



GOBIERNO DEL
PARAGUAY


MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL



GUÍA DE
TRATAMIENTO
ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
DE INFECCIONES
MÁS FRECUENTES
EN ADULTOS.

2024-2025





GUÍA DE
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
DE INFECCIONES
MÁS FRECUENTES
EN ADULTOS.

AUTORIDADES

■ **MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK**

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

SANTIAGO ADOLFO GARCÍA DESTÉFANO

Viceministro de Atención Integral a la Salud y Bienestar Social

ÁNGEL JOSÉ ORTELLADO MAIDANA

Viceministro de Rectoría y Vigilancia de la Salud

ANDREA NATALIA OJEDA BENÍTEZ

Directora General de Vigilancia de la Salud

VIVIANA DE EGEE GARABANO

Directora de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

COLABORADORES

■ DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Dra. Viviana de Egea
Dra. Lorena Grau
Dr. Augusto Portillo

COORDINACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL CONTRA LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

Dra. Ada Brizuela
Q.F. Francisco Ovando

LABORATORIO CENTRAL DE SALUD PÚBLICA

Dr. Mario Martínez Mora
Dra. Nancy Melgarejo Touchet

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Q.F. Ana Laura Núñez
Dra. Sofía Oviedo

PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES.

Dr. Guillermo Legal

CÍRCULO DE ODONTÓLOGOS DEL PARAGUAY

Dr. Javier De Mestral Savy

SOCIEDAD PARAGUAYA DE ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGÍA

Dr. Enrique Gustavo Farias

SOCIEDAD PARAGUAYA DE DERMATOLOGÍA

Dra. Verónica Rotela

SOCIEDAD PARAGUAYA DE DIABETOLOGÍA

Dra. Raquel Torres

SOCIEDAD PARAGUAYA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

Dra. Marcela Encina
Dra. Silvia Gamarra

■ SOCIEDAD PARAGUAYA DE INFECTOLOGÍA

Dra. Adriana Jacquet
Dra. Amanda Guerrero
Dr. Arnaldo Vera
Dra. Aurelia Taboada
Dra. Carmen Marín
Dra. Cristina Alarcón
Dra. Desirée Almirón
Dra. Fátima Ovando
Dr. Gustavo Benítez
Dr. Hernán Rodríguez
Dr. Joaquín Villalba
Dr. Juan Lucio Aguilera
Dra. Limpia Ojeda
Lic. Liz Gálvez
Dra. Macarena Cristaldo
Dr. Mariano Portillo
Dra. Mirna Cuevas
Dra. Norma Arredondo
Dra. Pamela López
Dra. Paola Martín
Dra. Rebeca Guerín
Dra. Rocío Olmedo
Dra. Sofía Oviedo
Dra. Stela Samaniego
Dra. Tania Samudio
Dr. Virgilio Lezcano

SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS

Dra. Jazmín Cáceres
Dra. Marta Coronel
Dr. Williams Ortiz

SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA FAMILIAR

Dra. Ana Lorena Fernández
Dr. Derlis Canata
Dra. Diana Yuruhán
Dra. Fátima González
Dra. Maria Belén Giménez
Dra. Mariela Rojas
Dr. Walter Marchi

SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

Dra. Dora Montiel
Dr. Fernando Came
Dra. Geraldine Romero
Dr. Ignacio Ortiz
Dr. Julio Vargas
Dra. Lourdes Chamorro
Dra. María Elena Miño

■ **SOCIEDAD PARAGUAYA DE MICROBIOLOGÍA**

Dr. José Pereira Brunelli
Dra. Juana Ortellado
Bioq. María Inés Arenas
Dra. Melisa Florentín
Bioq. Miguel Jesús López

SOCIEDAD PARAGUAYA DE NEFROLOGÍA

Dra. Adriana Martínez
Dra. María Gloria Orue

SOCIEDAD PARAGUAYA DE NEUROCIRUGÍA

Dr. Carlos Giménez
Dr. Marcelo Rivas

SOCIEDAD PARAGUAYA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Dr. Marcelo Torres

**SOCIEDAD PARAGUAYA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

Dra. María Luisa Martínez
Dra. Rocío Piccardo
Dr. Rodrigo González

SOCIEDAD PARAGUAYA DE REUMATOLOGÍA

Dr. Félix Ordano

SOCIEDAD PARAGUAYA DE UROLOGÍA

Dr. Arsenio Martínez

PRÓLOGO

■ La segunda edición de la guía de tratamiento antibiótico empírico para las infecciones más frecuentes adquiridas en la comunidad ha sido producto de un esfuerzo coordinado y conjunto, liderado por las Sociedades Científicas. Esta guía tiene como objetivo abordar la problemática de Salud Pública relacionada con la resistencia a los antimicrobianos (RAM) y, en consecuencia, proporcionar una respuesta efectiva a la situación epidemiológica local y nacional sobre la RAM.

Una de las causas del uso indiscriminado de antibióticos se relaciona directamente con la falta de guías nacionales que orienten a los profesionales al momento de tomar una decisión ante una situación clínica, la cual debe estar basada en la epidemiología local, los fármacos disponibles y la mejor evidencia científica disponible.

El rol de la Vigilancia en Salud Pública está marcado por la detección oportuna, coordinación de la respuesta e implementación de medidas para mitigar el impacto de los eventos.

Como parte importante de la respuesta, la alianza estratégica con las sociedades científicas es imprescindible para una respuesta coordinada y uniforme a la amenaza que supone la resistencia a los antimicrobianos.

En un contexto donde las infecciones adquiridas en la comunidad son una causa frecuente de consulta médica, contar con información clara y actualizada es esencial para optimizar la toma de decisiones. La disponibilidad de este conocimiento no solo mejora los resultados clínicos, sino que también minimiza los riesgos asociados al uso inadecuado de antimicrobianos, contribuyendo así al bienestar de los pacientes y a la reducción de la carga sanitaria que estas infecciones suponen.

Desde la Sociedad Paraguaya de Infectología comprometida con la divulgación del conocimiento, asumimos la responsabilidad de colaborar en la elaboración de herramientas basadas en evidencia científica que apoyen a los profesionales en su práctica diaria, siendo el objetivo final alcanzar resultados terapéuticos eficaces que respondan a las necesidades de nuestra población.

