antimicrobiano para todo paciente usuario del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, especialmente aquellos con indicación de manejo de la patología infecciosa en forma hospitalizada o en vías de hospitalización.

3. Responsables

- Todo profesional de la salud facultado para la indicación de tratamientos antimicrobianos: debe cumplir con la presente guía.
- Médicos Infectólogos integrantes del Comité de antimicrobianos: Responsable de la actualización de la presente guía
- Médicos infectólogos del equipo del Programa Optimización Antimicrobianos local (PROA): Responsables de supervisar el cumplimiento de la presente guía.
- Unidad de IAAS: Responsables de supervisar el cumplimiento de la presente guía.

4. Documentación de Referencia.

- American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 200 Number 7 October 1, 2019.
- Análisis de datos de laboratorio, cultivos tomados por Servicios Clínicos (Medicina, Cirugía) 2020.
- Antibióticos intratecales en pacientes adultos Rev Chil Infect (2003); 20 (2): 89-98.

	 Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena				Código GU-ATM-0323 Versión 02 Vigencia Noviembre 2029
Página 5 de 55					

- Awdishu,L., Bouchard, J., Roberts,M.et al. Variability of antibiotic concentrations in critically ill patients receiving continuous renal replacement therapy. A multicenter pharmacokinetic study. Critical Care Medicine 2012; 40:1523-1528
- American Academy of Pediatrics. Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2024 Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics; 2024
- Clinical Infectious Diseases; 2012; 54: e132 -e173, <http://www.idsociety.org/Organ System/#Skin & Soft Tissue>.
- Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. Freifeld AG, Clinical Infectious Disease) 2011;52 (15 February) Freifeld et al.
- Cofré. J et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en pediatría. Rev Chilena Infectol 2019; 36 (4): 505-512
- Datos del Equipo PROA local.
- Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America.
- Guidelines Pneumonia. IDSA 2012 – IDSA 2019.
- Guidelines Influenza. IDSA 2018 – IDSA 2019.
- Guidelines Meningitis and Ventriculitis. IDSA 2017 – IDSA 2019.
- Gutierrez, V et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario en pediatría. Parte1. Rev Chilena Infectol 2022; 39 (2): 174-183
- Heintz,B., Matzke,G., Dager, W. Antimicrobial dosing concepts and recommendations for critically ill adults patients receiving continuous renal replacement therapy or Intermittent hemodialysis. Pharmacotherapy 2009; 29(5):562-577
- Herrera, T., Gutiérrez, C., Morán, M. y colaboradores. Uso de antimicrobianos para la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Manejo hospitalario adulto. Ministerio de salud 2024.
- Mang,L., Emily, M., Holubar, M. Comprehensive guidance for antibiotic dosing in obese adults. Pharmacotherapy 2017; 37(11):1415-1431
- Mattoo TK, Shaikh N, Nelson CP. Contemporary Management of Urinary Tract Infection in Children. Pediatrics. 2021;147(2): e2020012138

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 6 de 55			

- Meningitis Guidelines. Clinical Infectious Diseases, Volume 64, Issue 6, 15 March 2017, Pages e34-e65.
- Micromedex.<http://www.micromedexsolutions.com.laneproxy.stanford.edu/micromedex2/library>. Acceso Abril-Mayo 2019
- Neumonía aguda adquirida en la comunidad en adultos: Actualización de los lineamientos para el tratamiento antimicrobiano inicial basado en la evidencia local del Grupo de Trabajo de Sudamérica (ConsenSur II), www.sochinf.cl, Rev Chil Infect 2010; 27 (Supl 1): 9-38.
- Nosocomial Bacterial Meningitis Van de Beek, et al. *N Engl J Med.* 2010; 362: 146-154.
- Norma de Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 2016. MINSAL Chile.
- Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con endocarditis infecciosa, periodo 2003-2010 en el hospital de Temuco, Chile. Rev Med Chile 2012; 140: 1304-1311.
- Polso,A., Lassiter,J., Nagel,J. Impact of hospital guideline for weight-based antimicrobial dosing in morbidly obese adults and comprehensive literature review. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2014; 39:584-608
- Reardon, J., Tolin, t., Ensom, M. Vancomycin Loading Doses: A systematic review. Annals of Pharmacotherapy 2015; 49(5):557-565
- Resultados sobre estudio de resistencias antibiótica, Servicio de Laboratorio, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, 2019-2023.
- Rol de Metronidazol en la Infecciones por Clostridium difficile, 1288 • CID 2019:69 (15 October) Appaneal et al.
- Rybak, M., Lomaestro, B., Rotschafer, JC., et al. Therapeutic monitoring of vancomycin in adult patients: A consensus review of The American Society of Health-System Pharmacist, The Infectious Diseases Society of America and The Society of Infectious Diseases Pharmacist. Am J Health Syst Pharm 2009; 66(1):82-98
- Seyler,I., Cotton,F., Taccone,F.,et al. Recommended B-lactam regimens are inadequate in septic patients treated with continuous renal replacement therapy. Critical Care 2011; 15: R137
- The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2015) 36, 3075–3123.
- Red Book 2018-2019. Report of the Committee on Infectious Diseases. AAP. IL-USA.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 3 de 55			

Índice

1. Objetivo.	4
2. Alcance.	4
3. Responsables.	4
4. Documentación de Referencia.	4
5. Definiciones o Glosario.	7
6. Desarrollo.	8
a) Inicio del procedimiento:	8
b) Consideraciones:	8
c) Terapias sugeridas según patología infecciosa por sistemas, ver Tablas:	9
Tabla I.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas en pacientes adultos que NO requieren manejo en unidad de paciente crítico.	10
Tabla II.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas en pacientes adultos que requiere hospitalización en unidad de paciente crítico.	26
Tabla III.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas prevalentes en pacientes pediátricos.	37
7. Distribución.	39
8. Registro.	39
9. Indicador.	39
10. Control de cambios.	41
11. Anexos.	42
Anexo 1: Dosis de carga de Vancomicina.	42
Anexo 2: Uso de ATB en infusión continua.	43
Anexo 3: Ajuste de dosis en obesos mórbidos.	45
Anexo 4: Dosificación de Antimicrobianos en terapia de reemplazo renal (Hemofiltración venovenosa continua-Hemodiálisis venovenosa continua).	49
Anexo 5. Mediciones Niveles plasmáticos de Antimicrobianos	51
Anexo 6. Ajuste de antimicrobianos en ECMO, en pacientes sin falla renal*.	53
Anexo 7. Administración Antimicrobianos Intratecales	54
Anexo 8: Solicitud Antimicrobianos HHHA.	55

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 7 de 55			

- Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas. 7 Ed 2017-2018. OPS/OMS. Washington DC EUA.
- Tucker, C., Lockwood, A. and Nguyen,N. Antibiotic dosing in obesity: the search for optimum dosing strategies. Clinical Obesity 2014; 4:287-295

5. Definiciones o Glosario.

- **AET:** Aspirado endotraqueal.
- **ATB:** Antibiótico.
- **BLEE:** betalactamasas de espectro extendido.
- **BK:** Baciloscopía.
- **CAET:** Cultivo de aspirado endotraqueal.
- **CIM:** Concentración inhibitoria mínima.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **DU:** Dosis única.
- **EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- **EV:** endovenoso/a.
- **HHHA:** Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.
- **IAAS:** Infecciones asociadas a la atención de salud.
- **IF:** Inmunofluorescencia.
- **IM:** Intramuscular.
- **ISP:** Instituto Salud Pública.
- **ITU:** Infección del tracto urinario.
- **LCR:** Líquido cefalorraquídeo.
- **MASCC score:** Escala de riesgo de desarrollar infección para pacientes Neutropénicos.
- **mg:** Miligramos.
- **MO:** Microorganismo.
- **MR:** Meticilino resistente.
- **MS:** Meticilino sensible.
- **NAC:** Neumonía adquirida en la comunidad.
- **NAAS:** Neumonía asociada a la atención de salud.
- **RAN:** Recuento absoluto de neutrófilos.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 8 de 55			

- **PL:** Punción lumbar.
- **PA:** Peso corregido. Cálculo del peso ajustado a condiciones imperantes en pacientes críticamente enfermos. PA= Constante (C) x (Peso total – Peso ideal) + Peso ideal.
- **PAS:** Presión arterial sistólica.
- **PCR:** Reacción polimerasa en cadena.
- **PNC:** Penicilina.
- **PROA:** Programa de Optimización de antimicrobianos.
- **QT:** Quimioterapia.
- **SNC:** Sistema nervioso central.
- **SOCHINF:** Sociedad Chilena de infectología.
- **TAC:** Tomografía axial computarizada.
- **TMP:** Trimetropin.
- **UCI:** Unidad cuidados intensivos.
- **UPC:** Unidad paciente crítico, abarca UCI y UTI.
- **UTI:** Unidad cuidados intermedios.
- **VDVP:** Válvula derivativa ventrículo peritoneal.
- **VHS:** Virus Herpes Simple.
- **VO:** vía oral.

6. Desarrollo.

a) Inicio del procedimiento:

Indicación de tratamiento, frente a la sospecha o confirmación de un cuadro infeccioso de origen bacteriano, fúngico o viral (con terapia disponible) en un paciente usuario de HHHA.

b) Consideraciones:

- Esta guía está orientada al inicio de tratamiento, según patología, considerando tratamientos empíricos y ajustados por etiología en algunos casos, mencionando en forma explícita la duración del mismo.
- Distingue las terapias para pacientes adultos (hospitalización en UPC y en servicios clínicos no críticos) y pediátricos.
- Previo al inicio de la terapia DEBE evaluar:

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 9 de 55			

- Si existe evidencia o alta sospecha de infección, para considerar la prescripción del antimicrobiano.
- Realizar estudio microbiológico, tomando previamente las muestras para cultivo, que permitan identificar el foco y agente causal.
- Verificar si la infección es de adquisición comunitaria o IAAS.
- Iniciar el tratamiento, basado en la presente guía, con el antimicrobiano sugerido, dosis recomendada (verificar función renal), vía de administración y duración. Lo anterior, puede variar durante la evolución del paciente, según la respuesta clínica y otros factores.
- La prescripción del/los antimicrobiano/s debe realizarse, en la "Solicitud de Antimicrobianos HHHA" (Anexo 8). Los antimicrobianos restringidos deben ser autorizados para la continuidad de la terapia por médico especialista infectólogo/a, luego de 4 días en el caso de pacientes adultos, 3 días en adultos de UPC y en pacientes pediátricos.
- Durante el tratamiento se DEBE evaluar: necesidad de mantener, suspender o realizar ajuste del antimicrobiano:
 - En base a resultados del estudio microbiológico.
 - Condición clínica del paciente, gravedad, comorbilidades, función renal, etc.
 - Otros exámenes de respuesta inflamatoria disponibles.
- Se debe mantener el antimicrobiano por el tiempo estipulado en la presente guía y solicitar reevaluación por especialista infectólogo/a, si se estima la necesidad de prolongar la duración del tratamiento.

c) Terapias sugeridas según patología infecciosa por sistemas, ver Tablas:

- I.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas en pacientes adultos que NO requiere manejo en Unidad de Paciente Crítico.
- II.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas en pacientes adultos que requiere manejo en Unidad de paciente Crítico.
- III.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas prevalentes en pacientes pediátricos

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 10 de 55			

Tabla I.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas en pacientes adultos que NO requieren manejo en unidad de paciente crítico.

