
	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

Principios Generales para el uso de antimicrobianos

1. No trate colonizaciones, interprete los resultados con “PRECAUCION”, no base sus diagnósticos solo en el laboratorio.
2. No busque infecciones donde no las hay, considere causas no infecciosas en síndromes febriles (medicamentos, trombosis, flebitis, hipertiroidismo, etc).
3. Siempre se puede posponer el inicio de antibióticos en el paciente febril pero que cursa con signos vitales estables.
4. Intentar siempre cultivar los sitios pertinentes del paciente febril, antes de iniciar los antibióticos o antes de cambiar los esquemas.
5. Los antibióticos no son INOCUOS, se debe intentar simplificar el esquema con espectros más reducidos, una vez obtenido el cultivo y con respuesta adecuada del paciente.
6. No se deberá usar CEFTRIAXONA, excepto en las siguientes circunstancias: Meningitis bacteriana, absceso cerebral, absceso hepático, peritonitis primaria espontanea, prostatitis y epidídimo-orquitis.
7. Tener precaución en el uso de QUINOLONAS, su uso indiscriminado está asociado a selección de resistencia en bacilos Gram negativos y estafilococo meticilino resistente; además se debe descartar infección por *Micobacterium tuberculosis*, ya que puede incurrir en monoterapia para esta patología y agotar esta opción como tratamiento de segunda línea.
8. Se podrán usar CARBAPENEMICOS en pacientes que ingresen sépticos, ordenando cultivos antes del inicio del antibiótico y pensando en descalonar según los resultados, también se pueden considerar en pacientes que hayan recibido 72 horas de otras moléculas de amplio espectro y no estén respondiendo adecuadamente o si un aislamiento microbiológico indique su uso (Bacterias BLEES positivas).
9. No administrar antibióticos profilácticos por más de 24 horas (idealmente 1 sola dosis o hasta 2 si el tiempo quirúrgico es mayor a 6 horas).
10. Si un paciente tolera la vía oral, cambie a moléculas con el mismo perfil microbiológico y administre los medicamentos por esta vía.
11. Usar antibióticos con buena penetración en el sitio de Infección.

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

12. Tenga en consideración las comorbidades del paciente, historia de alergia, efectos colaterales y las interacciones medicamentosas.


SITUACIONES EN QUE EL USO DE VANCOMICINA DEBE SER EVITADO

1. Profilaxis quirúrgica de Rutina.
2. Terapia empírica en paciente neutropenico febril.
3. Tratamiento de Estafilococos Coagulasa negativa aislado en tracto urinario o vías aéreas, ya que sugiere contaminación vs colonización.
4. Uso empírico en pacientes que no tiene cultivos de Estafilococos resistente.
5. Pacientes con función renal limítrofe.
6. Descontaminación selectiva del tracto gastrointestinal.
7. Descolonización y erradicación de MRSA.
8. Profilaxis de rutina en recién nacidos de bajo peso.(- 1.5 kg)
9. Profilaxis de diálisis peritoneal o hemodiálisis.
10. Tratamiento de infecciones por bacterias Gram positivas sensibles a betalactamicos.
11. Tratamiento de colitis asociada al uso de antibióticos (excepto si hay contraindicación al metronidazol)
12. Tratamiento de infecciones por MRSA con MIC +1.5

USO ACEPTABLE O APROPIADO DE VANCOMICINA

1. Infección por Estafilococo resistente a OXACILINA, TRIMETROPIN SULFA, CLINDAMICINA, ERITROMICINA Y TETRACICLINAS.
2. Infección por Enterococos faecium o faecalis en caso de no haber otra opción en el antibiograma.
3. Tratamiento empírico de Endocarditis de válvula protésica, con un tiempo menor a 1 año postquirúrgico.
4. Tratamiento empírico de infección en SNC relacionado a derivación y asociado a molécula que cubra gérmenes gramnegativos.


Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
 Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

5. Meningitis causada por Elizabethkingia meningoseptica o por Estreptococo Pneumoniae Resistente a penicilina documentado en la Institución o en el cultivo.
6. Profilaxis quirúrgica de procedimientos tales como implantes de prótesis, o dispositivos en hospitales con elevada prevalencia de MRSA diagnosticada.
7. Infecciones estafilocócicas o Estreptocócicas graves en pacientes alérgicos a penicilinas.
8. Tratamiento empírico de sepsis asociada a catéter y pensando en descalonar de acuerdo al resultado de cultivos.


