

Montevideo, 23 de Agosto de 2018

Dra. Verónica Morín
Adjunta Dirección
Hospital Español

Atento a lo hablado referente a avanzar a una forma de medicina racional y pautaada basada en guías de toma de decisión clínica, es que le hago llegar las guías de uso racional de antibióticos en algunas de las infecciones más frecuentes en que motivan la consulta en el ámbito hospitalario y principalmente a nivel de los departamentos de emergencia de hospitales de segundo y tercer nivel.

Las guías adjuntas fueron realizadas por diferentes cátedras y departamentos de la facultad de medicina, ubicadas en el Hospital de Clínicas, las que son referentes en el temas: Departamento de Emergencia, Dpto. Clínico de Medicina, Cátedra de Medicina Intensiva, Cátedra de Enfermedades Infectocontagiosas, Dpto. de Microbiología y Dpto. de Farmacología. Poder contar con tales guías para que nuestros médicos apoyen la toma de decisión clínica de aquellos pacientes que así lo requieran, es de gran ayuda en la labor de regular de forma racional el uso de antibióticos.

Ya que estas guías deberían ser usadas continuamente y ser de fácil acceso a todo el que las necesite, tendrían que estar colgadas en el cuarto médico y en la planta física de la emergencia. Un formato amigable sería el realizar una cartelera donde pudiéramos colgar cada una de las guías, a gran escala, formato de 40x25 o 70 x 30, teniendo presente que deben estar legibles y que algunas de esas guías contienen más de una carilla.

Se solicitan tres juegos completos de estas guías en material resistente y a color.

Sin otro particular saludo a usted atentamente

Dr Daniel Murillo
Jefe del Dpto de Emergencia

Dr. DANIEL MURILLO
Jefe Serv. de Emergencia
Hospital Español
A.S.S.E.

Dra. VERONICA MORIN
Adjunta a Dirección
Hospital Español
ASSE

| INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS NO SUPURADAS | | INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS SUPURADAS | |
|---|---|---|--|
| LEVE | MODERADA | SEVERA | MODERADA |
| Elementos de infección localizada. Sin elementos sistémicos de infección. | Elementos de infección sistémica (*) con hemodinamia estable. Área > 75 cm ² o pte inmunodeprimido (ERC, DM, cirrosis, etc) | > a 2 elementos de infección sistémica (*), sepsis, sospecha de infección necrotizante o inmunosuprimido (neutropenia, trasplantado, inmunosupresores) ver al dorso aclaraciones a, b y c | Elementos de infección sistémica (*) con hemodinamia estable, o pte inmunodeprimido (ERC, DM, cirrosis, etc) |
| Ambulatorio | Amb/int | Internación | Amb/int |
| Elementos de infección localizada. Sin elementos sistémicos de infección. | Elementos de infección sistémica (*) con hemodinamia estable, o pte inmunodeprimido (ERC, DM, cirrosis, etc) | > a 2 elementos de infección sistémica (*), sepsis, sospecha de infección necrotizante o inmunosuprimido (neutropenia, trasplantado, inmunosupresores) ver al dorso aclaraciones a, b y c | Elementos de infección sistémica (*) con hemodinamia estable, o pte inmunodeprimido (ERC, DM, cirrosis, etc) |
| Ambulatorio | Amb/int | Internación | Amb/int |
| Cultivos: no requiere | Cultivos: no requiere | Hemocultivos y cultivos de la lesión (punción, muestras quirúrgicas) | HC y cultivos de la lesión en inmunodeprimidos |
| ITIS/ERISÍPELA LEVE | CELULITIS/ERISÍPELA MODERADA | GANGRENA DE FOURNIER | FORÚNCULO / ABSCESO/ CARBUNCO |
| Flora mixta: <i>Streptococcus</i> sp SAMS SAMR <i>P. aeruginosa</i> (herida punzante en planta de pie) | Flora mixta: <i>Anaerobios</i> (<i>Peptostreptococcus</i> , <i>Prevotella</i> , <i>Fusobacterium</i>) y <i>Aerobios</i> (<i>Streptococcus</i> sp y <i>S. aureus</i>) * <i>Multocida</i> y <i>Capnocytophaga canimorsus</i> en animales * <i>E. corrodens</i> en humanos | Flora mixta, aerobia (<i>enterobacterias</i> , <i>Streptococcus</i> sp, <i>Enterococcus</i> y <i>anaerobios</i> (<i>Bacteroides</i> sp, <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Fusobacterium</i> , <i>Clostridium</i> sp) | SAMS/SAMR EN PERIANAL Flora mixta, aerobia (<i>enterobacterias</i> , <i>Streptococcus</i> sp, <i>Enterococcus</i> sp) y anaerobia (<i>Bacteroides</i> sp, <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Fusobacterium</i> , <i>Clostridium</i> sp) |
| a-clavulánico o c/12hs o 500 mg vo c/6h | Ampicilina-sulbactam 1.5-3 g iv cada 6 h o Cefazolina 1-2gr c/8h +/- TMP SMX 10 mg/kg día (de TMP), si trauma penetrante o factor de riesgo para SAMR Alternativa: Clindamicina 600 mg c/6hs iv/vo | Piperacilina-tazobactam 4.5 gr iv c/6 hs + Amikacina 20 mg/kg día una vez al día. Alternativa: Ciprofloxacina 400 mg iv c/8h + Metronidazol 500 mg iv c/8h + Amikacina 15-20 mg/kg/día o Gentamicina 3-5 mg/kg/día. | TMP/SMX 5 mg/kg (de TMP) vo d. Alternativa: Clindamicina 300 mg c/8h vo (elección embarazadas y alergia a sulfas) Doxiciclina 100 mg c/12 h vo. Perianal: Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg c/12 h. |
| penetrante eción por gar TMP-SMX 1 (de TMP) vo 6 na 300 mg cada ar vacunación. | Si herida punzante en planta de pie agregar Ciprofloxacina 500 mg vo iv c/12h, valorar vacunación | Celulitis moderada a severa en exposición agua salada, agua dulce. Agua dulce: <i>A. hydrophila</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>E. coli</i> , <i>Edwardsiella tarda</i> . Agua Salada: <i>Vibrio vulnificus</i> . | TMP/SMX 10 mg/kg iv/vo (de TMP) Alternativa: Clindamicina 600 mg iv/vo c/6hs (embarazada) o Doxiciclina 100 mg vo/12 hs. Perianal: Ampicilina-sulbactam 1,5 gr iv/6 h +/- aminoglicósido por 48-72 h. Si buena evolución completar vo. |
| 5-7 días | 10-14 días | 5-14 días | 10-14 días |
| OSO Y ELEVACIÓN DEL ÁREA AFECTADA | LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO | DESBRIDAMIENTO AMPLIO Y PRECOZ | INCISIÓN Y DRENAJE |
| 5-7 días | 5-14 días | 14-21 días (ver aclaraciones al dorso) (e) | 5-10 días |