DRA. VIVIANA DE EGEA
DIRECTORA
DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DR. VIRGILIO LEZCANO
PRESIDENTE
SOCIEDAD PARAGUAYA
DE INFECTOLOGÍA

Diciembre 2024

RESOLUCIÓN

A microscopic view of numerous rod-shaped bacteria, likely Bacillus subtilis, against a blue background. The bacteria are shown in various orientations and depths of focus, with some appearing sharp and others blurred. The word 'RESOLUCIÓN' is overlaid in red at the top.



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 766.-

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN ADULTOS Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 18 de noviembre de 2024

VISTO:

La Nota M.S.P.yB.S./D.G.V.S. N° 765/2024, de fecha 11 de noviembre del corriente año, registrada como expediente SIMESE N° 193.472/24, por medio de la cual la Dirección General de Vigilancia de la Salud eleva a consideración de la Máxima Autoridad el proyecto de Resolución "Por la cual se aprueba la Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de Infecciones más frecuentes en adultos y se dispone su implementación en todo el Sistema Nacional de Salud", tomando en consideración la amenaza que supone la resistencia a los antibióticos por el uso indiscriminado de los mismos; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Paraguay, en su Artículo 68, encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, y en su Artículo 69 enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley N° 836/1980, "Código Sanitario", establece en su Artículo 3° "El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que en adelante se denominará el Ministerio, es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social", en su Artículo 4° "La Autoridad de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación", y en su Artículo 40, dispone "El Ministerio dictará las medidas relativas al control de las enfermedades crónicas no transmisibles, que puedan constituir problemas de salud pública".

Que por Resolución S.G. N° 596, de fecha 18 de octubre de 2018, se aprueba la conformación del Comité Técnico para la elaboración del Plan Nacional de Resistencia Antimicrobiana, bajo la coordinación de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Que por Resolución S.G. N° 035, de fecha 20 de febrero de 2019, se amplía el Artículo 2° de la Resolución S.G. N° 596, de fecha 18 de octubre de 2018, "Por la cual se aprueba la conformación del Comité Técnico para la elaboración del Plan Nacional de Resistencia Antimicrobiana, bajo la coordinación de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".

Que por Resolución S.G. N° 606, del 7 de octubre de 2024, se aprueba el Plan Nacional de Resistencia Antimicrobiana Paraguay 2024 - 2028; y se dispone su implementación y difusión en todo el territorio nacional.

Que, como línea estratégica dentro del Plan Nacional, se contempla "utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y la salud animal".

Que por Resolución S.G. N° 071, del 10 de febrero de 2021, se aprueba la Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de Infecciones más frecuentes adquiridas en la comunidad.

Que, contar con guías nacionales para uso apropiado de antibióticos y su implementación dentro de los establecimientos de salud del país, se encuentran enmarcadas en las actividades asociadas a las líneas estratégicas del plan nacional.





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 766

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN ADULTOS Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN TODO EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 18 de noviembre de 2024

Que en concordancia con lo preceptuado en el Artículo 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21.376/1998, en su Artículo 19, dispone que compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución; y en su Artículo 20, establece las funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, en el numeral 6) la de ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros, y en el numeral 7) le asigna la función de dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones.

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, a través del Dictamen A.J. N° 1855, de fecha 12 de noviembre de 2024, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

POR TANTO; en ejercicio de sus atribuciones legales,

**LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1º.** Aprobar la **Guía de Tratamiento Antibiótico Empírico de Infecciones más Frecuentes en Adultos**, la cual forma parte como anexo de la presente Resolución.
- Artículo 2º.** Encomendar al Comité Técnico Nacional de Resistencia a los Antimicrobianos - RAM, la difusión, implementación y aplicación de la Guía en todos los establecimientos que integran el Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 3º.** Disponer que la Guía tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2025, y será actualizada de forma anual, atendiendo a los datos epidemiológicos provistos por el Laboratorio Central de Salud Pública.
- Artículo 4º.** Abrogar la Resolución S.G. N° 071, de fecha 10 de febrero de 2021.
- Artículo 5º.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

**DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK
MINISTRA**



/fo/lbm

INTRODUCCIÓN

- En la atención primaria, entre las enfermedades infecciosas con mayor frecuencia de consulta se encuentran las respiratorias y las urinarias, y en la mayoría de los casos no precisan de métodos de diagnóstico específicos, la presentación clínica de las mismas no suele requerir de hospitalización y por ello, el tratamiento antibiótico es esencialmente empírico (1); atendiendo este contexto, la elaboración de guías de tratamiento empírico de infecciones frecuentes es una necesidad para estandarizar la terapéutica, más aún atendiendo la amenaza creciente que representan los microorganismos resistentes a los antibióticos (2).

La contención de la resistencia a los antimicrobianos (RAM), mediante la presencia de programas de control de infecciones donde se apliquen medidas de prevención para la transmisión de microorganismos multi-resistentes, es considerada una de las estrategias más costo-efectiva a implementar (3).

Esta guía pretende ser una herramienta para combatir la creciente resistencia a los antimicrobianos, problema que se posiciona como una amenaza para la salud pública mundial, la cual se relaciona con el uso excesivo e indiscriminado en salud humana, animal y medio ambiente (4).

En Paraguay, desde el año 2019, dentro de las líneas estratégicas del Plan Nacional de Resistencia Antimicrobiana, se promueve la utilización de forma óptima de medicamentos en salud humana y animal, la cual se basa en la actualización de guías y/o documentos de uso de antimicrobianos, con la colaboración de las sociedades científicas, lo que le confiere a este documento un rigor técnico y científico.

Finalmente, la optimización del uso de antimicrobianos, requiere tener en cuenta diferentes factores para la elección correcta del medicamento, entre ellos el paciente, su entorno, agente infeccioso, sitio de infección y fármaco disponible.

PROPÓSITO

- Optimizar la utilización de los antibióticos en los diferentes servicios de salud de la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y de todo el Sistema Nacional de Salud, buscando así, lograr la unificación de criterios de tratamiento con directivas claras.