INFECCIONES RESPIRATORIAS				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Neumonía comunitaria que requiere hospitalización	Ampicilina/subbactam 3 g c/6-8 horas EV o Ceftriaxona 2 g/día EV + Clarithromicina 500 mg c/12 h (en caso de sospecha de neumonía atípica) (*) Agregar a esquemas anteriores Oseltamivir 75 mg c/12 h durante época invernal.	Levofloxacino 750 mg/día VO o EV	Directo y Cultivo de expectoración Hemocultivos Antígeno urinario neumococo Antígeno urinario legionella (Factores riesgo viajes, brotes, neumonía grave) Panel respiratorio alto PCR influenza	5 días 7 - 10 días (neumonía atípica) Oseltamivir 5 días
Neumonía adquirida en la comunidad post- viral (influenza, COVID-19 confirmado)	Ampicilina/subbactam 3 g c/6-8 horas EV o Ceftriaxona 2 g/día EV + Cloxacilina 2g c/24 h EV Si alergia a β-lactámicos: Vancomicina 20-30 mg/kg EV carga por 1 vez (máxima 2grs) y luego 15-20 mg c/12 h EV	Levofloxacino 750 mg/día VO o EV + Cefazolina 2g c/8 h EV	Directo y Cultivo de expectoración Hemocultivos Antígeno urinario neumococo Antígeno urinario legionella (factores de riesgos: viajes, brotes, neumonía grave) Panel virus respiratorios (confirmar resultados) (*) Requiere notificación IRA grave	Según agente
Neumonía adquirida en la comunidad Staphylococcus aureus meticilíno	Cloxacilina 2g c/4 h EV Alergia a β-lactámicos	Cefazolina 2g c/8 h EV	Hemocultivos Directo y Cultivo de exoexpectoración	10 - 14 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 11 de 55			

sensible post viral confirmada	Vancomicina 20-30 mg/kg EV carga por 1 vez (máxima 2grs) y luego 15-20 mg c/12 h EV			
Neumonía adquirida en la comunidad Staphylococcus aureus meticilino sensible post viral confirmada *Bacteriemia por Staphylococcus meticilino sensible	Cloxacilina 2g c/4 h EV Alergia a β-lactámicos Vancomicina 20-30 mg/kg EV carga por 1 vez (máxima 2grs) y luego 15-20 mg c/12 h EV	Cefazolina 2g c/8 h EV	(*) Control Hemocultivos al 4to. día de tratamiento	14 días y según evolución clínica
Neumonia aspirativa	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Clindamicina 600 mg c/8 h EV o Ampicilina/ Sulbactam 3g c/8 h EV Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Hemocultivos Directo y Cultivo de expectoración	10 días
Neumonía en pacientes con riesgo de infección por <i>Pseudomonas spp.</i> (Fibrosis quística, bronquiectasias, etc.)	Ceftazidima 2 g c/8 h EV + Levofloxacino 750 mg c/24 h EV o VO	Piperacilina /tazobactam 4.5 g c/6 h EV	Hemocultivos Directo y Cultivo de expectoración	5 - 7 días
Neumonía IAAS (hosp. reciente sin infecciones previas ni uso ventilación mecánica) > de 7 días de hospitalización:	Ceftriaxona 2 g/dia EV ó Ampicilina/ Sulbactam 3g c/8 h EV Piperacilina/tazobactam 4.5 g c/6 h EV	Piperacilina/ tazobactam 4.5 g c/6 h EV Aregar * Vancomicina 1 g c/ 12 h luego de carga de 25 a 30 mg/kg, con factores de riesgo de infección estafilocócica	Hemocultivos Directo y Cultivo de expectoración	5 - 7 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 12 de 55			

Neumonía en paciente con sospecha de infección por VIH/ inmunosuprimidos	<p>Ceftriaxona 2 g c/24 h EV o Ampicilina/ Sulbactam 3g c/8 h EV + Claritromicina 500 mg c/12 h VO + Trimetropin/sulfametoxazol (15 mg/kg de trimetoprin) EV</p> <p>Si PO₂ <70 mmHg con O₂ ambiental. Prednisona 80 mg/día primeros 5 días Prednisona 40 mg/día 5 días Prednisona 20 mg /día por 11 días (o su equivalente en corticoides EV)</p>	<p>Ceftriaxona 2g c/24 h EV + Prímaquina 15 - 30 mg c/24 h VO (comprimido de 15 mg) (*) solicitar vía farmacia + Clindamicina 600 mg c/8 h EV</p> <p>(Prímaquina a solicitar por especialista)</p>	<p>Hemocultivos Directo y Cultivo de expectoración Expectoración: Tinción de Grocott (Anatomía patológica)</p>	<p>Según agente causal.</p> <p>Si confirmado Neumonía por Pneumocystis jirovecii: Trimetropin/sulfametoxazol: 21 días</p>
Empiema pleural	<p>Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Clindamicina 600 mg c/8h EV o Ampicilina /Sulbactam 3g c/8 h EV + drenaje pleural > 60 años: considerar Metronidazol en vez de Clindamicina</p>	<p>Ampicilina/ Sulbactam 3g c/8 h EV</p>	<p>Cultivo líquido/secreción (drenaje pleural)</p>	28 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 13 de 55			

INFECCION URINARIA				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
BAJA	Nitrofurantoina 100mg c/8 h VO o Amikacina 10-15 mg /kg EV	Cotrimoxazol forte VO 160/800 mg) 1 c/12 h o Ciprofloxacino 500 mg/c12 h VO	Urocultivo	3 - 5 días
ALTA a) Pielonefritis aguda no complicada, paciente <50 años, sin alteración función renal, sin comorbilidad (DM, inmunosupresión)	Amikacina 10-15 mg /kg/dia IV. una dosis diaria	Ceftriaxona 2 g c/ 24 h EV o Cefuroxima 750 mg c/8 h EV	Hemocultivos y Urocultivo	7 - 10 días
b) Complicada (obstrucción, absceso, pionefrosis)	Ceftriaxona 2gc/ 24 h EV Hasta resolución quirúrgica	Cefuroxima 750 mg c/8 h EV Hasta resolución quirúrgica o Ertapenem 1 g/día EV	Hemocultivos Urocultivo Cultivo secreción de Aseo Quirúrgico	10 - 14 días
Prostatitis Aguda	Ciprofloxacino 500 mg c/12 h VO o Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV	Cotrimoxazol forte VO (160/800 mg) 1 c/12 h o Cotrimoxazol EV 2 ampollas (80/400 mg) c/12 h	Hemocultivos Urocultivo	21 - 28 días
Bacteriuria asintomática	NO REQUIERE ATB Excepto: <ul style="list-style-type: none">- Embarazada- Previo a procedimiento urológico invasivo- Trasplante renal < 1 mes	Ajustado a microrganismo y antibiograma. En caso de embarazada 1era linea cefadroxilo.		

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 14 de 55			

INFECCIONES DE PARTES BLANDAS				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Erisipela	PNC Sódica 3 M c/6 h EV	Cefazolina 2g c/8 h EV o Clindamicina 600 mg c/8 h		7 - 10 días
Celulitis	PNC Sódica 3 M c/6 h EV + Cloxacilina 2g c/6 h EV	Cefazolina 2g c/8 h EV o Clindamicina 600 mg c/8 h EV	Hemocultivos	7 - 10 días
Abscesos y sospecha de fasceitis necrotizante	Ceftriaxona 2g c/12 h EV + Cloxacilina 2 g c/4 h EV + Clindamicina 900 mg c/8 h EV CONDUCTA QUIRURGICA		Hemocultivos Cultivos secreción Aseo Quirúrgico	14 – 21 días
Gangrena de Fournier	Ampicilina/sulbactam 3 g c/6 h EV + Clindamicina 900 mg c/8 h EV CONDUCTA QUIRURGICA		Hemocultivos Cultivos secreción Aseo Quirúrgico	14 – 21 días
Pie diabético infectado a) Sin antecedentes de hospitalización, ni de uso de ATB previo <60 años	Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV o Ciprofloxacino 500 mg c/12 h VO + Clindamicina 600 mg c/8 h EV	Ampicilina/sulbactam 3 g c/6 h EV Amoxicilina/sulbactam	Cultivo secreción tejido partes blandas residual post aseo quirúrgico Cultivo tejido óseo residual post aseo quirúrgico	Tejidos blandos: 10 – 14 días Tejido óseo (osteomielitis aguda): 4 – 6 semanas Tejidos blandos:

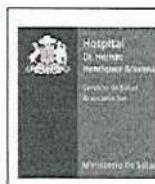
	 Hospital Doctor Hernán Henríquez Arevalo	Código GU-ATM-0323
		Versión 02
		Vigencia Noviembre 2029

Página 15 de 55

b) Sin antecedentes de hospitalización, ni de uso de ATB previo >60 años	Ciprofloxacin 400 mg c/12 h EV o Ciprofloxacin 500 mg c/12 h VO + Metronidazol 500 mg c/8 h EV o VO	3 g c/6 h EV	Cultivo secreción tejido partes blandas residual post aseo quirúrgico Cultivo tejido óseo residual post aseo quirúrgico	10 – 14 días Tejido óseo (osteomielitis aguda): 4 – 6 semanas
c) Con antecedentes de Hospitalización (HHHA o red) o uso de ATB previo o curaciones >60 años	Ampicilina/sulbactam 3 g c/6 h EV + Vancomicina 1 g c/12 h EV	Ertapenem 1 g/dia EV + Vancomicina 1 g c/12 h EV	Cultivo secreción tejido partes blandas residual post aseo quirúrgico Cultivo tejido óseo residual post aseo quirúrgico	4 – 6 semanas
Mordeduras (humanas y de animales)	Amoxicilina/Ac. clavulánico 1 c/12 h VO o Ampicilina/sulbactam 3g c/8h EV Profilaxis antitetánica + Profilaxis antirrábica	<u>Perro:</u> Ciprofloxacin 400 mg c/12 h EV + Clindamicina 300 mg c/8h EV (1*) <u>Gato:</u> Cefuroxime 750 mg c/12 h EV o Doxiciclina 100 mg c/12 h VO <u>Humana</u> Ciprofloxacin 400 mg c/12 h EV + Clindamicina 300 mg c/8 h EV		7 – 10 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 16 de 55			