ABREVIATURAS:

SAMS (*S. aureus* meticilino sensible)
SAMR (*S. aureus* meticilino resistente)
TMP-SMX: Trimetoprim-sulfametoxazol. El cálculo de la dosis está referida al componente TMP de la coformulación (cada ampolla contiene 80 mg de TMP y los comprimidos contienen 80mg o 160 mg).
FR: Factores de riesgo.

CONSIDERACIONES:

- Todos los pacientes deben ser re-evaluados a las 48-72 horas en cuanto a evolución bajo antibioterapia, posibilidad de pasaje a la vía oral, considerar desescalar o eventualmente escalar si presenta mala evolución. Considerar necesidad de drenaje de colecciones si persistieran.
- SAMR puede presentar resistencia a la Clindamicina, por lo que se debe controlar a los pacientes que reciben este fármaco para cobertura de *Staphylococcus* y eventualmente escalar a vancomicina o cambiar a TMP-SMX en caso de mala evolución.
- En los abscesos perianales si sospecha origen cutáneo se debe agregar cobertura para SAMR y tomar muestra para cultivo.

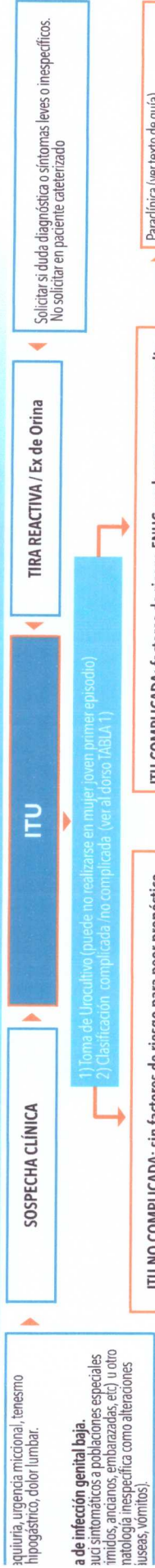
ACLARACIONES

(*) Elementos sistémicos de infección:

- Tax mayor a 38°C
- FC mayor a 100 cpm
- Polipnea mayor a 24 rpm
- GB mayor a 12000 o menor a 4000

ACLARACIONES DE INFECCIONES SEVERAS DE PARTES BLANDAS:

- a. Sospechar infección necrotizante si: presencia de dolor intenso, desproporcionado a la lesión visible, anestesia de la zona, compromiso sistémico, repercusión hemodinámica, flictenas, crepitación, induración más allá de la zona eritematosa, necrosis de piel o equimosis, acidosis láctica progresiva.
- b. Los pacientes con infección de partes blandas severas, celulitis de Fournier o sospecha de infección necrotizante requieren consulta inmediata con cirujano y urólogo (en el caso de C. de Fournier). No se debe retrasar la consulta ni demorar la intervención quirúrgica por estudios diagnósticos imagenológicos. Los estudios imagenológicos pueden tener falsos negativos en caso de infección necrotizante. Suelen ser necesarias varias intervenciones quirúrgicas, desbridación para estabilizar al paciente.
- c. En los pacientes oncológicos neutropénicos la etiología de las infecciones de partes blandas puede ser cocos gram positivos o bacilos gram negativos resistentes así como hongos como *Cándida*, *Fusarium*, *Aspergillus* o mucorales. Deben ser evaluados por infectólogo y dermatólogo. Puede ser necesario el agregado de tratamiento empírico antifúngico
- d. Si se confirma fascitis necrotizante por *Streptococcus pyogenes* el tratamiento de elección es penicilina más clindamicina dado la acción antitoxina de la clindamicina.
- e. La duración del tratamiento antibiótico para las infecciones severas es de al menos 14 días, hasta que el paciente no requiera más cirugía de desbridación, presente mejoría clínica y sin fiebre por al menos 48 a 72 horas.



Paraclinia (ver texto de guía)

- Hemocultivos
- Función renal
- Hemograma
- PCR
- Imagen: US / TC (si grave; sospecha de abscesos, fístula, dolor intenso, fiebre al 3er día de tratamiento)
- Otras según comorbilidades y gravedad

aguijón, urgencia miccional, tenesmo hipogástrico, dolor lumbar.

a de infección genital baja.
Tus síntomas a poblaciones especiales (niños, ancianos, embarazadas, etc) u otro patología inespecífica como alteraciones iséas, vómitos).

Solicitar si duda diagnóstica o síntomas leves o inespecíficos.
No solicitar en paciente categorizado

| | TRATAMIENTO AMBULATORIO | | TRATAMIENTO INTERNADO | |
|---|--|--|--|--|
| | SIN FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR | CON FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR (TABLA 4) | SIN FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR | CON FACTORES DE RIESGO PARA MO-MDR (TABLA 4) |
| COMPLICADA los a 5 d según | Fosfomicina trometamol 3 gr vo unidosis (repetir a las 72hs si persisten síntomas) Nitrofurantoina 100 mg vo c6h (Nitrofurantoina macrocristales 100 mg vo c12h) x 5d Primer episodio mujer joven: TMP/SMX 160/800 mg vo c12h x 3d | Fosfomicina trometamol 3 gr vo unidosis (repetir a las 72hs si persisten síntomas) Nitrofurantoina 100 mg vo c6h (Nitrofurantoina macrocristales 100 mg vo c12h) x 5d Primer episodio mujer joven: TMP/SMX 160/800 mg vo c12h x 3d | Ceftriaxona 1 gr iv c24h Cefuroxime 750 mg iv c8h Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv | Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv |
| EMBARAZADA gún AIB 5 a 7 d al finalizar | Nitrofurantoina 100 mg vo c6h (Nitrofurantoina TRIMESTRE) Fosfomicina trometamol 3 gr vo unidosis (repetir a las 72hs si persisten síntomas) Cefuroxime axetil 500 mg vo c12h x 7d Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c12h x 7d | Igual esquema. No utilizar cefuroxime. Si riesgo para <i>Enterococcus faecalis</i> o <i>Enterobacterias</i> BLEE considerar Amoxicilina-clavulánico 1 gr vo c8h | Ceftriaxona 1 gr iv c24h Cefuroxime 750 mg iv c8h Alergia grave a betalactámico: Fosfomicina disódica 8 gr iv carga y luego 4 gr c6h | Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia grave a betalactámico: Fosfomicina disódica 8 gr iv carga y luego 4 gr c6h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv |
| PLICADA alta, en hombre statis | Cefuroxime axetil 500 mg vo c12h Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c8-12h Fosfomicina trometamol 3 gr vo c48h x 3 dosis Ciprofloxacina 500-750 mg vo c12h | Igual esquema. No utilizar cefuroxime. Si riesgo para <i>Enterococcus faecalis</i> o <i>Enterobacterias</i> BLEE considerar Amoxicilina-clavulánico 1 gr vo c8h | Ceftriaxona 2 gr iv c24h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg iv c8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv | Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Si FR para SAMR agregar Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h. Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg i.v. c8h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv |
| AGUDA NO 14d | Riesgo de ETS: Ceftriaxona 1 g iv o im y luego Doxiciclina 100 mg vo c12h x 10d (evaluar otras ETS) Bajo riesgo de ETS: Levofloxacina 750 mg vo c24h x 14d Ciprofloxacina 750 mg vo c12h x 14d | Fosfomicina 3 gr vo c48h x 7 dosis (14 d) | Ceftriaxona 1 g iv c24h Ciprofloxacina 400 mg c8h iv. | Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv c6h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia betalactámico: Ciprofloxacina 400 mg i.v. c8 h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv |
| ADO (síntomas de bajo, sin fiebre ni síntomas) | Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c8h. Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg vo c12h. | Fosfomicina 3 gr vo c48h x 3 dosis | Cefazidime 2 gr iv c8h Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 400 mg i.v. c8 h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. | Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv. c6h + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Alergia a betalactámicos: Ciprofloxacina 400 mg i.v. c8 h ± Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. |
| S NO (mujer no factores ENUC) | Primera dosis Ceftriaxona 1gr iv o im o Amikacina 15 mg/Kg iv luego. Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg vo c8 h x 7 d Cefuroxime axetil 500 mg vo c8 h x 7 d Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c12h vo x 7 d | Primera dosis Amikacina 15 mg/Kg iv luego. Amoxicilina-clavulánico 875 mg/125 mg c8h vo x 7 d Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c12h vo x 7 d | Agregar al plan seleccionado siempre Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. En absceso agregar Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h | Piperacilina-tazobactam 4,5 gr iv carga y luego c6h en perfusión extendida + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv. En absceso Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h |
| | Alergia betalactámicos: Ciprofloxacina 750 mg c12h vo x 7 d | | Agregar al plan seleccionado siempre Amikacina 15 mg/Kg/24h iv En absceso agregar Vancomicina 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h | Meropenem 1-2 gr iv c8h en perfusión extendida + Amikacina 15 mg/Kg/24h iv Si riesgo para <i>Candida spp</i> agregar Fluconazol 800 mg iv carga y luego 400 a 800 mg/día En absceso Vancomicina agregar 30 mg/Kg iv carga y luego 15 a 20 mg/Kg c12h |