OBJETIVOS

1. Promover en los profesionales las buenas prácticas en el uso de antibióticos en el tratamiento de infecciones más frecuentes en adultos.
2. Proponer criterios que faciliten la toma de decisiones en el momento de indicar antibióticos, disminuyendo así la variabilidad clínica y la emergencia de resistencia antimicrobiana.
3. Contribuir a mejorar la planificación y compra inteligente de los antimicrobianos basados en guías nacionales.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las recomendaciones emanadas de esta Guía serán aplicadas en las áreas ambulatorias y de hospitalización de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, dirigida específicamente a profesionales de la salud de distintas especialidades, de todos los niveles de complejidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

Con síntomas y signos clínicos de infección bacteriana el profesional de salud podría realizar un diagnóstico de infección que requiera el inicio de tratamiento con antibióticos, la elección del mismo dependerá del sitio de la infección, el estado general del paciente y los datos epidemiológicos.

La guía fue realizada en base a las recomendaciones existentes en la literatura médica (internacional, regional y nacional), teniendo en cuenta los datos de nuestro país sobre la resistencia antimicrobiana de los principales microorganismos responsables de las infecciones más frecuentes en adultos, según el sitio de infección; tomando como referencia el informe anual de resistencia 2022, del Laboratorio Central de Salud Pública.

El principio de preservación de los antibióticos, a fin de disminuir la emergencia de resistencia, fue tenido en cuenta en cada proposición, así como la disponibilidad del medicamento de acuerdo al "Listado de Medicamentos Esenciales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social año 2012". Esta guía será actualizada de forma periódica, teniendo en cuenta la epidemiología local, la literatura y respuesta clínica.

GLOSARIO

■	APA :	Absceso periamigdalino.
	ARV :	Antiretroviral.
	BLEE :	Betalactamasas de espectro extendido.
	CAE :	Conducto auditivo externo.
	EBHGA :	<i>Streptococco</i> beta-hemolítico del grupo A.
	FC :	Frecuencia cardiaca.
	FR :	Frecuencia respiratoria.
	g :	Gramo.
	GB :	Glóbulos blancos.
	h :	Horas.
	HTEC :	Hipertensión endocraneana.
	IIA :	Infección intraabdominal.
	IM :	Intramuscular.
	ITU :	Infección del tracto urinario.
	IV :	Intravenoso.
	kp :	Kilogramo por peso.
	LPM :	Latidos por minuto.
	mg :	Miligramo.
	MO :	Material de osteosíntesis.
	MOS :	Materiales de osteosíntesis.
	OEA :	Otitis externa aguda.
	OM :	Osteomielitis.
	OMA :	Otitis media aguda.
	PA :	Presión arterial.
	Qx :	quirúrgico.
	SAMR :	<i>Staphylococcus aureus</i> metilicina resistente.
	SMX :	Sulfametoxazol.
	SRIS :	Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica.
	TAC :	Tomografía computarizada
	TCSC :	Tejido celular subcutáneo
	TMP :	Trimetoprim.
	UCI :	Unidad de cuidados intensiva.
	VIH :	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
	VO :	Vía oral.

INFECCIONES ABORDADAS

■ 1. PIEL Y PARTES BLANDAS:

A. NO PURULENTAS: ERISPELA, CELULITIS, FASCITIS NECROTIZANTE

B. PURULENTAS: FORÚNCULOS, CARBUNCO, ABSCESOS

C. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DEL PIE DIABETICO

2. NEUMONÍAS COMUNITARIAS

3. INFECCIONES DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES

4. INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

5. INFECCIÓN INTRAABDOMINAL

6. INFECCIONES OSTEOARTICULARES

7. INFECCIONES CARDIOVASCULARES

8. INFECCIONES ODONTOGÉNICAS

9. INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

1. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES

DE PIEL Y

PARTES BLANDAS:

PURULENTAS Y NO PURULENTAS

Si hay antecedente de inmunodepresión, procedimientos estéticos, infecciones crónicas post traumatismo, infecciones crónicas con tratamientos previos y sin resolución: remitir secreción o muestra de tejido para cultivo de microorganismos atípicos y patologías tropicales.

Realizar la toma de muestra para cultivo previo al inicio del tratamiento.

No realizar la toma de muestra por hisopado de la lesión, en ningún caso.

1. INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS:

A. NO PURULENTAS

ERISIPELA, CELULITIS, FASCITIS NECROTIZANTE

PIEL Y PARTES BLANDAS NO PURULENTAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>LEVE</p> <p>Infección local (enrojecimiento, dolor, aumento de temperatura local)</p> <p>Factores de riesgo: obesidad, diabetes, alcoholismo, linfedema, tiña pedis u otras micosis cutáneas o de anexos, insuficiencia venosa, injuria local previa o actual.</p>	<p>ERISIPELA</p> <p>Primera opción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina benzatínica 1.200.000 UI intramuscular, dosis única. <p>Alternativas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalexina 1 g VO c/ 8 h o 2. Amoxicilina 1 g VO c/ 8 h. <p>Alergia documentada a betalactámicos:</p> <p>Levofloxacina 750 mg VO c/ 24 h.</p> <p>CELULITIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h* o 2. Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 h. 3. Control a las 48 h, si no hay mejoría, agregar cefalexina 1 g VO c/ 8 h o amoxicilina 1 g c/ 8 h. <p>Alergia documentada a betalactámicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levofloxacina 750 mg VO c/ 24 h. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control en 48 h. 2. Duración del tratamiento: 5 días. 3. Tratar los factores de riesgos asociados. 4. De ser necesario, ajustar los días de tratamiento según evolución.

*En pacientes con obesidad grado 2 (IMC mayor o igual a 35): 2 comprimidos TMP/SMX 160/800 mg c/ 12 hrs.