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Absceso cerebral	Ceftriaxona 2 g c/12 h EV + Metronidazol 500 mg c/6 h EV + Cloxacilina 2g c/4 h EV + drenaje según tamaño	Meropenem 2 g c/8 h EV + Cloxacilina 2 g c/4 h EV	Hemocultivos Cultivo de LCR Cultivo secreción drenaje quirúrgico	28 días
Meningitis Aguda empírico	Ceftriaxona 2g c/12 h EV	<u>Alergia β-lactámicos</u>	Hemocultivos	7 - 14 días
a) Adulto (15-60 años), sin comorbilidad	Dexametasona 10 mg c/6 h por 4 dias (Mantener corticoides solo si agente etiológico es neumococo)	Vancomicina 20 mg/kg (dosis de carga) y luego 15 mg/kg/día Ajuste según niveles	Cultivo LCR Filimarray LCR	Según agente Neumococo 10 - 14 días H.influenza 7 días Meningococo 7 días
b) Adulto mayor, embarazada y adulto con comorbilidad	Ceftriaxona 2g c/12 h EV + Ampicilina 2g c/4 h EV <u>Embarazada 2º trimestre:</u> Vancomicina 1gc/8 h EV x 7 - 14 días + Sulfametoaxazol/trimetropim 15mg/kg EV c/ 6 - 12 h <u>Embarazada 1er y 3er trimestre:</u> Meropenem 2 g c/8 h EV	<u>Alergia β-lactámicos</u> Vancomicina 1g c/8 h EV + Sulfametoaxazol/trimetropim 15mg/kg EV c/ 6 - 12 h		7 – 14 días 21 días
Meningitis en paciente inmunosuprimido por VIH	Anfotericina deoxicolato 0,7 - 1 mg /kg EV Fluconazol 800 mg/ diaEV		Hemocultivos Cultivos LCR Tinta china LCR Antígeno criptococo en LCR (látex)	14 días Control de LCR al término de tratamiento para suspender



Código GU-ATM-0323

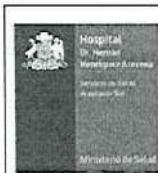
Versión 02

Vigencia Noviembre 2029

Página 17 de 55

Meningitis/ Meningoencefalitis empírica	Aciclovir 10 mg/Kg por dosis c/8 h EV (dosis máxima) + Ampicilina 2g c/4 h EV + Ceftriaxona 2g c/12 h EV Agregar: Dexametasona 0,15 mg/kg c/6 h		Hemocultivos Cultivo LCR Filmaray LCR (Incluye grupo viral)	10 - 14 días
Ventriculitis post procedimiento	Vancomicina carga inicial y luego 1 g c/8 h EV + Meropenem 2 g c/ 8 h EV Antimicrobiano intratecal según resultado de cultivo.		Hemocultivos Cultivo LCR	21 días
Encefalitis Viral	Aciclovir 10 mg/kg por dosis c/8 h EV		PCR Virus Herpes 1 y 2	10 - 14 días

GASTROINTESTINAL				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Diarrea aguda disentérica febril				
a) Menor 5 días:	Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV Azitromicina 500 mg /día VO	Cotrimoxazol forte 1c/12 h VO o 5 mg/kg (trimetoprim) EV 5 días	Hemocultivos Coprocultivos Leucocitos fecales	5 días (Si bacterémico 14 días)
b) Más de 5 días:	Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV 5 días	Cotrimoxazol forte 1c/12 h VO o 5 mg/kg (trimetoprim) EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV 5 días	Casos graves sin etiología Filmaray gastrointestinal	



Código GU-ATM-0323

Versión 02

Vigencia Noviembre 2029

Página 18 de 55

Diarrea por Clostridium difficile	<p><u>1er episodio</u> Metronidazol 500 mg c/8 h VO (Solo en caso de diarrea leve y <65 años)</p> <p><u>1er episodio en los demás casos:</u> Vancomicina 125 mg c/6 h VO</p>		Toxina A y B Clostridium difficile PCR Clostridium difficile	14 días Continuar según protocolo IAAS
Enfermedad diverticular complicada	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ciprofloxacino 400 mg cada 12 EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Hemocultivos	7 - 14 días
Peritonitis bacteriana espontánea:	Ceftriaxona 2 g c/ 24 h EV	Ampicilina/sulbactam 3g c/6 h EV	Cultivo Líquido peritoneal	5 - 7 días
Colecistitis aguda	Ceftriaxona 2 g cada 24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ciprofloxacino 400 mg cada 12 EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV o Ampicilina/sulbactam 3g c/6 h EV	Hemocultivos	7 días
Colangitis	Ceftriaxona 2 g c/ 24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ampicilina/sulbactam 3g c/6 h EV	Hemocultivo Cultivo secreción biliar (vías endoscópica o aseo quirúrgico)	14 – 21 días
Absceso hepático	Ceftriaxona 2 g cada 24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ampicilina/sulbactam 3g c/6 h EV	Hemocultivos Cultivo secreción de absceso	28 días
Pancreatitis aguda no complicada	NO REQUIERE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO		Hemocultivos	
Pancreatitis aguda complicada con sospecha de infección	Ciprofloxacino 400 mg c/8 h + Metronidazol 500 mg c/8 h		Hemocultivos Cultivo de secreción pancreática	Dependerá de conducta médica quirúrgica

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 19 de 55			

OSTEOARTICULAR				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Artritis séptica	PNC Sódica 3 M c/6 h EV + Cloxacilina 2g c/6 h EV ASEO QUIRÚRGICO	Cefazolina 2g c/8 h EV Alergia β-lactámicos Vancomicina 1g c/12 h EV	Hemocultivos Cultivo líquido articular	14 - 21 días
Prótesis articular infectada Aguda <1 mes	Vancomicina 1g c/12 h EV + Ertapenem 1g/día EV		Hemocultivos Cultivo líquido articular Cultivo secreción Cultivo partes blandas Cultivo tejido óseo	Mínimo 21 días descartando osteomielitis
Osteomielitis aguda de la comunidad, incluye Espondilodiscitis.	PNC sódica 18-24 M en 4-6 dosis + Cloxacilina 2 g c/6 h EV	Cefazolina 2 g c/8 h EV o Ceftriaxona 2 g/día + Cloxacilina 2g c/4 h EV Alergia β-actámicos Vancomicina 1g c/12 h EV (carga)	Hemocultivos Cultivo secreción Cultivo tejido óseo	4 – 6 semanas

SISTEMA CARDIOVASCULAR				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Endocarditis bacteriana aguda y subaguda. Tratamiento empírico	PNC Sódica 12-18 M/día 4 - 6 dosis + Cloxacilina 2g c/4 h EV + Gentamicina 1 mg/Kg c/8h EV	Ceftriaxona 2 g/día EV + Gentamicina 1 mg/kg c/ 8 h EV + Cloxacilina 2 g c/4 h EV Alergia β-lactámicos	Hemocultivos (DEBE IR ESPECIFICADO DIAGNOSTICO ENDOCARDITIS) Primera punción 10 ml botella aerobio 10 ml botella anaerobio Segunda punción 10 ml botella aerobio 10 ml botella aerobio	Según microorganismo aislado Gentamicina según microorganismo y CIM a PNC 4 - 6 semanas

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 20 de 55			

Si enfermedad cardíaca severa (destrucción valvular) empírico.	Ampicilina 2 g c/6 h + Cloxacilina 2 g c/ 4 h + Gentamicina 3mg/kg/día en 1 dosis	Vancomicina con carga y luego 1g c/12 h EV + Gentamicina 1 mg/kg c/ 8 h EV	Si 24 h (-) Repetir Hemocultivos 10 ml botella aerobio 10 ml botella anaerobio	
<u>Endocarditis según agente etiológico:</u>				
<i>Enterococo faecalis</i>	Ampicilina 2g c/ 6 h + Gentamicina 3mg/kg/día EV en 1 dosis	Ceftriaxona 2g c/12 EV + Ampicilina 2 g c/4 h EV (De preferencia en cepas con resistencia a aminoglucósidos de alta carga)	4 semanas Gentamicina según CIM de microorganismo aislado Reevaluar duración según indicación y momento quirúrgico	
<i>Staphylococcus aureus</i>	Cloxacilina 2 g c/4 h EV			
<i>Streptococcus sp</i>	Penicilina 12-18 millones U, dividido c/4-6 h + Gentamicina 3 mg/kg/día EV 1 o 3 dosis según CIM de microorganismo a PNC		4 semanas	
Endocarditis hemocultivos negativos	Ceftriaxona 2g c/día + Ampicilina 2 g c/6 h	Serología Bartonella IgG IgM Serología Brucella IgG IgM Si indicación quirúrgica: PCR universal en tejido valvular	Según etiología	

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029

Página 21 de 55

Endocarditis en prótesis. Tratamiento empírico	Vancomicina con carga inicial y luego 1g c/12 h IV + Gentamicina 1 mg/Kg c/8 h EV + Rifampicina 900 mg/d VO		Hemocultivos Con criterio de endocarditis.	28 días
---	---	--	--	---------

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Sífilis: a) Sífilis Primaria b) Sífilis Secundaria c) Sífilis Latente Precoz (< 1 año)	PNC Benzatina 2,4 M IM	<u>Alergia a Penicilina</u> (excepto embarazadas) Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	VDRL MHA-TP Indispensable realizar TEST ELISA VIH	2 dosis 1 por semana Doxiciclina 15 días
Sífilis latente tardía (> 1 año, duración indeterminada)	PNC Benzatina 2,4 M IM	<u>Alergia a Penicilina</u> Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	VDRL MHA-TP Realizar VIH siempre	3 dosis 1 por semana Doxiciclina 30 días
Sífilis latente tardía con síntomas neurológicos, oculares o auditivos	PNC Sódica 3 - 4 M c/4 h EV + 3 dosis PNC Benzatina 2,4 M c/dosis En embarazo realizar siempre desensibilización a Penicilina	<u>Alergia a Penicilina</u> Doxiciclina 100 mg c/12 h <u>Alergia a Penicilina</u> Ceftriaxona 2g/día EV (*) considerar 25% fracaso a tratamiento	VDRL en LCR Recuento celular y bioquímico Si VDRL (-) considerar proteínas o celularidad aumentada como hallazgos de compromiso de SNC	Penicilina 14 días Doxiciclina 28 días Ceftriaxona 14 días
Neurosífilis	PNC Sódica 3 - 4 M c/4 h EV + 3 dosis PNC Benzatina	Doxiciclina 100 mg c/12 h <u>Alergia a Penicilina</u>	VDRL en sangre MHA-TP VDRL en LCR Recuento celular y bioquímico de LCR	Penicilina 14 días Doxiciclina 28 días Ceftriaxona 14 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 22 de 55			