| CLASIFICACIÓN EN COMPLICADA / NO COMPLICADA | |
|---|--|
| 0 | Considerar complicadas dado riesgo de peor pronóstico |
| OPRENUC | Ejemplos |
| ores) | No hay factor de riesgo conocido |
| e | ITU recurrente sin riesgo de mal pronóstico |
| NO COMPLICADA | Diabetes controlada Deficiencia hormonal en mujeres post-menopausadas |
| il | Factores de riesgo extra-urogenitales con riesgo de pronóstico más grave |
| os | Diabetes mal controlada Inmunodepresión relevante Enfermedades del tejido conectivo |
| os | Nefropatía con riesgo de pronóstico más grave |
| os | Insuficiencia renal relevante Nefropatía poliquística |
| s | Factores de riesgo urológico con riesgo de pronóstico más grave que se pueden resolver durante el tratamiento |
| do | Obstrucción ureteral (litiasis, estructural) Sondaje vesical temporal Bacteriuria asintomática (embarazada, trasplante renal en los primeros 60 días) Vejiga neurogénica controlada |
| do | Sonda vesical permanente y factor de riesgo urológico sin posibilidad de solución |
| do | Obstrucción urinaria no resuelta Vejiga neurogénica no controlada |
| | COMPLICADAS |

a 3: Quick-SOFA (abreviación de la escala de valoración de fallas orgánicas - SOFA) de puntos de los siguientes criterios. Considerar sepsis si ≥ 2 o en aumento

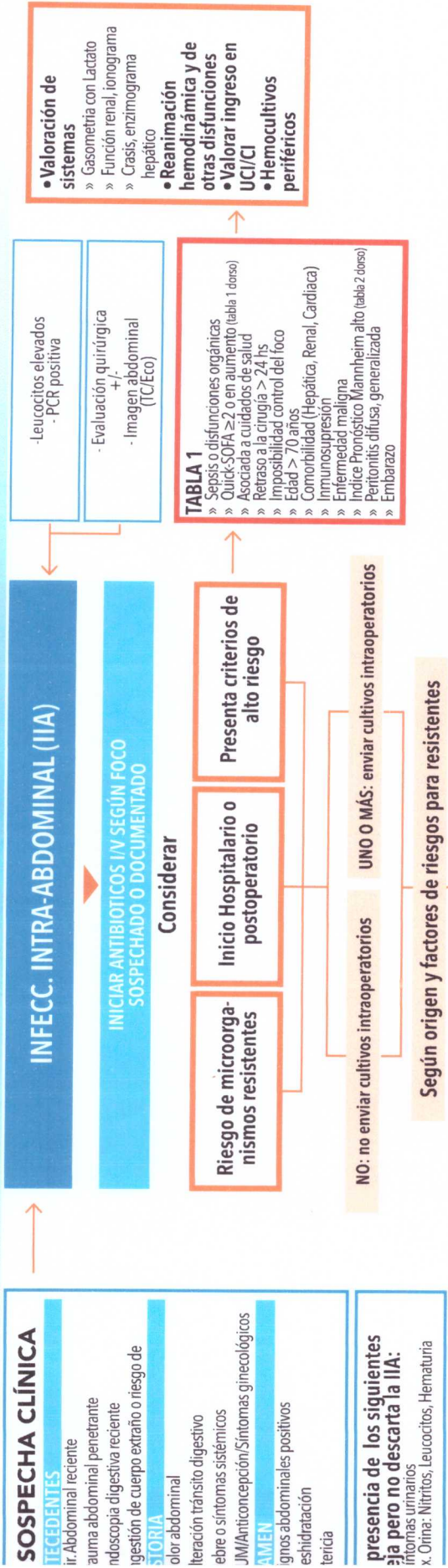
| Criterio | Puntos |
|---|--------|
| cuencia respiratoria ≥ 22 respiraciones/minuto | 1 |
| eración de conciencia | 1 |
| ión arterial sistólica < 100 mm Hg | 1 |