ERISIPELA, CELULITIS, FASCITIS NECROTIZANTE

PIEL Y PARTES BLANDAS NO PURULENTAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>MODERADA</p> <p>Signos sistémicos de infección (fiebre, malestar general, taquicardia).</p> <p>Inmunodeprimidos.</p> <p>OBS: sospechar SAMR por factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forunculosis a repetición. • Colonización documentada. • Ingreso hospitalario previo (3 meses antes) • Antibioterapia previa (3 meses antes) 	<p>Hospitalización.</p> <p>Descartar fascitis necrotizante.</p> <p>Si el paciente no tiene tratamiento previo y consulta en este estadio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxacilina 2 g IV c/ 4h o Cefazolina 2 g IV c/ 8 h o Clindamicina 600 mg IV c/ 8 h o Ceftriaxona 1 g IV c/ 12 h. <p>Si sospecha de SAMR o tratamiento ambulatorio previo fallido o alergia documentada a betalactámicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina* 15 mg/kg/dosis, goteo para 2 a 3 h IV** c/ 12 h. <p>Control estricto de función renal c/ 48 h y control de vancocinemia en valle a las 48 a 72 h, de acuerdo a los resultados ajustar la dosis.</p> <p>En caso de alergia a Vancomicina:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linezolid 600 mg IV c/ 12 h. 	<p>Duración del tratamiento: 5 días.</p> <p>De ser necesario, ajustar los días de tratamiento a 7 días en aquellos casos que aún no haya resolución completa a los 5 días.</p>

*DILUIDO EN SOLUCIÓN FISIOLÓGICA O LACTATO RINGER a pasar en goteo para 2h como mínimo.

**Ajustar según función renal

PIEL Y PARTES BLANDAS NO PURULENTAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>SEVERA/GRAVE (FASCITIS NECROTIZANTE)</p> <p>Características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falla de tratamiento previo. 2. Dolor no proporcional a características clínicas. 3. Crepitación, ampollas, equimosis, necrosis cutánea, bullas hemorrágicas, desca-mación cutánea. 4. Fiebre > 38,5°C, FC>90/min, FR>22/min, GB>12000mm³ o menor a 4000. 5. Sepsis/ Hipotensión. 	<p>Desbridamiento quirúrgico y toma de muestra quirúrgica para cultivo en todos los casos.</p> <p>Hemocultivos previos al inicio de tratamiento siempre que fuera posible.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina* 15 mg/kg, previa dosis de carga 20-30 mg/kg, goteo para 2-3 h IV** c/ 8-12 h + Clindamicina 600 mg IV c/ 8 h + Piperacilina/ Tazobactam 4,5 IV c/ 6 h o 2. Vancomicina* 15 mg/kg, previa dosis de carga 20-30 mg/kg, goteo para 3 h IV** c/ 12 h + Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o 3. Meropenem 1 g IV c/ 8 h + Clindamicina 600 mg IV c/ 8 h. <p>Alergia documentada a betalactámicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina* 15 mg/kg, previa dosis de carga 20-30 mg/kg, goteo para 3 h IV** c/ 8-12 h o 2. Ciprofloxacina 400 mg IV c/ 12 h + Clindamicina 600 mg c/ 8 h o Metronidazol 500 mg IV c/ 6 h. <p>En caso de alergia a Vancomicina:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Linezolid 600 mg IV c/ 12 h. 2. Control estricto de función renal c/ 48 h y control de vancocinemia en valle a las 48 a 72 h, de acuerdo a los resultados ajustar la dosis. 	<p>Duración del tratamiento: 7 o hasta 14 días según control adecuado del foco.</p> <p>Optar por acortar el tratamiento si hay una respuesta adecuada (7 a 10 días).</p>

*DILUIDO EN SOLUCIÓN FISIOLÓGICA O LACTATO RINGER a pasar en goteo por 2 h como mínimo.

**Ajustar según función renal.

B. PURULENTAS

FORÚNCULOS, CARBUNCO, ABSCESOS

PIEL Y PARTES BLANDAS: PURULENTAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>LEVE</p> <p>Infección local (forúnculo, absceso que compromete superficialmente el tejido celular subcutáneo).</p>	<p>No se indican antibióticos tópicos o sistémicos.</p> <p>En episodios repetidos de forunculosis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descolonización con mupirocina ungüento intranasal y baño con jabón de clorhexidina 2% (del cuello para abajo) por 5 días seguidos en un mes, por 6 meses. 2. Recomendar el cambio de ropa de cama y baño. 	<p>Usar medios físicos (compresas tibias) y antiinflamatorios.</p> <p>Control a las 48 hrs.</p>

PIEL Y PARTES BLANDAS: PURULENTAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL
<p>MODERADA</p> <p>Empeoramiento de la lesión. Signos sistémicos de infección (fiebre, malestar general, afectación de capas profundas de la piel).</p>	<p>Incisión, drenaje, cultivo</p> <p>Ambulatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h o (10 mg/kg del componente Trimetoprim c/ 24 h, pudiéndose fraccionar hasta c/ 6 h) o 2. Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 h o 3. Levofloxacino 750 mg VO c/ 24 h o 4. Ciprofloxacino 500 mg VO c/ 12 h. <p>Hospitalizado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina* 15 mg/kg/dosis, goteo para 2 a 3 h IV** c/ 12 h. <p>Control estricto de función renal c/ 48 h y control de vancocinemia en valle a las 48 a 72 h, de acuerdo a los resultados ajustar la dosis.</p>	<p>Duración del tratamiento: 5 días.</p> <p>De ser necesario, ajustar los días de tratamiento a 7 días en aquellos casos que aún no haya resolución completa a los 5 días.</p>

*DILUIDO EN SOLUCIÓN FISIOLÓGICA O LACTATO RINGER a pasar en goteo por 2 h como mínimo.

**Ajustar según función renal.

PIEL Y PARTES BLANDAS: PURULENTAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>SEVERA – INTERNACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falla de tratamiento previo 2. Fiebre >38,5°C, FC>90/min, FR>22/min, GB>12000 mm³ o menor a 4000 3. Sepsis. 	<p>DRENAJE QUIRÚRGICO URGENTE Y TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina* 15 mg/kg/dosis, previa dosis de carga 20-30 mg/kg, goteo para 3 h IV** c/ 8-12 h + Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/ 6 h (se amplía cobertura a Gram positivos, Gram negativos y Anaerobios) 2. Vancomicina* 15 mg/kg/dosis, previa dosis de carga 20-30 mg/kg, goteo para 3 h IV** c/ 8-12 h + Imipenem 500 mg IV c/ 6 h + o Meropenem 1 g IV c/ 8 h. <p>ALERGIA DOCUMENTADA A BETALACTÁMICOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina* 15 mg/kg, previa dosis de carga 20-30 mg/kg, goteo para 2 a 3 h IV** c/ 8-12 h + Ciprofloxacino 400 mg IV c/ 8 h + Metronidazol 500 mg IV c/ 8 h (se amplía cobertura a Gram positivos, Gram negativos y Anaerobios). <p>Control estricto de función renal c/ 48 h y control de vancocinemia en valle a las 48 a 72 h, de acuerdo a los resultados ajustar la dosis.</p>	<p>7 a 14 días según control adecuado del foco.</p> <p>De ser necesario, ajustar los días de tratamiento según evolución.</p>

*DILUIDO EN SOLUCIÓN FISIOLÓGICA O LACTATO RINGER a pasar en goteo por 2 h como mínimo.