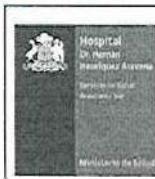
	2,4 M c/dosis En embarazo realizar siempre desensibilización a Penicilina	Ceftriaxona 2g/día EV (*) considerar 25% fracaso a tratamiento	Si VDRL (-) considerar proteínas o celularidad aumentada como hallazgos de compromiso de SNC	
Gonorrea, uretritis y cervicitis no complicada	Ceftriaxona 1 g IM + Azitromicina 1 g VO		Directo y cultivo de secreción PCR de secreción para Gonococo y <i>Chlamydia trachomatis</i> Test ELISA VIH	1 dosis
Gonorrea rectal:	Ceftriaxona 1 g + Doxiciclina 100m c/ 12 h		Directo y cultivo PCR de flujos Control con estudio microbiológico 7 días post tratamiento Test ELISA VIH	Ceftriaxona 1 dosis Doxiciclina 21 días
Uretritis, cervicitis, rectitis no gonocócica No embarazadas	Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	Azitromicina 1g VO	Directo y cultivo de secreción PCR de secreción para Gonococo y <i>Chlamydia trachomatis</i> Test ELISA VIH	Doxiciclina 7 días Azitromicina 1 dosis
Mujeres embarazadas o en período de lactancia	Azitromicina 1g VO dosis única			
Gonorrea genital en embarazadas	Ceftriaxona 1g IM		Directo y cultivo de secreción PCR de secreción para Gonococo y <i>Chlamydia trachomatis</i> Test ELISA VIH	1 dosis
Absceso tubo ovárico	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/ 8 h EV + Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	Ampicilina/sulbactam 3g c/6 h EV + Doxicilina 200 mg VO Alergia β-lactámicos Ciprofloxacino 400 mg c/12 h + Metronidazol 500 mg c/8 h + Doxiciclina 100 mg c/12 h	Cultivo secreción de absceso PCR de secreción para <i>Chlamydia trachomatis</i> , gonococo	14 a 21 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 23 de 55			

Tricomoniasis	Metronidazol 2g VO	Metronidazol 500 mg c/12 h VO	Directo y cultivo de secreción	2g en DU 500 mg c/12 h por 7 días
Herpes genital	Aciclovir 400 mg c/8 h VO	Valaciclovir 1g c/12h VO		7 días

OROFARINGEA				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Infecciones faríngeas complicadas	PNC sódica 5 M c/6 h EV + Clindamicina 600 mg c/ 8 h EV	Ceftriaxona 2 g EV + Clindamicina 600 mg c/ 8 h EV o Ampicilina/sulbactam 3g c/6 h EV	Hemocultivos	14 - 21 días

NEUTROPENIA FEBRIL				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Pacientes de alto riesgo: (*)	<u>1º episodio</u> Ceftriaxona 2g EV c/24h + Amikacina 15mg/Kg c/24 h Si foco cutáneo + Cloxacilina 2 g c/6h Si foco abdominal o perianal + Metronidazol 500 mg c/8 h Si foco dentario + Clindamicina 600 mg c/8 h Sospecha infección catéter vascular +	Ampicilina sulbactam 3 g c/6 h + Amikacina 15mg/Kg	Hemocultivos Urocultivo Galactomanano 2 veces por semana	7 -- 10 dias

		Código	GU-ATM-03 23
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029

Página 24 de 55

Paciente trasladado de UPC, Medicina Interna u Hospital de alta complejidad	Vancomicina 2 g carga y luego 1 g c/12 hrs Si persiste febril sin foco Piperacilina/tazobactam 4,5 g c/6 h EV <u>2º episodio</u> Cefepime 2g EV c/8h o Piperacilina/tazobactam 4,5 g c/6 h EV <u>Si hisopado de portación es negativo</u> Meropenem 1 gr c/8 hrs + Amikacina 15mg/kg dia + Vancomicina 2 g carga y luego 1 g c/12 hrs <u>Si hisopado rectal es positivo</u> Notificar a Infectología para terapia dirigida		Hisopado rectal Vigilancia portación carbapenemas.	
Pacientes de bajo riesgo:	Amoxicilina /Ac. Clavulánico 1 c/12 h VO + Ciprofloxacino 500 mg c/12 h VO	Moxifloxacino 400 mg /día		7 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 25 de 55			

(*) Categorización de Riesgo:

<u>Alto Riesgo:</u>	<u>Bajo riesgo:</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Se anticipa neutropenia >7 días de duración - RAN <100 células / mm³ post QT y / o comorbilidades importantes. - MASCC score < 21 (4*) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se anticipa neutropenia < 7 días - RAN > 100 células / mm³ post QT - Sin comorbilidades importantes - MASCC score >21 (4*)

Score MASCC

<u>Característica</u>	
Neutropenia febril con ningún síntoma leve	5
Sin hipotensión (PAS<90)	4
Sin EPOC	4
Tumores sólidos o hematológico sin infección fúngica anterior	3
Sin deshidratación líquidos parenterales	3
Neutropenia febril con síntomas moderados	3
Paciente ambulatorio	3
Edad <60 años	2

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 26 de 55			

Tabla II.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas en pacientes adultos que requiere hospitalización en unidad de paciente crítico

INFECCIONES RESPIRATORIAS				
PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
NAC en UCI	Ampicilina/subbactam 3 g c/6 h EV + Azitromicina 500 mg c/24 h (EV o SNE)	Levofloxacino 750 mg c/ 24 h EV + Clindamicina 600 mg c/8 h EV (alergia PNC y sospecha S. aureus, riesgo Pseudomonas) Ceftriaxona 2g c/24 h EV + Azitromicina 500 mg c/24 h (EV o SNE) *Pacientes con shock Ceftriaxona 2 g c/12 h EV + Azitromicina 500 mg c/24 h (EV o SNE)	INTUBADO: Hemocultivos CAET PCR Panel 26 patógenos respiratorio bajo PCR SARS CoV-2 Antígenos urinarios (legionela, neumococo) Estudio TBC NO INTUBADO Hemocultivos Cultivo expectoración PCR SARS CoV-2 Antígenos urinarios (legionela, neumococo) Estudio TBC	5 - 7 días Evaluar según presencia de complicaciones
Neumonía aspirativa prehospitalaria	Ampicilina/subbactam 3 g c/6 h EV	Ceftriaxona 2g c/24 h EV + Clindamicina 600 mg c/8 h EV	CAET al intubar PCR SARS CoV-2 respiratorios hisopado nasofaringeo	5 - 7 días
Neumonía aspirativa hospitalizada (NAAS)	Ampicilina/subbactam 3 g c/6 h EV	Piperacilina/azobactam 4.5 g c/6 h EV	CAET al intubar PCR Panel 26 patógenos respiratorio bajo PCR SARS CoV-2	7 días
Neumonía asociada a ventilación mecánica	Meropenem 1g c/8 h EV	Imipenem 500 mg c/6 h EV (depende de comorbilidades)	CAET Hemocultivos PCR Panel 26 patógenos respiratorio bajo	7 días
Neumonía en paciente con	Ampicilina/subbactam 3 g c/6 h EV	Evaluación con especialistas	Hemocultivos CAET	Según MO aislado

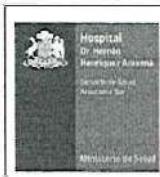
		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 27 de 55			

sospecha de infección por VIH y CD4 < 200 /mm3.	+ Cotrimoxazol (15 mg/kg/día trimetoprim, repartido en 4 dosis) EV *Evaluar asociar corticoides		PCR Panel 26 patógenos respiratorio bajo PCR SARS CoV-2 PCR Pneumocysti Antígenos urinarios (legionela, neumococo) Estudio TBC PCR Citomegalovirus (Considerar LBA)	
Empiema pleural (comunitario)	Ampicilina/Sulbactam 3g c/6 h EV	Levofloxacino 750 mg EV c/ 24 h + Clindamicina 600 mg c/8 h EV (alergia PNC, sospecha S. aureus, o riesgo Pseudomonas) Ceftriaxona 2g c/24 h EV + Azitromicina 500 mg c/24 h (EV o SNE)	Cultivo Expectoración Hemocultivos Cultivo líquido pleural Estudio TBC	Aseo quirúrgico + ATB por 28 días

INFECCION URINARIA				
PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACION
Pielonefritis comunitaria con sepsis o shock séptico	Ceftriaxona 2 g c/12 h EV primeras 48-72 h, luego c/ 24 h *Alérgicos cefalosporinas: amikacina 15 mg/kg/día EV	Piperacilina/tazobactam 4.5 g c/6 h EV *Alérgicos cefalosporinas: Amikacina 15 mg/kg/día EV	Hemocultivos Sedimento urinario Urocultivo	No complicada: 7 días Descartar complicación con imágenes
Pielonefritis en paciente DM2 u hospitalizado en últimos 6 meses	Meropenem 1g c/8 h EV	Amikacina 15 mg/kg/día EV	Hemocultivos Sedimento urinario Urocultivo	7-10 días Descartar complicación con imágenes

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 28 de 55			

INFECCIONES DE PARTES BLANDAS				
PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Celulitis comunitaria	Ampicilina/subbactam 3 g c/6 h EV	Cloxacilina 2g c/4 hrs EV o Cefazolina 2 gr cada 8 EV + Clindamicina 900 mg c/8 h EV	Hemocultivos Cultivo lesiones	7 días
Celulitis en diabéticos o pacientes con hospitalización previa hasta 6 meses	Piperaciilina/tazobactam 4,5 g c/6 h EV + Vancomicina 1 g c/12 h EV (carga, ver anexo 1)	Meropenem 1c/8 h EV + Vancomicina 1 g c/12 h EV (carga, ver anexo 1)	Hemocultivos Cultivo lesiones	7 días
Pie diabético infectado a). - Sin antecedentes de hospitalización, ni de uso de ATB previo b). - Con antecedentes de Hospitalización (HHHA o red) o uso de ATB previo o curaciones	Ampicilina/subbactam 3 g c/6 h EV Meropenem 1 g c/8 h EV + Vancomicina 1 g c/12 h EV (carga, ver anexo 1)	Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV + Clindamicina 900 mg c/8 h EV Ertapenem 1 g día EV + Vancomicina 1 g c/12 h EV (carga, ver anexo 1)	Hemocultivos Cultivo lesiones intraoperatorio	Tejidos blandos: 10 – 14 días Tejido óseo: 4 - 6 semanas
Mordeduras (humanas y animales)	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Clindamicina 900 mg c/8 h EV Profilaxis antitetánica Profilaxis antirrábica (si procede)	Ampicilina/subbactam 3g c/6 h EV + Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV Profilaxis antitetánica Profilaxis antirrábica (si procede)	Hemocultivos Cultivo lesiones intraoperatorio	7-10 días