TABLA 2. CRITERIOS HOSPITALIZACIÓN

ITU complicadas y pielonefritis no complicadas: definir ingreso luego de periodo de valoración, tratamiento inicial y observación de 6 a 12 horas
Para hospitalización considerar:
 - Elementos de gravedad (qSOFA)
 - Enfermedad crónica descompensada
 - Complicaciones locales (obstrucción, abscesos)
 - Embarazo
 - Inmunosupresión relevante
 - Insuficiencia Renal Aguda
 - Diagnóstico incierto
 - No tolerancia vía oral
 - No soporte social
 - No posibilidad de revaloración
 - No comprender las indicaciones

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO PARA MICROORGANISMOS MULTIDROGORESISTENTES (MO-MDR)

| Factores | Enterobacterias productoras de Betalactamasas de espectro expandido (BLEE) | Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) | Enterococcus spp | Pseudomonas spp | Candida spp |
|--------------------------------------|--|--|--|---|---|
| Contacto con el sistema hospitalario | Contacto reciente con el sistema de salud (ej. internación últimos 3 meses en: Centro de agudos; Centro de rehabilitación; Geriátrico; Dialisis) | Internación en centro con epidemia o brotes por carbapenemasas; en particular en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) | Hospitalización reciente | Internación prolongada Admisión a UCI u otras áreas cerradas Antecedente de infección asociada a un procedimiento invasivo | Ingreso previo a UCI |
| Uso de antimicrobianos | Consumo de antimicrobianos dentro de los últimos 3 meses (Betalactámicos+inhibidores, cefalosporinas 3G o 4G; quinolonas) | Uso previo de carbapenémicos | Uso de cefalosporinas 3G | Consumo de antimicrobianos antipseudomónicos dentro de los últimos 3 meses | Antibiototerapia previa |
| Características del paciente | Paciente ≥ 65 años con comorbilidades (ej. insuficiencia renal, diabetes) Catecterización urinaria > 30 días | | Paciente ≥ 65 años con uropatía obstructiva Patología proxiática Catecterización a permanencia Postoperatorio urológico y pacientes con sonda vesical permanente que han recibido profilaxis con cefalosporinas Cirugía del tracto urinario | Paciente con comorbilidades específicas: Enfermedad estructural del pulmón, fibrosis quística, neutropenia, sida, otra inmunodeficiencia | Cirugía abdominal Nutrición parenteral Pancreatitis grave Cácter femoral |
| Historia microbiológica | Colonización o infección previa por Enterobacterias con BLEE. | Colonización o infección previa por EPC | Colonización o infección previa por Enterococcus sp | Colonización o infección previa por Pseudomonas sp | Colonización múltiple previa |



REVALUAR ESQUEMA ATB SEGÚN CULTIVO/S RESPUESTA CLÍNICA
 SI CONTROL QUIRURGICO DEL FOCO, TRATAMIENTO \leq 7 DIAS (tabla 5 dorso)