**Ajustar según función renal.

C. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DEL PIE DIABÉTICO

El diagnóstico de infección del Pie Diabético es clínico, se basa principalmente en la presencia de al menos 2 de los siguientes criterios:

- Edema o induración local.
- Eritema mayor 0,5 cm alrededor de la herida.
- Dolor o aumento de sensibilidad local.
- Secreción purulenta.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DEL PIE DIABETICO

PIE DIABÉTICO	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
LEVE 1. Sin manifestación sistémica: Involucra solo piel y TCSC. 2. No afecta tejidos profundos. 3. Eritema < 2 cm alrededor de la herida.	1. Cefalexina 1 g VO c/ 8 h + TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h. 2. Amoxicilina/IBL 875/125 mg VO c/12 h + TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h. EN ALÉRGICOS A BETALACTÁMICOS: 1. Levofloxacina 750 mg VO c/24 h + TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h.	Duración del tratamiento: 7 a 14 días.
MODERADA 1. Sin manifestación sistémica. 2. Involucra tejidos profundos: tendones, músculos, articulaciones y/o hueso. 3. Eritema > 2 cm alrededor de la herida.	1. Amoxicilina/Sulbactam 1,5 g VO c/ 8 h + TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h. EN ALÉRGICOS A BETALACTÁMICOS: 1. Ciprofloxacina 500 mg VO c/ 12 h o Levofloxacina 750 mg VO c/ 24 h + Clindamicina 600 mg VO c/ 8 h.	Duración del tratamiento: 7 a 14 días.

PIE DIABÉTICO	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
SEVERO/GRAVE Cualquier nivel de infección local, con manifestaciones sistémicas asociadas (SRIS) (dos o más de los siguientes:) 1. Temperatura > 38 o < 36 grados. 2. Frecuencia cardiaca > 90 lpm. 3. Frecuencia respiratoria > 20 rpm o PaCO ₂ < 32 mmHg. 4. Glóbulos blancos > 12.000/mm ³ o < de 4.000/mm ³ , o más de 10% de formas en banda.	1. Piperacilina/tazobactam 4,5 g c/ 6 h IV + Vancomicina 15-20 mg/kp/dosis IV c/ 12 h o 2. Ceftriaxona 1 g IV c/ 12 h, o Cefotaxima 1 g IV c/ 8 h + Metronidazol 500 mg IV c/ 8 h o 3. Clindamicina 600 mg IV c/ 8 h + Vancomicina 15-20 mg/kp/dosis IV c/ 12 h. EN CASO DE ALERGIAS, CONSIDERAR 1. Ciprofloxacina 400 mg IV c/ 12 h o 2. Levofloxacina 750 mg IV c/ 24 h + Metronidazol 500 mg IV c/ 8 h o 3. Clindamicina 600 mg IV c/8 h + Vancomicina 15-20 mg/kp/dosis IV c/ 12 h.	Duración del tratamiento: 3-4 semanas Evaluar evolución de manera periódica. Optar por acortar tratamiento según evolución clínica.

PIE DIABÉTICO	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
OSTEOMIELITIS.		<p>6 semanas de tratamiento dirigido al microorganismo aislado.</p> <p>Indicación de biopsia del hueso, toma de cultivo y anatomía patológica.</p> <p>En caso de amputación, realizar cultivo y anatomía patológica de una muestra del muñón.</p>

2. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE

NEUMONÍAS

COMUNITARIAS



1. NEUMONÍAS COMUNITARIAS

NEUMONÍA COMUNITARIA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>Sin criterio de gravedad, sin enfermedad crónicas y sin riesgo de SAMR o <i>Pseudomonas aeruginosa</i> identificado, sin riesgo social, < 65 años.</p> <p>Tratamiento ambulatorio.</p> <p>CRITERIOS DE GRAVEDAD</p> <p>Sat O2 < 92%, presencia de comorbilidad</p> <p>CURB 65 (≥ 2pts= Hospitalización)</p> <p>Confusión, Urea ≥ 43 mg/dl, FR> 30/min PAS <90 mmHg o PAD <60 mmHg y edad >65 años.</p>	<p>1. Amoxicilina 1g VO c/ 8 h.</p> <p>ALERGIA DOCUMENTADA A BETALACTÁMICOS.</p> <p>1. Levofloxacin 750 mg VO c/ 24 h.</p>	<p>Duración del tratamiento: 5* a 7 días.</p> <p>Optar por tratamientos acortados de acuerdo a evolución clínica y factores de riesgo.</p> <p>*Eficacia similar a cursos más largos.</p> <p>** Duración debe ser guiada por estabilidad/mejoría clínica.</p> <p>*** Revaluar en 72 h.</p>
<p>Con enfermedades crónicas (respiratorias, cardiovasculares, diabetes mellitus, renal, cáncer, alcoholismo, asplenia).</p> <p>Sin criterios de gravedad (<65 años.)</p> <p>Tratamiento ambulatorio.</p>	<p>1. Amoxicilina/Clavulánico o Amoxicilina/Sulbactam 875/125 mg VO c/ 12 h + Azitromicina 500 mg VO c/ 24 h.</p> <p>ALTERNATIVA PARA ALÉRGICOS</p> <p>1. Levofloxacin 750 mg VO c/ 24 h.</p>	<p>Duración del tratamiento: 7 días.</p>