Código GU-ATM-0323

Versión 02

Vigencia Noviembre 2029

Página 29 de 55

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Absceso cerebral (comunitario, sin inmunosupresión)	Cloxacilina 2 g c/4 h EV + Ceftriaxona 2 g c/12 h EV + Metronidazol 500 mg c/ 6 h EV	Cotrimoxazol 15mg/kg/día EV dividido en 4 dosis + Metronidazol 500 mg c/6 h EV	Hemocultivos Cultivo LCR PCR Panel 14 patog. meningitis en LCR Cultivo intraoperatorio	Evaluar por especialidad (4-6 semanas)
Meningitis Aguda: a). -Adulto (15-60 años), sin comorbilidad b). - Adulto mayor, embarazada y adulto con comorbilidad . Sospecha clínica de infección viral por Herpes	Ceftriaxona 2 g c/12 h EV Ceftriaxona 2 g c/12 h EV + Ampicilina 2g c/4 h EV + Aciclovir 10 mg/kg c/8 h EV *Ajuste según patógeno Régimen primario para Listeria: Ampicilina 2 g c/4 h EV	Alergia SEVERA a-β-lactámicos Vancomicina 1 g c/ 8 h EV (carga, ver anexo) Alergia SEVERA a-β-lactámicos y Listeria Vancomicina 1 g c/8 h EV (carga, ver anexo 1) 7 – 14 días + Cotrimoxazol EV (15 mg trimetropim/kg) dividido c/6 h Embarazada con Listeria y alergia a β-lactámicos Meropenem 2 g c/8 h EV + Vancomicina 1 g c/8 h EV (carga, ver anexo)	Hemocultivos Cultivo LCR PCR Panel 14 patog. meningitis	Streptococcus pneumoniae 7-10 días Neisseria meningitidis 7-10 días Tiempo de tratamiento según respuesta y neuroimágenes Listeria monocytogenes: 21 días
Meningitis criptocócica	Anfotericina liposomal 3 - 5 mg/ kg c' 24 h EV + Fluconazol 800 mg c/ 24 h EV	Alternativas: Consultar con infectología	Tinta china en LCR Cultivo LCR PCR Panel 14 patog. meningitis Hemocultivos Antígeno criptococcus sangre y LCR	Realizar PL a los 14 días de tratamiento con cultivo negativo antes de suspender
Encefalitis por Virus Herpes	Aciclovir 10 mg/kg c/8 h EV	Alternativas: Consultar con infectología	PCR Panel 14 patóg. meningitis	14 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 30 de 55			

Ventriculitis post procedimiento	Vancomicina 1g c/8 h EV (carga, ver anexo 19 + Meropenem 2g c/8 h EV	Alternativas Consultar con Infectología	Cultivo LCR	21 días
----------------------------------	---	--	-------------	---------

GASTROINTESTINAL				
PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Diarrea aguda disentérica febril y sepsis asociada	Ceftriaxona 2 g c/ 24 h EV + Azitromicina 500 mg/dia (EV o SNE) + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV + Azitromicina 500 mg/dia (EV o SNE) + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Coprocultivo PCR Panel 22 patógenos gastrointestinal Hemocultivos Si se sospecha VIH: Solicitar tinción para <i>cryptosporidium</i> , <i>isosporas</i>	5 - 7 días
Diarrea por Clostridium (primer episodio) Recurrencia: ver circular	Vancomicina 125 mg c/6 h vía enteral	Vancomicina 250 mg c/ 6 h via enteral + Metronidazol 500 mg c/ 8 h EV	Toxina Clostridium o PCR Panel 22 patóg. gastrointestinal	10 - 14 días
Shock séptico por foco abdominal	Ceftriaxona 2 g c/12 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV + Ampicilina 2g c/4 h EV	Ciprofloxacino 400 mg c/8 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV + Ampicilina 2g c/4 h EV	Hemocultivos	7 - 10 días inicialmente, definir según complicación es y seguimiento
Peritonitis bacteriana espontánea	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV	Ampicilina/Subactam 3 g c/6 h EV	Hemocultivos Cultivo líquido peritoneal	5 – 7 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 31 de 55			

Colecistitis aguda	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV	Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV o Ampicilina/Subbactam 3 g c/6 h EV	Hemocultivos	7 días
Colangitis	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV + Ampicilina 2g c/4 h EV	Ampicilina/Subbactam 3 g c/6 h EV	Hemocultivos Eventual cultivo bilis (intraoperatorio)	7 días Desde resolución foco
Absceso hepático	Ceftriaxona 2 g c/ 24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8h EV + Ampicilina 2g c/6 h EV	Ampicilina/Subbactam 3 g c/6 h EV	Hemocultivos Eventual cultivo absceso (radiología)	28 días (4 semanas)
Pancreatitis aguda grave	NO RECOMENDADO como profilácticos en pancreatitis grave	NO RECOMENDADO como profilácticos en pancreatitis grave	Hemocultivos	

OSTEOARTICULAR				
PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Artritis séptica	Cefazolina 2g c/8 h EV + Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV	Alergia a β -lactámicos Vancomicina 1 g c/8 h EV (carga, ver anexo 1) + Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV	Hemocultivos Cultivo líquido articular	21 días
Prótesis articular infectada	Vancomicina 1 g c/8 h EV (carga, ver anexo 1) + Meropenem 1g c/8 h EV	Consultar especialista	Hemocultivos Cultivo articular o peri-protésico	Mínimo 21 días descartada osteomielitis 2daria

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 32 de 55			

Osteomielitis aguda de la comunidad, incluye Espondilodiscitis.	Cefazolina 2 g c/8 h EV + Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV	Alergia a β -lactámicos Vancomicina 1 g c/8h EV (carga, ver anexo 1) + Ciprofloxacino 400 mg c/12 h EV	Hemocultivos Cultivo óseo intraoperatorio	4 – 6 semanas
---	---	---	--	---------------

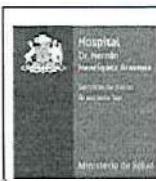
SISTEMA CARDIOVASCULAR				
PATOLOGIA	PRIMERA LINEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Endocarditis bacteriana aguda y subaguda. Tratamiento empírico.	PNC Sódica 12 – 18 M/día (4 – 6 dosis) EV + Cloxacilina 2g c/4 h EV + Gentamicina 1 mg/Kg c/8h EV	Ampicilina/Subactam 3 g c/6 h EV + Gentamicina 1 mg/kg c/8 h EV Alergia a β -lactámicos Vancomicina 1 g c/12 h EV (carga, ver anexo1) + Gentamicina 1 mg/kg c/ 8 h EV	Hemocultivos Cultivo valvular PCR Universal tejido valvular *En caso de hemocultivos negativos consultar con especialista	A determinar según microorganismo e indicación quirúrgica
Endocarditis en prótesis. Tratamiento empírico	Vancomicina 1 g c/12 h EV (carga, ver anexo1) + Gentamicina 1 mg/Kg c/8 h EV + Rifampicina 900 mg/dia VO	Consultar especialista	Hemocultivos con criterio de endocarditis	28 días

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Sífilis a) Sífilis Primaria b) Sífilis Secundaria c) Sífilis Latente Precoz (< 1 año)	PNC Benzatina 2.4 M IM	Alergia a Penicilina (excepto embarazadas) Doxiciclina 100 mg c/12 h VO 15 días	VDRL MHA-TP Indispensable realizar TEST ELISA VIH	2 dosis (1 por semana)

Código **GU-ATM-0323**Versión **02**Vigencia **Noviembre 2029**

Página 33 de 55

Sífilis latente tardía (> 1 año, duración indeterminada)	PNC Benzatina 2.4 M IM PNC Sódica 3-4 M c/4 h EV + 3 dosis PNC Benzatina 2.4 M c/dosis En embarazo realizar siempre desensibilización a Penicilina	Alergia a Penicilina Doxiciclina 100 mg c/12 h VO Alergia a Penicilina Ceftriaxona 2g c/24 h EV (*) considerar 25% fracaso a tratamiento	VDRL MHA-TP Realizar VIH siempre VDRL en LCR Recuento celular y bioquímico Si VDRL (-) considerar proteínas o celularidad aumentada como hallazgos de compromiso de SNC	3 dosis (1 por semana) Doxiciclina 30 días Penicilina 14 días Doxiciclina 28 días Ceftriaxona 14 días
Neurosífilis	PNC Sódica 3-4 M c/4 h EV + 3 dosis PNC Benzatina 2.4 M c/dosis En embarazo realizar siempre desensibilización a Penicilina	Doxiciclina 100 mg c/12 h VO Alergia a Penicilina Ceftriaxona 2g c/24 h EV (*) considerar 25% fracaso a tratamiento	VDRL en sangre MHA-TP VDRL en LCR Recuento celular y bioquímico de LCR Si VDRL (-) considerar proteínas o celularidad aumentada como hallazgos de compromiso de SNC	Penicilina 14 días Doxiciclina 28 días Ceftriaxona 14 días
Gonorrea, uretritis y cervicitis no complicada	Ceftriaxona 1 g IM + Azitromicina 1 g VO		Directo y cultivo de secreción PCR de secreción para Gonococo y <i>Chlamydia trachomatis</i>	1 dosis
Gonorrhea rectal:	Ceftriaxona 1 g IM + Doxiciclina 100m c/12 h VO		Test ELISA VIH Directo y cultivo PCR de flujos Control con estudio microbiológico 7 días post tratamiento Test ELISA VIH	Ceftriaxona 1 dosis Doxiciclina 21 días



Código GU-ATM-0323

Versión 02

Vigencia Noviembre 2029

Página 34 de 55

Uretritis, cervicitis, rectitis no gonocócica No embarazadas	Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	Azitromicina 1g VO	Directo y cultivo de secreción PCR de secreción para Gonococo y <i>Chlamydia trachomatis</i>	Doxiciclina 7 días Azitromicina dosis única
Mujeres embarazadas o en período de lactancia	Azitromicina 1g VO		Test ELISA VIH	
Gonorrhea genital en embarazadas	Ceftriaxona 1g IM		Directo y cultivo de secreción PCR de secreción para Gonococo y <i>Chlamydia trachomatis</i>	Dosis única
			Test ELISA VIH	
Absceso tubo ovárico	Ceftriaxona 2 g c/24 h EV + Metronidazol 500 mg c/8 h EV + Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	Ampicilina/Sulbactam 3 g c/6 h EV + Doxicilina 200 mg c/24 h VO Alergia β-lactámicos Ciprofloxacino 400 mg EV c/12 h + Metronidazol 500 mg c/8 h EV + Doxiciclina 100 mg c/12 h VO	Cultivo secreción de absceso PCR de secreción para <i>Chlamydia trachomatis</i> , gonococo	14 a 21 días 14 a 21 días
Tricomoniasis	Metronidazol 2g VO	Metronidazol 500 mg c/12 h VO	Directo y cultivo de secreción	2g por 1 vez c/12 h por 7 días
Herpes genital	Aciclovir 400 mg c/8 h VO	Valaciclovir 1g c/12h VO		7 días

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029

Página 35 de 55

OROFARINGEA				
PATOLOGÍA	PRIMERA LÍNEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Infecciones faringeas complicadas (como abcesos)	Ceftriaxona 2 g/día EV + Clindamicina 900 mg c/8 h	Ampicilina /sulbactam 3 g c/ 6 g EV	Hemocultivos Cultivo intraoperatorio Cultivo faringeo	14 - 21 días