| IIA comunitaria SIN FR para Resistentes | IIA comunitaria CON RIESGO de Enterobacteria Resistente | IIA HOSPITALARIA o POSTOPERATORIA |
|--|--|--|
| <p>Factores de riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> » Hospitalización en los últimos 3 meses » Internación en centros de tercer nivel o geriátricos » Antecedente de uso de ATB en los últimos 3 meses (beta-lactámicos + inhibidores, cefalosporinas de 3 y 4G, quinolonas) » Cateeter urinario mayor 30 días » Gastrostomía » Hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia » Diabetes » Inteicc/coloniz... BGN BLEE (últimos 6 meses) » Procedimiento biliar invasivo (CPRE) | <p>Sin otros factores de riesgo para resistentes</p> <ul style="list-style-type: none"> » No ATB previos » Intervalo entre cirugía índice y reoperación menor 5 días y ATB 24 hs o menos » No procedimientos invasivos previos | <p>Peritonitis terciaria o IIA hospitalaria con otros factores de riesgo para resistentes</p> <ul style="list-style-type: none"> » Uso de antibióticos por 5 días o más » Intervalo entre reoperación y cirugía índice mayor a 4 días » Múltiples reoperaciones » Infección no controlada con más de 5 días de ATB » Uso previo de azoles ** Muy importante enviar muestras intrabdominales en todas las exploraciones o punciones |
| <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina/sulbactam 3 grs IV c/6 hs • Si presenta criterios de la tabla 1, agregar Gentamicina 5 mg/Kg c/24 hs (una vez/día) | <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/6 hs • Si presenta criterio de la tabla 1, agregar Amikacina 20 mg/Kg c/24 hs (una vez/día) • En shock séptico, sustituir Pip/Tazo por Carbapenémico | <p>Recomendado (consulta con Infectología):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meropenem o Imipenem + Amikacina + Fluconazol • Agregar Vancomicina según FR para Enterococo R a ampicilina o <i>Staphylococcus</i> sp R a meticilina (tabla 3 y 4 dorso) <p>Alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tigeciclina + Colistin + Fluconazol • Tigeciclina + Fosfomicina + Fluconazol • Si uso previo de Azoles, sustituir Fluconazol por Equinocandina |
| <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampicilina/sulbactam 3 grs IV c/6 hs + Gentamicina 5 mg/Kg c/24 hs (una vez/día) | <p>Recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/6 hs + Amikacina 20 mg/Kg c/24 hs (una vez/día) • En shock séptico o acumulación de FR, sustituir Pip/Tazo por Imipenem 0,5 gr IV c/6hs | |

a 1: **Quick-SOFA** (abreviación de la escala de valoración de fallas orgánicas - SOFA) en puntos de los siguientes criterios

| terio | Puntos |
|---|--------|
| cuencia respiratoria ≥ 22 respiraciones/minuto | 1 |
| eración de conciencia | 1 |
| ión arterial sistólica < 100 mm Hg | 1 |

a 2: **Índice Pronóstico de Peritonitis de Mannheim (MPI)**
ores altos: suma de puntos mayor a 25.

| terio | Puntos |
|--|--------|
| ad > 50 años | 5 |
| nero femenino | 5 |
| sencia de falla orgánica (una o más) * | 7 |
| ermedad Maligna | 4 |
| ración de evolución de la peritonitis > 24 horas | 4 |
| gen no colónico | 4 |
| itonitis difusa generalizada | 6 |
| o de exudado peritoneal | 0 |
| | 6 |
| Claro | |
| Turbio/Purulento | |
| Fecaloideo | 12 |

allas orgánicas (a considerar en cálculo de MPI):

- Renal: creatinina sérica ≥ 2 mg/dL o urea ≥ 1 gr/L u oliguria (diuresis < 20 ml/h)
- Respiratoria: PaO₂ < 50 mm Hg al aire o equivalente o PaCO₂ > 50 mm Hg
- Shock: hipotensión o hiperfusión que no revierten con aporte parenteral
- Intestinal: parálisis ≥ 24 horas o íleo intestinal completo

Tabla 3: **Factores de Riesgo para Enterococcus sp Resistente a Ampicilina**

| Factor |
|--|
| - Inmunosupresión (enfermedad hemato-oncológica, trasplante, quimioterapia) y desarrollo de la IIA bajo tratamiento antibiótico prolongado (mayor a 10 días) |
| - Tratamiento antibiótico previo reciente (último mes) con Cefalosporinas o Beta-lactámicos de amplio espectro durante más de 10 días |
| Peritonitis hospitalaria en casos de: |
| - Enfermedad Hepato-biliar tratada con procedimiento invasivo o implante de dispositivo |
| - Trasplante Hepático |
| - Desarrollada bajo tratamiento antibiótico en curso mayor a 7 días |
| - Cultivo en otro sitio del organismo con <i>Enterococcus sp</i> resistente a Ampicilina (orina, herida, hisopado o muestra cultivada de otro sitio) |

Tabla 4: **Factores de Riesgo para Staphylococcus sp Resistente a Meticilina**

| Factor |
|---|
| - Peritonitis terciaria que no responde al tratamiento o con cocos Gram positivos en estudio directo del líquido peritoneal |
| - Cultivo con <i>Staphylococcus sp</i> Resistente a Meticilina en otro sitio (orina, herida, catéter, hisopado nasal o faringeo u otra muestra cultivada de otro sitio) |
| - Antecedente de infección o colonización por <i>S. aureus</i> Resistente a Meticilina |