ÁREA CORPORAL	INFECCIÓN	RÉGIMEN	COMENTARIO
CABEZA Y CUELLO	Meningitis adquirida en la comunidad	Ceftriaxona 2grIVc24h + Vancomicina 1grIVc12h??	Añada Ampicilina 2grIVc6h si inmunosuprimido o > 50 años
	Meningitis adquirida en el hospital	Cefepime 2grIVc8h	
	Absceso cerebral	Ceftriaxona 2grIVc12h + Metronidazol 500mgIVóVOc8h	
	Encefalitis	Aciclovir 10-12.5mg/kgIVc8h	
	Endoftalmitis	Vancomicina 1grIVc12h	Antibióticos intraoculares +/- vitrectomía
	Otomastoiditis	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h	Únicamente si paciente suficientemente enfermo para requerir hospitalización
	Sinusitis severa	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h	Únicamente si paciente suficientemente enfermo para requerir hospitalización
	Abscesos de espacios cervicales	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h	Requiere drenaje
TÓRAX	Endocarditis válvula nativa	Oxacilina 2grIVc6h + Gentamicina 80 mgIVc8h	Cambie a Penicilina 4mUc4h + gentamicina si estreptococo sensible

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	


	Endocarditis válvula protésica	Vancomicina 1grIVc12h + Rifampicina 600mgVO/día	Cambio válvula protésica Gentamicina si enterococo
	Neumonía adquirida en la comunidad - NAC3 (no requiere UCI)	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h o doxiciclina 100mgVOc12h ó cefuroxima 1.5 grIV c8h	
	Neumonía adquirida en la comunidad - NAC4 (requiere UCI)	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h + Claritromicina 500mg IV c12h	
	Neumonía nosocomial	Cefepime 2grIV c8h o Piptazo 4.6giv c6h	Solicite Hemocultivos o SOT o BAL
	Empiema adquirido en la comunidad	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h ó Clindamicina 600mgc8h si se sospecha broncoaspiración	Requiere drenaje, Citoquimico, Cultivo
	Empiema adquirido en el hospital	Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h + Clindamicina 600mgIVc8h	Requiere drenaje,citoquimico, cultivo
	Exacerbaciones agudas de EPOC	Ampicilina/sulbactam 3 grIV c6h	No hay evidencia clara de beneficio de antibióticos.

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

ABDOMEN INTESTINO	E	Infección intrabdominal adquirida en la comunidad	Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h o Cefepime 2grIV C8h + Metronidazol 500 mgIV c8h	Cirugía (o drenaje con aguja opción en el caso de abscesos)
		Infección intrabdominal adquirida en el hospital – leve o moderada	Ertapenem 1grIV c24h	Cirugía (o drenaje con aguja opción en el caso de abscesos).
		Infección intrabdominal adquirida en el hospital – severa *	Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h o Cefepime 2grIV c8h + Metronidazol 500mg IV c8h o Doripenem 1Giv c8h	Cirugía (o drenaje con aguja opción en el caso de abscesos). Se puede usar Tigeciclina para bacterias Blee O presencia de S.aureus o Enterococos
		Pancreatitis necrotizante	Imipenem 500mgIVc6h	Requiere aspiración de área de necrosis para evaluar si hay necrosis infectada
		Diarrea severa adquirida en la comunidad	Trimetropinsulfa 160/800 VO c12h	Ordene coproscópicos y coprocultivo
		Diarrea severa adquirida en el hospital	Ampicilinasulbactam 1.5grIV c6h	Ordene coproscópicos y coprocultivo
	VÍAS URINARIAS		Infección urinaria baja no complicada	Nitrofurantoína 100mgVO c6h O Cefazolina 2grIV c6h
		Infección urinaria complicada adquirida en la comunidad	Gentamicina 300 mgIV/d ó Ertapenem 1grIV/d	Ajuste según antibiograma
		Infección urinaria complicada adquirida en el hospital	Amikacina 1grIV/d ó Cefepime 2grIV c8h ó Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h	Ajuste según antibiograma


Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

	Prostatitis	Ciprofloxacina 500mgVO(400mgIV)c12h	Se puede usar quinolonas o tetraciclinas
GINECO- OBSTÉTRICAS	Mastitis severa	Cefazolina 2 grIV c6h ó Clindamicina 900mgIVc8h	
	Infección puerperal	Clindamicina 900mgIVc8h + gentamicina 240mgIV/d ó Ampicilina/Sulbactam 1.5grIVc6h	
	Ruptura prolongada de membranas	Ampicilina 1grIVc6h + Eritromicina 500 mgVO c6h	
	Enfermedad pélvica inflamatoria	Clindamicina 900mgIVc8h + gentamicina 240mgIC/d	


* Para los casos marcados con *, **casos severos** implican la presencia de hipotensión, oliguria, alteración del estado de conciencia, falla orgánica o la necesidad de UCI.

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	


ÁREA CORPORAL	INFECCIÓN	RÉGIMEN	COMENTARIO
OSTEO-ARTICULARES	Artritis séptica - paciente sexualmente activo	Ceftriaxona 2grIV/día	Obtenga cultivo de articulación. Si cultivo (+) para MRSA, considere usar Clindamicina o TMS.
	Artritis séptica - paciente no activo sexualmente	Cefazolina 2grIVc6h	Considere añadir TMS +/- Clindamicina si paciente severamente enfermo a la espera de cultivo
	Infección de prótesis articular	Clindamicina 600mgIV c8h + Rifampicina 300mgVO c12h o TMS 160/800mgVO c12h + Rifampicina 300mgVO c12h	Si es posible, <u>posponer antibióticos hasta después de toma de cultivo.</u> Ideal remover prótesis. Ajustar de acuerdo a cultivo
	Osteomielitis aguda de columna o huesos largos	TMS 160/800mg c12h + Rifampicina 300mgVO c12h ó Cefazolina 2grIVc6h O Clindamicina + Rifampicina	Idealmente cultivar hueso antes de antibiótico. Considere añadir gentamicina +/- vancomicina si paciente severamente enfermo a la espera de cultivo
	Artritis séptica u osteomielitis aguda nosocomial	Clindamicina 600mgIV c8h + Rifampicina 300mgVO c12h	Ajustar según resultados de cultivo.
	Osteomielitis crónica adquirida en la comunidad	Clindamicina 600mgIV c6h + Rifampicina 300 mgVO C12h ó Cefazolina 2grIVc6h	ÚNICAMENTE SI PACIENTE SÉPTICO. Si es posible, cultivar hueso antes de iniciar antibiótico.
	Osteomielitis crónica adquirida en el hospital	Linezolid 600mgIV c12h	ÚNICAMENTE SI PACIENTE SÉPTICO. Si es posible, cultivar hueso antes de iniciar antibiótico.

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	


TEJIDOS BLANDOS	Infección herida quirúrgica cirugía limpia - casos leves/moderados	Trimetoprin-sulfa 160/800mg VO/IVc12h O Cefazolina 2grIV c6h	Considere la opción de no usar antibióticos
	Infección herida quirúrgica cirugía limpia - casos severos *	Clindamicina 600mgIV c8h + Amikacina 1grIVd	
	Infección herida quirúrgica cirugía gastrointestinal o biliar- casos leves/moderados	Amikacina 1grIV dia + metronidazol 500mgVOc8h	Considere la opción de no usar antibióticos
	Infección herida quirúrgica cirugía gastrointestinal o biliar- casos severos *	Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h	Considere añadir Clindamicina si sospecha fasciitis necrotizante.
	Infección herida quirúrgica cirugía ginecológica (no puerperal)-casos no severos	Clindamicina 900mgIVc8h + gentamicina 240mgIV/d	Drenaje
	Infección herida quirúrgica cirugía ginecológica (no puerperal)-casos severos *	Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h	Considere añadir Clindamicina si sospecha fasciitis necrotizante. Debridamiento
	Celulitis (incluye pie diabético sin úlcera)	Cefazolina 2grIV c6h ó TMS 160/800 mgIV c12h ó clindamicina 600mgIVc6h	Clindamicina 600mgIVc8h + gentamicin300mgIVd si paciente severamente enfermo. Use Vancomicina/Amikacina/ Clindamicina si adquirida en el hospital.