NEUTROPENIA FÉBRIL				
PATOLOGÍA	PRIMERA LÍNEA	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Pacientes de alto riesgo	<u>1º episodio (comunitario, estable hemodinámicamente)</u> Ceftriaxona 2g c/24 h EV + Amikacina 15mg/Kg/dia EV <u>1º episodio comunitario en shock séptico</u> Ceftriaxona 2 gr c/12 h EV + Cloxacilina 2 gr c/4 h EV + Amikacina 15mg/Kg/dia EV <u>Episodio en paciente hospitalizado estable</u> Cefepime 2 g c/8 h EV + Amikacina 15 mg/Kg/dia EV + Vancomicina 1g c/12 h EV (carga, ver anexo 1) <u>Episodio en paciente hospitalizado en shock</u> Imipenem 500 mg c/6 h EV + Amikacina 15 mg/Kg/dia EV + Vancomicina 1g c/12 h EV (carga, ver anexo 1)	<u>1º episodio, con alergia severa a penicilinas</u> Amikacina 15 mg/kg/dia EV + Cefepime 2 g c/8 h EV	Hemocultivos Urocultivos Agregar estudio respiratorio, si hay sospecha clínica Galactomanano en sangre (2 veces por semana)	Según foco infeccioso, regularización parámetros clínicos (7 - 10 días) Si hospitalización en otro servicio u hospital se debe pedir Hisopado rectal para carbapenemasa al ingreso a UPC. También previo a traslado a hemato-oncología.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 36 de 55			

(*) Categorización de Riesgo:

Alto Riesgo:	Bajo riesgo:
<ul style="list-style-type: none"> - Se anticipa neutropenia >7 días de duración - RAN <100 células / mm³ post QT y / o comorbilidades importantes. - MASCC score < 21 (4*) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se anticipa neutropenia < 7 días - RAN > 100 células / mm³ post QT - Sin comorbilidades importantes - MASCC score >21 (4*)

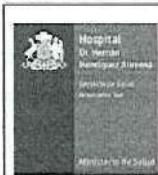
Score MASCC

Característica	
Neutropenia febril con ningún síntoma leve	5
Sin hipotensión (PAS<90)	4
Sin EPOC	4
Tumores sólidos o hematológico sin infección fúngica anterior	3
Sin deshidratación líquidos parenterales	3
Neutropenia febril con síntomas moderados	3
Paciente ambulatorio	3
Edad <60 años	2

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 37 de 55			

Tabla III.- Tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas prevalentes en pacientes pediátricos.

INFECCIONES RESPIRATORIAS				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
Neumonía comunitaria que requiere hospitalización (>1 mes)	Ampicilina 150-200 mg/kg/día (de preferencia en menores de 2 años) o Penicilina G Sódica 100.000 UI/kg/día dividido en 4 dosis (máx. 12 M/día)	Cefotaxima 100-200 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 2 gr/dosis) o Ceftriaxona 50 mg/kg/día cada 24 h EV	Panel respiratorio alto Hemocultivos si paciente de aspecto tóxico o inmunocomprometido	7 días
Neumonía complicada con derrame pleural adquirida en la comunidad	Derrame <10 mm: Ampicilina 150-200 mg/kg/día en 4dosis (máx. 12 gr/día) o Penicilina G Sódica 100.000 UI/kg/día dividido en 4 dosis (máx. 12 M/día)	Cefotaxima 100-200 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 2 gr/dosis) o Ceftriaxona 50 mg/kg/día en una dosis(máx. 2 gr/día)	Panel respiratorio alto Hemocultivos Punción y cultivo si >10 mm	7 - 10 días o hasta resolución de la fiebre
	Derrame >10 mm: Cefotaxima 100-200 mg/kg/día en 3-4 dosis (máx. 2 gr/dosis) o Ceftriaxona 50 mg/kg/día en una dosis(máx. 2 gr/día)			
Neumonía atípica	Azitromicina 10 mg/kg/día en 1 dosis (máx. 500 mg/día)	Clarithromicina 15 mg/kg/día en 2 dosis (máx. 1 gr/día)	Panel respiratorio alto	Azitromicina 5dias Clarithromicina 10- 14 días
Neumonía aspirativa	Penicilina G Sódica 200 M/kg/día en 4 dosis (máx. 12 M/día)	Ampicilina/Sulbactam 100-200 mg/kg/día en 4dosis (en base al total de la ampolla, máx. 12 gr/día) o Clindamicina 30 - 40 mg/kg/día en 3 dosis (máx. 900 mg/dosis)	Gram y cultivo de aspirado endotraqueal	7 - 10 días



Código GU-ATM-0323

Versión 02

Vigencia Noviembre 2029

Página 38 de 55

Neumonía asociada a ventilación mecánica	Ceftriaxona 50 mg/kg/día c/24 h EV	Cefotaxima 150 mg/kg/día c/8 h EV	Gram y cultivo de aspirado endotraqueal o lavado bronquial o alveolar Hemocultivos Panel 26 patógenos Ajuste de terapia acorde aislados	7 - 10 días
--	------------------------------------	-----------------------------------	--	-------------

INFECCION URINARIA				
PATOLOGIA	TRATAMIENTO	ALTERNATIVA	ESTUDIO MICROBIOLOGICO	DURACIÓN
ITU afebril o baja	1 a 4 meses VO: Cefadroxilo 30-50 mg/kg/día c/12 h (máximo 1 gr. c/12 h)	Cotrimoxazol 7-8 mg/kg/día (TMP) VO c/12 h (> de 3 meses) o Nitrofurantoina 5-7 mg/kg/día c/6-8 h (> de 3 meses)	Orina completa y Urocultivo Ecografía renovesical con doppler	3-5 días
ITU febril	< o = 3 meses: Ampicilina 100 -200 mg/kg/día EV c/6 h + Amikacina 15 mg/kg/día EV c/24 h	Preferir aminoglucósidos por aumento de prevalencia cepas BLEE Tratamientos sobre 72 h, control niveles Amikacina según protocolo y contar con función renal basal	Orina completa y urocultivo, reevaluar tratamiento acorde a informe y susceptibilidad Hemocultivos en < 3 meses y en sospecha bacteriemia/sepsis en niños mayores Ecografía renovesical con doppler Cintigrafía renal con DMSAsegún recomendación subespecialista nefrólogo/a	10 días En caso de urosepsis, al menos 7 días EV
	> 3 meses: terapia EV en caso de aspecto toxicó, inmunosupresión, mala tolerancia oral, falla de respuesta clínica, hospitalización reciente, mala adherencia Amikacina 15 mg/kg/día c/24 h	Ceftriaxona 50 mg/kg/día EV si alteración de función renal	7 - 10 días totales EV hasta 24 h afebril y buena tolerancia oral Traslape oral a antimicrobian o activo de espectro reducido	7 - 10 días totales EV hasta 24 h afebril y buena tolerancia oral Traslape oral a antimicrobian o activo de espectro reducido
	> 3 meses VO: Cefadroxilo 50 mg/kg/día VO c/12 h (máximo 1 gr. c/12 h)	Cefpodoxímo (> 3 meses) 10 mg/kg/día VO c/12 h (máximo 200 mg c/12 h)		7 - 10 días

	 Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 39 de 55			

7. Distribución.

Formato impreso documento controlado por el Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente en carpeta de acreditación:

- No aplica

Formato digital a través de correo electrónico:

- Dirección del Hospital
- Sub Dirección Médica
- Unidad de Infectología
- Unidad de Servicio de Urgencia adultos
- Servicios y unidades.
- Unidad de paciente crítico adulto y cardiovascular
- Jefes de CR
- Unidad de IAAS

8. Registro.

- No aplica.

9. Indicador.

Nombre	Tratamiento antibiótico iniciales según patología en paciente no crítico
Justificación	Permite ver cumplimiento de estandarización de tratamiento empírico inicial. Impacto en morbilidad y mortalidad de pacientes. Impacto en consumo de antimicrobianos
Fórmula	<u>Nº de antimicrobianas iniciales apropiados según patología x 100</u> Nº total de antimicrobianas iniciales usados
Medición	Tratamientos antimicrobianos iniciales
Población	Todos los antimicrobianos administrados inicialmente en un paciente considerando servicio clínico NO UPC
Fuente	Ficha Clínica y Hoja de Enfermería
Estándar (Umbral)	70%

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 40 de 55			

Nombre	Cumplimiento toma de cultivos según patología infecciosa que inicie ATB en paciente no crítico.
Justificación	Permite evaluar la toma de muestras que permitirán dirigir un tratamiento adecuado y efectivo en el paciente que recibirá tratamiento antimicrobiano de primera línea.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de uso de antimicrobianas iniciales con previa toma de cultivo adecuado}}{\text{Nº total casos de uso de antimicrobianos iniciales}} \times 100$
Medición	Toma de cultivo adecuado a la patología infecciosa que iniciará ATB
Población	Todos los casos en los que se administra antimicrobianos de primera línea según guía clínica.
Fuente	Base de datos laboratorio digital y Registro de Laboratorio manual/digital
Estándar	70%

Nombre	Cumplimiento duración de terapia antimicrobiana según recomendaciones de guía en paciente no crítico.
Justificación	Permite evaluar el seguimiento y adherencia a duración de tratamientos establecidos en la guía clínica lo que permite evitar el sobreuso y abuso de los ATB.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de tratamientos con duración según guías clínicas}}{\text{Nº total casos de uso de antimicrobianos iniciales}} \times 100$
Medición	Duración adecuada de uso de ATB según patologías clínicas y ajustes a cultivos.
Población	Todos los casos en los que se administra antimicrobianos de primera línea según guía clínica.
Fuente	Ficha clínica y registro en hoja de enfermería
Estándar (Umbral)	90%

Frecuencia de pesquisa de indicadores se realizará mensual o bimensual según servicio clínico, aleatorizando el día.

A cargo de QF clínico, Médicos Infectólogos, médicos hospitalarios de PROA.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 41 de 55			

Indicador Recomendaciones en Unidad de Paciente Crítico

1. En UPC: número de tratamientos indicados primera línea según guía /número tratamientos indicados primera línea x 100.
2. Tasa esperada: no hay un referente nacional para este indicador, pues es local, pero inicialmente se espera cumplimiento de 70%.
3. La medición del indicador se realizará por QF clínico unidad un día al azar de cada mes, y los datos se consolidarán en un informe semestral a analizar por Comité de sepsis de la UPC.

Todos los indicadores mencionados previamente serán presentados a Comité de Antimicrobianos del Hospital con participación de Subdirección Médica para evaluar el cumplimiento de esta guía clínica.

10. Control de cambios.

DOCUMENTO MODIFICADO		
Nº Versión	Fecha Elaboración	Motivo de la Revisión
01	Marzo 2023	Actualización en uso de antimicrobianos en neumonía adquirida de la comunidad en adultos. Actualización en uso de antimicrobianos en pacientes con neutropenia febril. Incorporación tratamiento antimicrobiano de enfermedades infecciosas prevalentes en pacientes pediátricos.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 42 de 55			

11. Anexos.

Anexo 1: Dosis de carga de Vancomicina.

En caso de no existir software de cálculo de dosis, en pacientes con función renal normal se indicará la primera dosis utilizando la carga de 25-30 mg/kg de peso total, posteriormente en este tipo de pacientes se utilizará 1 gramo cada 8 h y antes de la cuarta dosis deberá solicitarse nivel de vancomicina para definir en qué intervalo de dosis seguir. En pacientes con función renal alterada en los cuales la carga y los intervalos de dosis deben ser menores, se sugiere evaluar con infectología para definir momento de toma nivel.