Tabla 5: Duración recomendada del tratamiento antibiótico

| Condición | Días |
|---|----------|
| IIA no complicada , con resolución quirúrgica del foco | ≤ 3 |
| IIA complicada localmente , sin sepsis ni otro factor de alto riesgo, con control quirúrgico del foco | 3-5 |
| IIA con criterios de alto riesgo , con peritonitis difusa o con presencia un factor de riesgo para microorganismo resistente, sin inestabilidad hemodinámica | 5-7 |
| IIA de alto riesgo (peritonitis difusa con alguno de los siguientes): | 7 - 10* |
| - inicio nosocomial, postoperatoria o en inmunosuprimido | |
| - acumulación de factores de riesgo para multi-resistentes | |
| - inestabilidad hemodinámica, sepsis o disfunciones orgánicas | |

* La persistencia de actividad infecciosa o disfunciones en actividad luego de 5 a 7 días de tratamiento debe desencadenar investigaciones diagnósticas buscando persistencia de la infección, complicaciones u otro foco infeccioso nuevo (catéteres, neumonía, candidiasis invasiva).

ión de síntomas en general menos de 5 días
e
may y signos de infección del tracto respiratorio inferior: tos, expectoración, disnea, dolor torácico, crepitantes.

Rx de tórax: infiltrado nuevo y sin diagnóstico alternativo del mismo.

- TC de tórax: Rx. no concluyente con alta sospecha, en inmunodeprimidos o con patología estructural de la vía aérea o del parénquima pulmonar, en evolución tórpida.
- Ultrasonografía: diagnóstico de complicaciones locales, guiar maniobras.

Neumonía Aguda Comunitaria

Criterios: internación y gravedad

PRESENCIA DE COMORBILIDADES:

- Diabetes mellitus
- Enfermedad hepática y/o renal
- Asplenia anatómica o funcional
- Inmunosupresión por fármacos
- Alcoholismo, tabaquismo, consumo de PBC

- Enfermedad neurológica
- Insuficiencia cardíaca
- EPOC, Asma
- Neoplasia
- Inmunosupresión por patología
- Coagelopatía

Aunque se estratifique en un grupo bajo de riesgo (CURB-65: 0 o 1) también se internará si: qSOFA \geq 2 o en aumento, elevación de más de un lípido, saturación de oxígeno menor 93%, insuficiencia respiratoria, inestabilidad hemodinámica, neumonía necrotizante, presencia de derrame pleural, fracaso de tratamiento antibiótico previo, intolerancia digestiva o ausencia de soporte social.