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
 Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

	Piomiositis	Cefazolina 2grIVc6h	Drenaje/debridamiento Añada Clindamicina si severamente enfermo. Use vancomicina si adquirida en el hospital.
	Infecciones severas de tejidos blandos adquiridas en la comunidad (incluye fasciitis necrotizante)	Clindamicina 600mgIVc8h + gentamicina 300mgIV/d	Considere añadir Vancomicina si en UCI
	Infecciones severas * de tejidos blandos adquiridas en el hospital	Cefepime 2grIVc12h + Clindamicina 600mgIVc8h ó Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h + Clindamicina 600mgIVc8h	Debridamiento
	Pié diabético infectado CON ULCERA - No severamente enfermo	Clindamicina 300mgVO(600mgIVc6h) + TMS 160/800mgIV c12h o Piptazo+clindamicina	Debridamiento
	Pié diabético infectado CON ULCERA - Severamente enfermo *	Ertapenem 1grIV cdia	Considere añadir Clindamicina si sospecha fasciitis necrotizante
MISCELÁNEOS	Sepsis asociada a catéter	Vancomicina 1grIVc12h + Gentamicina 300mgIV/día	Ajuste a las 48-72 horas según cultivos
	Neutropenia febril	Cefepime 2grIVc8h	
	Sepsis de origen desconocido adquirida en la comunidad	Cefepime 2grIV c8h	Ajuste a las 72 horas según cultivos
	Sepsis de origen desconocido nosocomial	Vancomicina 1grIVc12h + Piperacilina/Tazobactam 4.5grIVc6h	Ajuste a las 72 horas según cultivos

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

* **Casos severos** = casos en los que el paciente presenta hipotensión, alteración del estado de conciencia, oliguria o falla orgánica. Además, se consideran severos todos los casos que ameritan Unidad de Cuidado Intensivo.

SEPSIS DE ORIGEN DESCONOCIDO

Tratamiento empírico

En presencia de un cuadro séptico con foco no conocido.

- **Cefepime:** 2 gr cada 8 horas.

Si hay presencia de catéter o cirugía cardiovascular previa o se sospecha foco en catéter, válvula o prótesis.

- **Adicionar: Vancomicina:** 1 gr cada 12 horas

Si el paciente se deteriora en 48 o 72 horas y presenta factores de riesgo (Estancia en UCI, presencia de catéter, nutrición parenteral, inmunosupresión, neutropenia, cáncer), considerar fungemia e iniciar antifúngicos hasta el reporte de los cultivos.

- Iniciar: **Fluconazol:** dosis de carga de 800 mg y luego 200 mg cada 12 horas.

Si no hay mejoría o sospecha de toxicidad renal:

- Iniciar: **Anidulofungina:** 200 mg dosis inicial y luego 100 mg cada 24 horas.
ó **Caspofungina:** 70 mg dosis inicial y luego 50 mg cada 24 horas


Con reporte de Cultivo positivos para:

- *Estafilococo meticilinosensible*
Cambiar la Vancomicina por **Betalactámico**.
- *Estafilococo aureus resistente a la oxacilina (SAMR), en pulmón.*
Iniciar **Linezolid:** 600 mg cada 12 horas.
- *Estafilococo aureus resistente a oxacilina (SAMR) en sangre con sepsis o Choque séptico y el MIC para Vancomicina es mayor o igual a 1.5 ug/ml:*
Iniciar **Daptomicina:** 6 mg/kg una vez al día.
- *Enterobacterias BLEEs negativos*
Escoger el antibiótico de mayor potencia, menor MIC y menor espectro.
- *Enterobacteria BLEEs positivos*
Iniciar **Ertapenem** 1 gr cada 24 horas.

Comentario: En caso de bacteria o sepsis por bacteria productora de Beta Lactamasas de Espectro Extendido (BLEEs) o por bacterias hiperproductoras o desrepressoras de AmpC como la Serratia, la Morganella, el Citrobacter y el Enterobacter, **deberá iniciarse un Carbapenemico**.