Se adjunta cuadro resumen para guiar primera dosis de este ATB.

DOSIS DE CARGA VANCOMICINA		
OBJETIVO	Logar concentraciones terapéuticas desde la primera dosis.	
PACIENTES	Pacientes críticos con sepsis, obesos, quemados, hiperfiltradores (Cl crea >120 ml/min), infecciones graves (neumonía, endocarditis, osteomielitis).	
PESO	Considere el peso total del paciente.	
FUNCION RENAL NORMAL	Dosis de carga: 25-30 mg/Kg peso (máx. 3 g).	
INSUFICIENCIA RENAL	Dosis de carga: 15-20 mg/kg peso.	
INFUSIÓN CONTINUA	Dosis de carga: 15-20 mg/kg peso.	
INFUSIÓN	CVC Concentración máxima 10 mg/ml (1g/100 ml)	
10-15 mg/min (1g > 1 hora)	PERIFERICO Concentración máxima 5 mg/ml (1g/200 ml)	
OBJETIVO TERAPEUTICO	AUC/CIM \geq 400 – 600	Valle: 10 -20 mg/dl
EVENTO ADVERSO	El síndrome de hombre rojo puede ocurrir si la infusión es demasiado rápida. Se caracteriza por hipotensión y/o rash maculopapular en cara, cuello, espalda y/o extremidades superiores. Si esto ocurre disminuir la velocidad de infusión (se recomienda pasar 500 mg en 60 minutos como mínimo).	

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 43 de 55			

Anexo 2: Uso de ATB en infusión continua.

En determinados pacientes, luego de la evaluación infectológica se definirá el uso de antimicrobianos en infusión continua.

Estas recomendaciones pretenden optimizar el perfil tiempo sobre la concentración inhibitoria mínima, factor críticamente importante en las infecciones severas causadas por patógenos gram negativos para favorecer el efecto bactericida máximo del antimicrobiano. La población objetivo son pacientes críticos con función renal normal (Clearance creatinina >50 ml/min) e infecciones severas por bacterias gram negativas.

Para cumplir con estas recomendaciones, asegúrese que el medicamento cumple con la estabilidad necesaria, según datos aportados por el fabricante.

Medicamento	Tipo de infusión	Dosis/ frecuencia	Estabilidad	Manejo Enfermería
Ampicilina	Continua en 24 h	12 g IV c/24 h	Cambiar la infusión cada 8 h	<u>Dosis de carga:</u> Disolver 2 g en 100 ml de SF y pasar en 30 min. <u>Infusión:</u> Disolver 4 g en 100 ml de SF e infundir a 12,5 ml/h, inmediatamente post-carga.
Cefazolina	Continua en 24 h	6 g IV c/24 h	Estable hasta 24 h	<u>Dosis de carga:</u> Disolver 2 g en 100 ml de SF o SG5% y pasar en 30 min. <u>Infusión:</u> Disolver 6 g en 250 - 500 ml de SF o SG% e infundir a 12,5 ml/h o 25 ml/h inmediatamente post-carga.
Ceftazidima	Continua en 24 h	6 g IV c/24 h	Estable hasta 24 h	<u>Dosis de carga:</u> Disolver 2 g en 100 ml de SF o SG5% y pasar en 30 min. <u>Infusión:</u> Disolver 6 g en 250 ml de SF o SG%, infundir 12,5 ml/h post-carga.
Cloxacilina	Continua en 24 h	12 g IV c/24 h	Estable hasta 24 h	<u>Dosis de carga:</u> Disolver 2 g en 100 ml de SF o SG5% y pasar en 30 min. <u>Infusión:</u> Disolver 6 g en 250 - 500 ml de SF o SG% e infundir a 12,5 ml/h o 25 ml/h inmediatamente post-carga.
Fosfomicina	Continua en 24 h	24 g IV c/24 h	Estable hasta 24 h	<u>Infusión:</u> Disolver 24 g en 1200 ml de SG% (volumen total) e infundir a 50 ml/h.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 44 de 55			

Piperacilina/ tazobactam	Continua en 24 h	18 g IV c/24 h	Estable hasta 24 h	<p><u>Dosis de carga:</u> Disolver 4,5 g en 100 ml de SF o SG5% y pasar en 30 min.</p> <p><u>Infusión:</u> Disolver 18 g en 500 ml de SF o SG5% e infundir a 17 ml/h, inmediatamente post-carga.</p>
-----------------------------	---------------------	----------------	-----------------------	--

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 45 de 55			

Anexo 3: Ajuste de dosis en obesos mórbidos.

Las siguientes recomendaciones son aplicables a pacientes obesos sin disfunción renal o hepática, en cualquiera de esos escenarios deben realizarse los ajustes correspondientes con el fin de mantener la seguridad y eficacia del tratamiento farmacológico, considerando además variables como CIM de la bacteria y sitio de la infección. Estas recomendaciones aplican para pacientes con IMC ≥ 40 .

Tipo de peso (Kg)	Ecuación
Peso ajustado (PA)	$PI + C * (PT-PI)$

C: constante (puede ser 0,4 o 0,3 depende de cada medicamento), PI: Peso ideal, PT: Peso total.

Dosisificación de Antimicrobianos en Pacientes Obesos		
Antimicrobiano	Dosis Máximas	Observaciones y prevención de efectos adversos
Penicilinas		
Ampicilina	12 g/día	Considerar infusión continua
Ampicilina/sulbactam	12 g/día	
Cloxacilina	12 g/día	Considerar infusión continua
Piperacilina/tazobactam	18 g/día	Infusión 4 h, considerar infusión continua
Cefalosporinas		
Cefazolina	12 g/día	Considerar infusión continua
Ceftazidima	6 g	Infusión 3 h
Ceftazidima/avibactam	Dosis estándar	Infusión 3 h

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 46 de 55			

Ceftolozano/tazobactam	Dosis estándar	Infusión 3 h
Ceftriaxona	4g/día	1-2 g c/12 hrs

Carbapenémicos

Efectos Secundarios: Convulsiones especialmente con imipenem, aumento transitorio de transaminasas, creatinina, leucopenia y eosinofilia.

Ertapenem	1g/día	En microrganismos con CIM de 0,25-0,5 se sugiere dosis 1g/12 h. Se aconseja usar meropenem por menor riesgo de convulsiones.
Imipenem	4g/día	Infusión 3 hrs. Se aconseja usar meropenem por menor riesgo de convulsiones
Meropenen	6g/día	Infusión 3 h

Aminoglicósidos

Efectos Secundarios: Nefrotoxicidad, ototoxicidad y bloqueo neuromuscular.

Amikacina	15-20 mg/Kg PA*/24 h	PA (C=0,4). Se recomienda niveles plasmáticos peak 30-40 ug/ml medidos a los 30 min de administrada la primera dosis y valle <2 ug/ml medidos previo a la administración de una nueva dosis.
Gentamicina	5-7 mg/Kg PA*/24 h	PA (C=0,4). Se recomienda niveles plasmáticos peak 4-10 ug/ml medidos a los 30 min de administrada la primera dosis y valle 1-2 ug/ml medidos previo a la administración de una nueva dosis.

Quinolonas

Efectos Secundarios: Alteraciones del SNC (cefalea, insomnio, convulsiones), alargamiento intervalo QT (en pacientes con cardiopatía, alteraciones electrolícticas y uso concomitante de otros medicamentos que alargan el intervalo QT), anemia, trombocitopenia, aumento de transaminasas y creatinina.

Ciprofloxacino	1,2 g/día	
Levofloxacino	Dosis estándar	

Otros

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 47 de 55			

Azitromicina	Dosis estándar	Efectos Secundarios: Alargamiento del intervalo QT, sobre todo en presencia de hipokalemia, hipomagnesemia o hipocalcemia y otros medicamentos que alargan el QT.
Colistin	360 mg/día	Dosis calculada con colistin base. Efectos Secundarios: Toxicidad renal y bloqueo neuromuscular.
Sulfametoxazol/trimetropin	320+ 1600mg/24h	PA* (C=0,4) Efectos Secundarios: Cristaluria, sobre todo en diuresis inferior a 1L/día. Leucopenia, trombocitopenia, agranulocitos, aplasia medular o anemia hemolítica.
Clindamicina	4,8 g/día	Efectos Secundarios: Hepatotoxicidad, neutropenia.
Daptomicina	Dosis estándar	PA* (C=0,4) Efectos Secundarios: Miopatía tóxica reversible al retiro del medicamento (controlar CK semanalmente), leucopenia en tratamientos prolongados.
Linezolid	1200 mg/día	Evaluar uso de infusiones continuas. Efectos Secundarios: Trombocitopenia y anemia que son reversibles con la suspensión del fármaco, acidosis láctica.
Metronidazol	4 g/día	Efectos Secundarios: Nauseas, diarrea, neutropenia, trombocitopenia, convulsiones, encefalopatía.
Tigeciclina	Dosis estándar	Efectos Secundarios: Pancreatitis, aumento transaminasas y FA, hepatotoxicidad, anemia hemolítica, eosinofilia, neutropenia, hipoprotrombinemia.
Vancomicina	Carga: 25-30mg/Kg Mantención: 15-20 mg/Kg c/8-12h	Peso total. Monitorizar con niveles plasmáticos y respuesta clínica. Niveles plasmáticos entre 15-20 ug/ml, medida antes de la 4ta dosis en pacientes con función renal normal. Si no logra alcanzar los niveles plasmáticos, considere infusión continua. Efectos Secundarios: Nefrotoxicidad
Antifúngicos		
Anfotericina B Deoxicícolato	1 mg/kg/día	Efectos Secundarios: Nefrotoxicidad, hipokalemia, colestasis (aumentos FA y bilirrubina). Anemia.

	 Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena	Código GU-ATM-0323
		Versión 02
		Vigencia Noviembre 2029
Página 48 de 55		

Anfotericina B Liposomal	6 mg/kg/día	Peso total. <u>Efectos Secundarios:</u> Idem a la anterior.
Anidulafungina	Dosis estándar	Efectos Secundarios: Elevación de transaminasas y GGT (transitorio), hipokalemia y hipomagnesemia.
Caspofungina	70mg	Efectos Secundarios: Elevación transaminasas (transitorio)
Fluconazol	12 mg/Kg/día	Peso total. <u>Efectos Secundarios:</u> Hepatotoxicidad, elevación de las transaminasas.
Voriconazol	8mg/kg/día	Efectos Secundarios: Elevación de transaminasas, hepatotoxicidad.

Antivirales

Aciclovir	5 – 12,5 mg/Kg EV c/8 h	PA (C=0,4). <u>Efectos Secundarios:</u> Cristaluria o insuficiencia renal reversible.
-----------	-------------------------	--

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 49 de 55			

Anexo 4: Dosificación de Antimicrobianos en terapia de reemplazo renal (Hemofiltración venovenosa continua-Hemodiálisis venovenosa continua).