GRUPOS DE TRATAMIENTO

| GRUPO 1 - CURB-65: 0-1, si hay comorbilidades, están compensadas, sin otras causas de internación, tolera vía oral AMBULATORIO EN GENERAL NO NECESARIO PARACLÍNICA | GRUPO 2 - CURB-65: 2 u otra de las causas de internación presente o con comorbilidades no compensadas. INTERNACIÓN EN CUIDADOS MODERADOS | GRUPO 3 - CURB-65: 3-5, criterios de gravedad, criterios de sepsis INTERNACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS (CI/CIU) |
|--|--|--|
| <p>PO 1a: < de 65 años SIN comorbilidades y SIN factores de riesgo para patógenos resistentes ciclina 1500 a 2000 mg/día v.o. dividido en 2 ó 3 dosis este fármaco a las 72 horas, agregar Azitromicina 500 mg v.o. por 5 días gría grave a betalactámico o si factores de riesgo para atípicos: tomicina 500 mg v.o. cada 12 horas o 1000 mg/día</p> <p>PA 1b: > de 65 años SIN comorbilidades o < de 65 años de edad CON comorbilidades pensadas, y SIN factores de riesgo para patógenos resistentes ciclina/clavulánico o Amoxicilina/sulbactam 875 mg/125 mg cada 12 horas v.o. a sospecha para atípicos agregar: Claritromicina 500 mg v.o. cada 12 horas o 1000 mg/día gría grave a betalactámico: loxacin 750 mg una vez por día v.o. o floxacin 400 mg una vez por día v.o.</p> <p>al ambulatorio en 72 horas ACCIÓN TRATAMIENTO: 5 A 7 DÍAS*</p> | <p>Iniciar tratamiento antimicrobiano empírico en las primeras 4 horas desde la entrada al hospital o con comorbilidades no compensadas.</p> <p>Paradínica Básica: hemograma, glicemia, ionograma, creatinemia, azoemia, funcional y enzimograma hepático, PCR, gasometría arterial, HW con consentimiento informado. Microbiológico: cultivo de la expectoración, considerar sobre todo en grupo 2b: Hemocultivos x 2 (total 40 ml).</p> <p>GRUPO 2a: CON o SIN comorbilidades y SIN FR para Patógenos Resistentes Específicos Amipidina/sulbactam 1.000/500 mg iv cada 6 horas Alternativo internación domiciliar o alergia leve a penicilina: Ceftriaxona 1 g i.v. día Solo si alta sospecha para atípicos agregar al plan: Clarithromicina 500 mg v.o. iv cada 12 horas o 1000 mg/día Si alergia grave a betalactámicos: Levofloxacina 750 mg día i.v. o Moxifloxacina 400 mg día i.v.</p> <p>Grupo 2b: CON o SIN comorbilidades y CON FR para Enterobacterias productoras de BLEE o Pseudomonas aeruginosa: Piperacilina-tazobactam 4,5 gr. i.v. cada 6 horas \pm Amikacina 15 mg/Kg/día Alergia grave a betalactámicos: Levofloxacina 750 mg diarios iv Si riesgo SAMR agregar: Trimetoprim sulfametoxazol a 10 mg/Kg/día de trimetoprim i.v. o v.o. en 3 o 4 dosis Solo si alta sospecha para atípicos agregar al plan: Clarithromicina 500 mg v.o. o i.v. cada 12 horas o 1000 mg/día</p> <p>Si sospecha de gripe complicada o neumonía viral: agregar oseltamivir 75 mg cada 12 horas por vía enteral por 5 días (en ambos grupos).</p> | <p>Inicio precoz de antibioterapia (ANTES DE 1 HORA)</p> <p>Paradínica Básica: hemograma, glicemia, ionograma, creatinemia, azoemia, funcional y enzimograma hepático, crasis, PCR, gasometría arterial, HW con consentimiento informado.</p> <p>Estudios microbiológicos: - Hemocultivos x 2 (total 40 ml) - Cultivo de la expectoración - Aspirado de secreciones traqueales / Lavado bronquiolo-alveolar - Antígeno neumocócico en orina - Serología para atípicos si sospecha - Panel respiratorio alto en secreciones (biología molecular por sistema de PCR multiplex)</p> <p>Grupo 3a: SIN riesgo de P. aeruginosa o Enterobacteria productora de BLEE: Amipidina/sulbactam 1.000 mg/500 mg cada 6 horas i.v. más claritromicina 500 mg i.v. cada 12 horas Ceftriaxona 1 g/día iv más Claritromicina 500 mg i.v. cada 12 horas Alergia grave a beta lactámicos: Levofloxacina 750 mg iv día o Moxifloxacina 400 mg iv día</p> <p>Grupo 3b: CON riesgo de P. aeruginosa o Enterobacteria productora de BLEE: Piperacilina-tazobactam 4,5 gr. i.v. cada 6 horas más Claritromicina 500 mg i.v. cada 12 horas o Cefepime 2 g cada 8 horas iv más Amikacina 15 mg/Kg/día i.v. más Claritromicina 500 mg i.v. cada 12 horas Si shock séptico: Meropenem 1 - 2 gr. i.v. cada 8 horas más Claritromicina 500 mg i.v. cada 12 horas. Alergia grave a betalactámicos considerar: Levofloxacina 750 mg/día iv (si no está disponible indicar Ciprofloxacina 400 mg cada 8 horas i.v.) más amikacina 15 mg/Kg/día iv</p> <p>Si riesgo SAMR agregar: Trimetoprim sulfametoxazol 10 mg/Kg/día de trimetoprim i.v. en 3 o 4 dosis o Vancomicina carga 30 mg/Kg i.v. y luego 15 a 20 mg/Kg cada 12 horas</p> <p>Temporada de GRIPE: agregar oseltamivir 75 mg cada 12 horas por vía enteral por 5 días</p> |
| <p>Rotar a vía oral luego de 48-72 horas si: Clínicamente estable, mejoría de los signos o síntomas de la infección, en apariencia, ausencia de factores que puedan afectar una correcta absorción gastrointestinal, buena tolerancia para la vía oral. SI MEJORÍA CLÍNICA VALORAR ALTA PRECOZ CON O SIN INTERNACIÓN DOMICILIARIA. DURACIÓN TRATAMIENTO: 7 DÍAS*</p> | <p>REVALUAR ESQUEMA ANTIMICROBIANO SEGÚN RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA. DURACIÓN TRATAMIENTO Grupo 3a - 7 DÍAS* DURACIÓN TRATAMIENTO Grupo 3b - 10-14 DÍAS*</p> | |

* La duración del tratamiento se basa en mejoría clínica y ausencia de complicaciones loco-regionales. En caso de indicar Claritromicina la duración del tratamiento es de 10 días.