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc

Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

(Ertapenem idealmente por no ejercer presión selectiva contra *P.aeruginosa*).

INFECCION MICOTICA INVASIVA

Usualmente la candidiasis cursa con trombocitopenia

Los hemocultivos corrientes pueden detectar crecimiento de cándida.

Diferenciar:

- Colonización
- Candidemia
- Candidiasis diseminada

Cándida albicans usualmente sensible a Azoles

Cándida no albicans, algunas son resistente a los Azoles

Factores de riesgo:

- Antibiótico de amplio espectro
- Equipos invasivos: Catéter intravascular
- Edad avanzada
- Cáncer (Neoplasia hematológica)
- Diabetes
- Nutrición parenteral total
- Falla renal, diálisis
- Neutropenia
- Prótesis implantables
- Alteración en la integridad de la mucosa
- Cirugía mayor (Abdominal)
- Terapia inmunosupresora incluyendo Corticoides
- Colonización por cándida. (Tener en cuenta que el rastreo para hongos tiene una especificidad baja dada la presencia saprofítica habitual en el cuerpo)

Candidemia en no neutropenico

Ante reporte o sospecha de Cándida sin tipificar

Paciente estable Iniciar Fluconazol

Paciente inestable Iniciar Equinocandina.


En pacientes moderados a severos con exposición previa a Azoles iniciar Equinocandina

Cuando el paciente este clínicamente más estable y si el reporte indica Cándida albicans susceptible a azoles. Se puede pasar a fluconazol en 3 a 5 días

En el paciente inestable al cual le fue iniciada una Equinocandina y le fue identificada una Candida sensible a fluconazol, en el momento que presente mejoría del cuadro clínico se puede realizar el

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc

Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

cambio hasta completar 14 días de tratamiento después que los cultivos de sangre han sido negativos.

Candidemia en neutropenico

Es recomendado iniciar con equinocandina

En paciente no tan crítico, sin reciente exposición a azoles. Se puede iniciar fluconazol.

Cándida en orina

Mayoría de veces corresponde a colonización

Usar Fluconazol no equinocandina

Solo 6% de los pacientes con candiduria tienen candidemia

No tratar a menos que tenga alto riesgo de diseminación

Al eliminar el factor desencadenante resuelve

En neutropenico tratar como candidiasis invasiva

Iniciar tratamiento si es sometido a procedimiento urológico

Cistitis por cándida: Fluconazol 200 mg día por 2 semanas

Cándida Orofaringea y esofágica

Cándida orofaringea Leve: Nistatina 100.000 ui/ml

Cándida orofaríngea Moderada: Fluconazol 200 mg día por 7 a 14 días

Candidiasis esofágica: Fluconazol 200 mg día por 14 a 21 días

Duración del tratamiento antimicótico: 2 semanas después de documentar la desaparición de la candidemia y resolución de los síntomas atribuidos a candidemia

Remover catéteres en pacientes no neutropenicos con candidemia

APUNTES

El **Staphilococcus aureus** resistente a Eritromicina es resistente a Clindamicina.

En caso de aislar **Enterococo** resistente a vancomicina usar linezolid.

Staphilococcus aureus:

Meticilino sensible (SAMS)


- **De comunidad** Considerar:
 - Cefalosporina 1 generación
 - Cefalexina
 - Cefradina
 - Cefazolina
 - Cefadroxilo

Meticilino resistente (SAMR) u Hospitalario

Clindamicina 600 mg cada 8 horas por 14 dias

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc

Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días

Trimetropin sulfa 160/800 cada 12 horas por 14 días

Vancomicina 1 gr cada 12 horas

Linezolid (Se usa ante toxicidad renal, alergia a betalactámicos, o falla terapéutica)

Staphilococcus coagulasa negativa

Frecuentemente son resistentes a metilina en un 80%

Vancomicina de inicio y de-escalar si es posible con el reporte de antibiograma

En caso de neumonía por este germen usar **Linezolid**.

Pseudomonas aeruginosa:

Son resistentes a penicilina, Ampicilina y cefalosporinas de primera y segunda generación.