NEUMONÍA COMUNITARIA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>HOSPITALIZACIÓN CON CUALQUIER CRITERIO DE GRAVEDAD:</p> <p>CURB 65</p> <ol style="list-style-type: none"> Confusión. Urea > 43 mg/dL. FR> 22/min. PAS <90 mmHg o PAD <60 mmHg. Edad ≥65 años. 	<p>OBTENER CULTIVOS (ESPUTO, SANGRE). CONSIDERAR QUE TIENEN BAJA RENTABILIDAD PARA DIAGNÓSTICO DE NAC.</p> <p>PANEL RESPIRATORIO PARA VIRUS Y BACTERIAS POR PCR, SEGÚN DISPONIBILIDAD.</p> <ol style="list-style-type: none"> Amoxicilina/sulbactam 1,5 g IV c/ 8 h + Azitromicina 500 mg VO c/ 24 h o Levofloxacin 750 mg IV c/ 24 h. <p>ALTERNATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 1 g IV c/ 12 h + Azitromicina 500 mg VO c/ 24 h. <p>EN ALÉRGICOS A BETALACTÁMICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Levofloxacin 750 mg IV c/ 24 h o Moxifloxacin 400 mg VO c/ 24 h. 	<p>7 días.</p> <p>Ante resultado de panel respiratorio positivo para virus, considerar la suspensión de los antibióticos, de acuerdo a cuadro clínico y evolución.</p>

NEUMONÍA COMUNITARIA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>SEVERA</p> <ol style="list-style-type: none"> ≥2 de estos síntomas: Confusión mental, FR >22/min, PAS<90 mmHg. Falla orgánica: Hipoxia, Hipotensión + Vasopresores, Insuficiencia Renal, Leucopenia Infiltrados multilobares. <p>Considerar UCI (Riesgo SAMR sospechar neumonía grave post influenza y/o COVID-19).</p>	<p>OBTENER CULTIVOS (RESPIRATORIO, SANGRE)</p> <p>PANEL RESPIRATORIO PARA VIRUS Y BACTERIAS POR PCR.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ampicilina/ Sulbactam 3 g IV c/ 6 h más Azitromicina 500 mg c/ 24 h o Amoxicilina/ Sulbactam 1,5 g IV c/ 8 h + Azitromicina 500 mg c/ 24 h o Ceftriaxona 1 g IV c/ 12 h + Levofloxacina 750 mg IV c/ 24 h. Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/ 6 h + Levofloxacina 750 mg IV c/ 24 h. <p>SI SOSPECHA DE SAMR:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se añada Vancomicina* 15-20 mg/kp IV c/ 8-12 h. Linezolid 600 mg IV c/ 12 h. <p>SI SOSPECHA P. AERUGINOSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftazidima 2 g IV c/ 8 h o Imipenem 500mg c/ 6 h o Meropenem 1 g IV c/ 8 h. Cefepime 2 g IV c/ 8 h. 	<p>7 hasta 14 días.</p> <p>Ajustar duración de tratamiento de acuerdo a resultados de panel respiratorio y/o cultivos.</p>

*Vancomicina: Diluir en SOLUCIÓN FISIOLÓGICA a pasar en goteo para 2 h como mínimo, recordar realizar dosis de carga (20-30 mg/kp, máximo 3 g, infusión a 10-15 mg/min). Dosaje de Vancocinemia solicitar antes de la tercera dosis)

*Ajustar según función renal.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN RECOMENDADO

■ VACUNA CONTRA COVID-19

Adultos con comorbilidades:

1 dosis anual sin tener en cuenta el antecedente de vacunación previa.

Adultos mayores de 60 años:

Sin vacunación previa: 2 dosis con intervalos de 6 a 12 meses entre cada dosis.

Con vacunación previa: 1 dosis anual.

Adultos sanos:

1 dosis anual sin tener en cuenta el antecedente de vacunación previa.

VACUNA CONTRA INFLUENZA (TETRAVALENTE)

Aplicar 1 dosis anual.

VACUNA ANTINEUMOCOCICA (PCV13, PPSV23)*

Aplicar PCV 13, luego de 8 semanas PPSV 23.

Si recibió PPSV 23, aplicar luego de 1 año la PCV 13.

Refuerzo a los 5 años con una dosis PPSV 23.

*La vacunación con PCV13 en adultos no está contemplada en el esquema regular de vacunación.

FUENTE: *Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).*

The background of the entire page is a microscopic view of various bacteria, including rod-shaped and spherical forms, rendered in a light blue color. A semi-transparent white rectangular box is positioned in the upper left quadrant, containing the main title text.

**3. TRATAMIENTO
ANTIBIÓTICO
EMPÍRICO
DE INFECCIONES
DE VÍAS AÉREAS
SUPERIORES**



FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>LEVE, FARINGITIS AGUDA.</p> <p>Diferenciar estreptocócica de las virales.</p> <p>SIN CRITERIO DE GRAVEDAD, SIN ENFERMEDADES CRÓNICAS.</p> <p>Tratamiento ambulatorio.</p>	<p>OBTENER CULTIVOS (RESPIRATORIO).</p> <p>Hisopado para EBHGA</p> <p>Panel respiratorio para virus y bacterias por PCR, de acuerdo a disponibilidad.</p> <p>Tratamiento ambulatorio para EBHGA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina V, IV 500.000 U/Kg/día para <27 kg 750.000 U/Kg/día para > 27 kg 2. Penicilina G benzatínica IM 600.000 U para <27 kg 1.200.000 U para > 27 kg 3. Amoxicilina 500 mg VO c/ 8 h o 1 g c/ 12 h. <p>ALERGIA A B-LACTÁMICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clindamicina 15-25 mg/KP/día VO. 2. Azitromicina 500 mg/día VO; 3. Claritromicina 500 mg c/ 12 h. <p>PARA GÉRMENES NO EBHGA</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fusobacterium spp:</i> Amoxicilina/Sulbactam 875/125 mg VO c/ 12 h, Metronidazol 500 mg VO c/ 12 h o Clindamicina 15-25 mg/KP/día VO. • <i>Corynebacterium diphtheriae:</i> Penicilina V, IV 500.000 U/Kg/día para <27 kg 750.000 U/Kg/día para > 27 kg o Azitromicina 500mg VO c/ 24 h o Claritromicina 500 mg VO c/ 12 h. • <i>Arcanobacterium haemolyticum:</i> Azitromicina 500mg c/ 24 h VO o Claritromicina 500 mg c/ 12 h VO o Amoxicilina/Sulbactam 875/125 mg c/ 12 h VO. • <i>Neisseria gonorrhoeae:</i> Ceftriaxona 125-250 mg IM o Cefixima 400 mg VO, dosis única. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penicilina V, 10 días de tratamiento, dividida en 2 dosis. 2. Penicilina G benzatínica, dosis única. 3. Amoxicilina, distribuido una o dos dosis por 10 días. 4. Clindamicina, distribuido en 3 dosis durante 10 días. 5. Azitromicina, distribuida en dosis diarias durante 5 días.