Estas son recomendaciones generales para pacientes que están usando hemodiálisis venovenosa continua y hemofiltración venovenosa continua y no debieran reemplazar el juicio clínico.

Antimicrobianos que no requieren ajuste de dosis

Antimicrobianos que no requieren ajuste de dosis				
Anidulafungina	Anfotericina-B deoxicílato	Anfotericina-B liposomal	Azitromicina	Caspofungina
Ceftriaxona	Clindamicina	Cloxacilina	Linezolid	Metronidazol
Tigeciclina	Voriconazol			

Antimicrobiano	Dosis Carga	Dosis Recomendada
Penicilinas		
Ampicilina	2g	1 g c/8h
Ampicilina/sulbactam	3g	1,5 g c/8h
Piperacilina/tazobactam	4,5g	4,5g c/6h en infusión 4 h
Cefalosporinas		
Cefazolina	2g	1 g c/8h
Ceftazidima	2g	2g c/12h en infusión 3 h
Ceftazidima/avibactam	NA	2,5g c/8 h en infusión 3 h
Ceftolozano/tazobactam	NA	1,5g c/8 h en infusión 3 h
Carbapenémicos		
Ertapenem	1g	1g c/día
Imipenem	1g	500 mg c/8 h
Meropenen	1-2g	1g c/12h en infusión de 3 h
Aminoglucósidos		
Amikacina	NA	15mg/Kg EV c/24 h, ajustar según niveles.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 50 de 55			

Gentamicina	NA	5 mg/Kg EV c/24 h
Quinolonas		
Ciprofloxacino	400mg	400 mg c/12h
Levofloxacino	750 mg	750 mg c/48h
Otros		
Colistín	5mg/Kg (max.300 mg)	2,5mg/Kg/12h. Dosis calculada con colistín base
Sulfametoxazol/trimetropin	5-10 mg/Kg (de TMP)	2,5-5mg/12h (de TMP)
Daptomicina	NA	8mg/kg/48h
Vancomicina	20-25 mg/Kg Peso total	15mg/Kg/24h. Medir niveles plasmáticos a las 24h
Antifúngicos		
Fluconazol	800mg	400 mg c/24h
Voriconazol	NA	No se recomienda su uso en CrCl<50 ml/min, debido a la acumulación de su vehículo intravenoso (cyclodextrina). Úselo solo si los beneficios exceden los riesgos. Considere vía oral.
Antivirales		
Aciclovir	NA	10mg/kg/24h

		Código GU-ATM-0323
		Versión 02
		Vigencia Noviembre 2029

Página 51 de 55

Anexo 5. Mediciones Niveles plasmáticos de Antimicrobianos

A).- Niveles de vancomicina:

Ajuste de dosis e intervalo de acuerdo con la función renal.

Criterios de Monitorización	Edad Avanzada >65 años Deterioro de la función renal Clearance renal acelerado (ej. Politraumatizados, TEC) Volumen de distribución alterado (tercer espacio, ascitis, cirrosis, quemados, obesidad, embarazadas, ventilación mecánica) Sospecha de toxicidad (uso de otros fármacos nefrotóxicos) Tratamiento > 5 días
Muestras	SANGRE Tubo sin anticoagulante (tapa amarilla) Se procesa suero. Nivel valle: 30 min antes de administrar la siguiente dosis.
Frecuencia Monitorización	Muestra inicial: Función renal normal: Antes de la 4ta.dosis Insuficiencia Renal: Antes de la 2da. dosis Seguimiento: 1.- Pacientes estable con concentración plasmática en rango: semanal 2.- Paciente crítico o tras ajuste de dosis: 48-72 h 3.- Hemodiálisis: Cada 48 h
Objetivos terapéuticos	Concentración Valle: Infecciones complicadas y sitios de difícil acceso: 15-20 ug/ml Otras infecciones: 10-15 ug/ml *Si considera AUC, ésta debe ser >400 para infecciones por <i>S.aureus</i> .

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 52 de 55			

B). - Niveles de amikacina:

Monodosis: Dosificación con ampliación de intervalo (cada 24-48 h)

Criterios de Monitorización	Edad Avanzada >65 años Deterioro de la función renal Clearance renal acelerado (ej. Politraumatizados) Volumen de distribución alterado (tercer espacio, ascitis, cirrosis, quemados, obesidad, embarazadas, ventilación mecánica) Sospecha de toxicidad (uso de otros fármacos nefrotóxicos) Tratamiento > 5 días Siempre que el objetivo sean niveles elevados (patógenos con CIM elevada)
Muestras	<u>Suero</u> Sangre en tubo sin anticoagulante tapa amarillo Nivel valle: 30 minutos antes de administrar la siguiente dosis Nivel peak: 30 minutos tras finalizar infusión. Indicar en la solicitud si muestra corresponde a: peak o valle.
Frecuencia Monitorización	<u>Muestra inicial</u> Monodosis: Antes de la 2da.dosis (peak y valle) Ajuste de dosis: Control 24-48 h <u>Sequimiento:</u> <u>Si niveles normales:</u> monitorizar nuevamente a los 4 días o antes, en caso de cambios significativos en situación clínica del paciente. <u>Si hay cambios en dosificación o paciente crítico:</u> monitorizar en las 48 h posteriores.
Objetivos terapéuticos	Monodosis: Concentración Peak: Se recomienda alcanzar 8-10 veces la CIM del MO a tratar. A evaluar 30-40 ug/ml (45-60 mg/dl en paciente crítico) Concentración Valle: < 2 ug/ml o indetectable

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 53 de 55			

Anexo 6. Ajuste de antimicrobianos en ECMO, en pacientes sin falla renal*

Medicamentos	Dosis Recomendadas**
Anfotericina B liposomal	5 mg/kg/día
Caspofungina	70 mg dosis carga, luego 50 mg c/24 h
Ceftriaxona	2 g c/12 h
Etambutol	Aumentar 50% la dosis estándar
Ganciclovir	6 mg/kg c/12 h
Imipenem	500 mg – 1000 mg c/6 h
Levofloxacino	750 – 1000 mg c/24 h
Linezolid	600 mg c/12 h
Meropenem	1 – 2 g c/8 h
Oseltamivir	75 – 150 mg c/12 h
Piperacilina/tazobactam	4,5 g c/6-8 h
Pirazinamida	Aumentar 50% la dosis estándar
Rifampicina	20 mg/kg c/24 h
Tigecilina	100 -200 mg carga, luego 50 – 100 mg c/12 h
Vancomicina	25 -30 mg carga, luego 15 -20 mg/kg c/8-12 h
Voriconazol	6 mg/kg c/12 h por 2 dosis, luego 4 mg/kg c/12 h

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 54 de 55			

Anexo 7. Administración Antimicrobianos Intratecales

Medicamentos	Dosis habitual; dilución*
Gentamicina	2-5 mg cada 24 h; 2 mg/mL
Amikacina	30 mg cada 24 h; 10 mg/mL
Vancomicina	5- 20 mg cada 24 h; 10 mg/mL (10 o 20 mg lo más frecuentemente usado en estudios)
Polimixina B	2 mg en pediátricos; 5 mg en adultos
Colistín	10 mg /día o 5 mg c/12h

(*) Las diluciones en solución salina al 9% deben prepararse para un volumen final a instilar de 2 a 5 mL.

		Código	GU-ATM-0323
		Versión	02
		Vigencia	Noviembre 2029
Página 55 de 55			

Anexo 8: Solicitud Antimicrobianos HHHA.

SOLICITUD DE ANTIMICROBIANOS HHHA					
FECHA:	CTA CORRIENTE:				
SERVICIO:	SALA/CAJAS:				
NOMBRE PACIENTE:					
OG. INFECTOLÓGICO:					
TERAPIA:	EMPÍRICA	DIRIGIDA	DURACIÓN TOTAL (DÍAS):		
CULTIVO (MOAISLADO, NEGATIVO O PENDIENTE):					
ANTIBIÓTICOS DE USO PROTEGIDO (REQUIEREN VS DE INFECTOLOGÍA ANTES DE 4 DÍAS PARA ADULTO Y 2 DÍAS PARA PEDIATRÍA)					
CÓDIGO	FÁRMACO	FF	DOSIS	SOLICITA	ENTREGA
213-0166	ANIDULAFUNGINA 100 MG	FA			
213-0005	AMPICILINA+SULBACTAM 1,5G	FA			
213-0035	CEFOPERAZONA+SULBACTAM 1/0,5 G	FA			
213-0026	CEFUROXIMA 750 MG	FA			
213-0195	COLISTÍN 100MG (3 MILLONES)	FA			
213-0140	ERTAPENEM 1 G	FA			
213-0028	IMIPENEM+CÍLASTINA 500 MG	FA			
213-0138	LINSIZOID 500 MG/300 ML	MTZ			
213-01	MÉROOPENEM 1000 MG - 500MG	FA			
213-0139	PIPERACILINA/TAZOBACÍAM 4/0,5 G	FA			
213-0164	TIGECICLINA 50 MG	FA			
213-00	VANCOMICINA 1000 MG - 500 MG	FA			
213-0151	VORICONAZOL 200 MG	FA			
ANTISIÓTICOS QUE NO REQUIEREN VS INFECTOLOGÍA (CONTROLADOS SEGÚN GUÍAS CLÍNICAS LOCALES Y EN CASO DE BROTES DE RESISTENCIA)					
213-0179	ACICLOVIR EV 250MG	FA			
213-0153	ACICLOVIR SUSP. 200:MG	FC			
213-0150	ACICLOVIR CM 200MG	CM			
213-00	AMIKACINA 100MG - 500 MG	FA			
213-0102	AMOXI+ACCLAVUL 10C/57MG SUSP.	FC			
213-0036	AMOXI+ACCLAVUL 673/125MG	CM			
213-0031	CEFADROXILO 250MG/SML	FC			
213-0030	CEFADROXILO 500MG	CM			
213-0025	CEFAZOLINA 1G	FA			
213-0024	CESOTAXIMA 1G	FA			
213-0023	CEFTAZIDIMA 1G	FA			
213-0035	CEFRTRIAXONA 1G	FA			
213-0147	CEFUROXIMA 250MG/5ML	FC			
213-0018	CIPROFLUOXACINO 200 MG/100 ML	MTZ			
213-0017	CIPROFLUOXACINO 500MG	CP			
213-0163	CLARITROMICINA 500MG	CM			
213-0094	CLARITROMICINA 250MG/5ML	FC			
213-0020	CLOXAQUINA 500 MG	FA			
213-00	CUNDAMICINA 300MG - 600MG	AM			
213-0183	FLUCONAZOL 200MG/100ML	FA			
214-C1	FLUCONAZOL 150MG - 50MG	CP			
213-0100	METRONIDAZOL 500MG/100ML	FA			
213-00	PENICILINA G SÓDICA 1 - 2 MILL U.L	FA			
213-0081	SULFAMETOZAZOL/TRIMETOPRIMA 400/30MG	FA			