Son sensibles a penicilinas semisintéticas, aminoglicósidos, Ciprofloxacina, carbapenems, Cefalosporinas de tercera y cuarta generación.

Piperacilina tazobactam

Cefoperazona

Cefepime

Meropenem es más útil que imipenem 2 gr cada 8 horas en combinación con aminoglicósido

Doripenem es el carbapenémico más útil contra este germen

Ertapenem No es útil

Asociar **aminoglicósido** en caso de bacteremia

Enterococcus faecalis, faecium, avium o durans

Son Gram positivos.

Algunos son resistentes a vancomicina

Aminoglicósido

Ampicilina sulbactam

Quinolonas

Vancomicina

Linezolid

Klebsiella

Es resistente a la ampicilina

Es sensible a:

Cefepime.

Carbapenems.

Serratia Liquefaciens, Marcescens, Rubidea


Bacilo gram negativo (Enterobacteriaceae)

Sensible a:

Trimetoprim sulfa

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc

Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

Fluoroquinolonas (Ciprofloxacina o Levofloxacina)
Carbapenem (Ertapenem, imipenem, meropenem)
Aminoglicosidos solo en combinación con otro antibiótico

No se recomienda monoterapia con cefalosporina de tercera o Piperacilina Tazobactam así sean sensibles ya que producen gran cantidad de betalactamasas tipo ampC.

Acinetobacter Baumannii. Es Gram negativo

Puede sobrevivir en objetos secos varios días. Tiene múltiples métodos de resistencia

Sensible a:

- Carbapenems **Imipenem** y **Meropenem**. No usar **Ertapenem**
- **Ampicilina sulbactam**.
- **Piperazilina tazobactam**.
- Asociar **Amikacina** o **Rifampicina** en multiresistencia
- **Tigeciclina**

GRUPO CESP (Citrobacter, Enterobacter, Serratia, Providencia, Proteus.)

Pueden tener una Beta Lactamasa tipo AmpC Inducible que solo se expresa cuando es expuesta a Betalactámico. Puede aparecer sensible in vitro pero al exponerse induce resistencia.

No usar cefalosporina en pacientes graves, se prefiere usar **Carbapenems**

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc

Médico especialista en:

Infectología

Universidad del Estado de Rio de Janeiro

Medicina Tropical


Fundación Oswaldo Cruz

Doctorado en Enfermedades Infecciosas

Fundación Oswaldo Cruz

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc

Médico especialista en: Infectología

	NOMBRE GUÍA ATB AISLAMIENTO		ANEXO. AISLAMIENTO
	TIPO DE DOCUMENTO OTROS DOCUMENTOS	AREA RESPONSABLE HOSPITALIZACIÓN/CIRUGÍA	

RM 818-99

BIBLIOGRAFIA

- 1 Sanford guide. The Sanford guide to antimicrobial Therapy. 2011 Fortt first edition.
- 2 Cecchini E, Silvia E, Gonzalez Ayala
Infectologia y enfermedades Infecciosas, Ed Journal, 2008. Buenos Aires, Argentina.
- 3 E. Mesalles San Juan, R Reig Valero
Infecciones por microorganismos multiresistentes en los pacientes en el paciente crítico.
Edikamed, Barcelona, Madrid 2008
- 4 The Washington manual of critical care. 2008 editorial lipponcott Williams & wilkins.
- 5 Nosocomial fungal infections: Epidemiology infection control, and prevention. George J,
Alangaden Infect Dis Clin N Am 25 (2011) 201 – 225
- 6 Urinary tract infections. Carol E, Chenoweth, Sanjay Saint. Infect Dis Clin N Am 25 (2011)
103 – 115
- 7 Invasive fungal infections in the intensive care unit. Jose a Vasquez Crit Care Med 210; 31:79-
86.
- 8 Enfermedades infecciosas principios y practica sexta edición 2006. Mandell, Douglas and
Bennett`s peritonitis y abscesos intraperitoneales Pag 931
- 9 Management of Skin and Soft-Tissue infections in the emergency department Fredrick M.
Infect Dis Clin N Am 22 (2008) 89 116

Dr Hugo Fernando Rojas Rojas MSc
Médico especialista en: Infectología