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>Complicaciones, Absceso periamigdalino (APA)</p> <p>La aspiración con aguja es la técnica considerada de elección en APA no complicada.</p> <p>La amigdalectomía es recomendada en algunos casos (obstrucción aérea y de recurrencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para aislamientos de <i>Streptococcus pyogenes</i> y <i>Streptococcus anginosus</i>, <i>Bacteroides</i>, <i>Fusobacterium</i>, <i>Peptostreptococcus</i>, <i>Prevotella</i>, <i>Veillonella sp.</i>, <i>Staphylococcus aureus</i> (incluido SAMR), <i>Streptococcus</i> alfa-hemolíticos, <i>Haemophilus sp.</i>, <i>Neisseria sp.</i> <p>TRATAMIENTO DE ELECCIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> Amoxicilina/clavulánico 100 mg/kg/día IV o 50-100 mg/kg VO. Amoxicilina IBL 875/125 mg: 1 comp c/ 12 h. <p>ALÉRGICOS A B-LACTÁMICOS: Clindamicina 20-40 mg/kg/día IV.</p> <p>PARA SAMR:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vancomicina 15 a 20 mg/kg en infusión IV para 2 a 3 h c/ 12 h. Linezolid: <12 años: 30 mg/kg/día IV; >12 años: 20 mg/kg/día IV. 	<p>AMOXICILINA/CLAVULÁNICO POR 10 DÍAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Amoxicilina IBL por 10 días. IV: distribuido en 3 tomas. Máximo 8 g/día. VO: Distribuido en dos tomas. Máximo: <ol style="list-style-type: none"> Amoxicilina 1 g/dosis. 200 mg/dosis. <p>CLINDAMICINA POR 10 DÍAS IV: distribuido en 3 tomas. Máximo 1.8 g/día.</p> <p>VANCOMICINA C/ 8-12 H. IV: Máximo inicial 4 g/día, ajustar según concentración plasmática</p> <p>LINEZOLID IV: distribuido en 2-3 tomas. Máximo 1,2 g/día</p>

*Vancomicina: Diluir en SOLUCIÓN FISIOLÓGICA a pasar en goteo para 2 h como mínimo, recordar realizar dosis de carga (20-30 mg/kg, máximo 3 g, infusión a 10-15 mg/min). Dosaje de Vancocinemia solicitar antes de la tercera dosis)

*Ajustar según función renal.

RINOSINUSITIS AGUDA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>AGUDA: Infección menor a 30 días</p> <p>SUBAGUDA: entre 30 a 90 días</p> <p>CRÓNICA: > a 90 días</p> <p>RECURRENTE: episodios agudos con intervalos asintomáticos mayores a 4 episodios al año</p> <p>MICROORGANISMOS</p> <p><i>Streptococcus pneumoniae</i></p> <p><i>Haemophilus influenzae</i></p> <p><i>Staphylococcus aureus</i></p> <p><i>Streptococcus pyogenes</i></p> <p><i>Moraxella catarrhalis</i></p>	<p>DE ELECCIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> Amoxicilina de 500 a 1000 mg c/ 8-12 h (AI). <p>ALTERNATIVO.</p> <ol style="list-style-type: none"> Amoxicilina clavulánico 500 mg c/ 8 h o 875 mg c/12 h (AI). Levofloxacin 500 mg VO c/ 24 h. Moxifloxacin 400 mg VO c/ 24 h. 	<p>5 días hasta 7 días.</p> <p>OBS:</p> <p>En las Rinosinusitis crónicas se recomienda cultivo previo y tratamiento dirigido según microorganismo por 3 y hasta 4 semanas.</p> <p>En las recurrentes la administración profiláctica de antibióticos no se recomienda.</p>

OTITIS AGUDA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>OTITIS EXTERNA: inflamación difusa del CAE que puede extenderse hasta el pabellón auricular o a la membrana timpánica.</p> <p>La infección bacteriana aguda es la causa más común.</p>	<p>ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS.</p> <p>ANTIBIÓTICOS TÓPICOS: ciprofloxacino, ácido fusídico, polimixinas, mupirocina, asociado o no a corticoides.</p> <p>EN LA SOSPECHA DE OEA POR HONGOS PUEDE EMPLEARSE MICONAZOL.</p> <p>VÍA ORAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalexina 500 mg c/ 6 h. <p>EN CASOS DE FORÚNCULO EN CAE: debe asociarse tratamiento sistémico con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amoxicilina/clavulánico 1 g. <p>SI EXISTE AFECTACIÓN EXTENSA DE TEJIDOS BLANDOS O EN INMUNOCOMPROMETIDOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ceftazidima 1 g c/ 8 h. 	<p>Hasta 10 días, evaluar evolución en 48 a 72 h. Optar por esquemas acortados de acuerdo a evolución clínica.</p> <p>Si no hay respuesta, se debe plantear diagnóstico diferencial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalexina o Ciprofloxacina durante 10 días. <p>Asociado a forúnculo en CAE: 10 días.</p> <p>Afección extensa de partes blandas, inmunocomprometidos: 10 días.</p>

OTITIS AGUDA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>OTITIS MEDIA AGUDA (OMA): síntomas y signos de presentación aguda (< 48-72 hrs) secundarios a la inflamación, como abombamiento de la membrana timpánica (MT), otalgia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • OMA ESPORÁDICA: episodio aislado. – OMA de repetición, que a su vez puede ser: • OMA PERSISTENTE: reagudización de los síntomas antes de la semana de finalizar el tratamiento, por lo que se considera el mismo proceso. • OMA RECIDIVANTE: reaparición de los síntomas después de una semana de finalizada la curación del episodio anterior, por lo que se consideran distintos procesos (recaída verdadera). • OMA RECURRENTE: tres o más episodios en seis meses, o cuatro o más en 12 meses (al menos uno de ellos en los últimos seis meses). 	<p>TRATAMIENTO SINTOMÁTICO PARA CONTROL DEL DOLOR (analgésicos, anti inflamatorios)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amoxicilina 1 g c/ 8-12 h (Dosis máxima: 3 g) 2. Amoxicilina-clavulánico: 1 g c/ 8-12 h (Dosis máxima: 3 g), si no existe mejoría en 48-72 h. <p>FRACASO TERAPÉUTICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si tratamiento previo con amoxicilina → asociar clavulánico. 2. Si tratamiento previo con amoxicilina/clavulánico → Ceftriaxona: 2 g/ día. 3. Si previamente Ceftriaxona → abordaje ORL, cultivo y tratamiento dirigido. <p>ALERGIA A BETALACTÁMICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Azitromicina 500 mg VO c/ 24 h o Claritromicina 500 mg VO c/ 12 h. <ul style="list-style-type: none"> • SITUACIONES ESPECIALES: portadores de tubos transtimpánicos que presenten otorrea, el tratamiento tópico con quinolonas. 	<p>OMA no grave: 5 a 7 días, c/ 8-12 h.</p> <p>OMA grave, OMA recurrente o persistente: 10 días, c/ 8-12 h.</p> <p>Si no presenta mejoría clínica: Ceftriaxona 2 g, dosis única.</p> <p>Si persisten síntomas, repetir dosis a las 72 h.</p> <p>ALERGIA A LAS PENICILINAS</p> <p>Azitromicina 500 mg c/ 24 h por 5 días.</p> <p>Claritromicina 500 mg c/ 12 h por 5 días.</p>

4. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES

DEL TRACTO

URINARIO (ITU)



ITU	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>BACTERIURIA ASINTOMÁTICA</p> <p>(sin importar recuento de colonias o piuria e independientemente del control metabólico en diabéticos.</p> <p>Excepto: embarazadas, procedimientos urológicos o trasplante renal (dependiendo del tiempo del mismo).</p> <p>No es necesario solicitar urocultivo, si se trata del primer episodio de cistitis.</p>	<p>NO TRATAR</p>	
<p>NO COMPLICADA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cistitis. • Uretritis. • Bacteriuria asintomática en embarazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • TMP/SMX 160/800 mg VO c/ 12 h en mujeres con primer episodio, sin antecedentes de uso previo de antibiótico. • NITROFURANTOINA 100 mg VO c/12 h (no usar en el 3er trimestre de embarazo) o • FOSFOMICINA 3 g VO (una dosis única) o • AMOXICILINA/SULBACTAM 875/125 mg VO c/ 12 h o • CEFIXIMA 400 mg VO c/ 24 h. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: TMP/SMX: 3 días mujeres. 2. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: TMP/SMX: 7 días en hombres y embarazadas (excepto en primer trimestre y tercer trimestre) 5 días. 3. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Fosfomicina dosis única. 4. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Amoxicilina/Sulbactam 5 a 7 días. 5. DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Cefixima 7 días.

ITU	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>COMPLICADA.</p> <p>Signos sistémicos de infección o ITU alta como Pielonefritis aguda.</p> <p>Sin disfunción del órgano.</p> <p>En pacientes que no recibieron ATB previo, internaciones en los últimos tres meses, o manipulación urológica previa.</p> <p>OTROS FACTORES DE RIESGO PARA ITUS COMPLICADAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ITUs recurrentes (> 3 episodios al año) 2. Anormalidades anatómicas de vías urinarias. (reflujo, obstrucción) 3. ITUs asociadas a catéter. 4. ITUs en pacientes trasplantados. 5. Sospecha o antecedente de infección por microorganismos Multi Resistentes (MO MDR) 	<p>Obtener Hemocultivo y Urocultivo previo al inicio de antibioticoterapia empírica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h o 2. Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h o 3. Piperacilina/Tazobactam IV 4,5 g c/ 8 h. <p>ALTERNATIVAS:</p> <p>Enfermedad sistémica o riesgo de MDR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ertapenem 1 g IV c/ 24 h o 5. Meropenem 1 g IV c/ 8 h. <p>SI SOSPECHA P. AERUGINOSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ceftazidima 2 g IV c/ 8 h o 2. Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o 3. Meropenem 1 g IV c/ 8 h. 	<p>7-14 días.</p> <p>Ajustar el esquema de antibiótico, según el antibiograma.</p> <p>Si existe posibilidad de tratamiento por vía oral, podría completarse el mismo, si hay mejoría clínica.</p> <p>OBS: En países con Resistencia de <i>E. coli</i> > al 10 %, como el nuestro, se recomienda no utilizar quinolonas de forma empírica.</p>

<p>SEVERA/GRAVE</p> <ol style="list-style-type: none"> ≥2 de estos síntomas: confusión mental, FR >22/min, PAS<90 mmHg, taquicardia. Falla orgánica: hipoxia, hipotensión + requerimiento de vasopresores, insuficiencia renal, leucopenia, otros valorar UCI. 	<p>OBTENER HEMOCULTIVO + UROCULTIVO, previo al inicio de antibioticoterapia empírica.</p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h o Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h o Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/ 8 h. <p>ALTERNATIVAS:</p> <p>Enfermedad sistémica o riesgo de MDR:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ertapenem 1 g IV c/ 24 h o Meropenem 1 g IV c/ 8 h. <p>SI SOSPECHA P. AERUGINOSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftazidima 2 g IV c/ 8 h o Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/ 8 h o Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o Meropenem 1 g IV c/ 8 h. 	<p>7-14 días.</p> <p>Ajustar el esquema de antibiótico, según el resultado de Urocultivo.</p> <p>Si se trata de un caso de Pielonefritis enfisematosa, drenaje de colección, gas, resolución de uropatía obstructiva, etc.</p> <p>Obs: En países con Resistencia de <i>E. coli</i> > al 10 %, como el nuestro, se recomienda no utilizar quinolonas de forma empírica.</p>
---	---	--

The background of the slide is a blue-tinted microscopic image showing various types of bacteria, including rod-shaped and spherical forms, some with flagella. A semi-transparent white rectangular box is overlaid on the top left, containing the main title text.

5. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES INTRA ABDOMINAL

1. INFECCIÓN INTRA ABDOMINAL: EVALUACIÓN QUIRÚRGICA OBLIGATORIA

INFECCIÓN INTRAABDOMINAL	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO										
<p>Bajo riesgo de complicaciones y microorganismos multi-resistentes. Infección localizada sin factores de alto riesgo (apendicitis, colecistitis, diverticulitis)</p> <p>OBSERVACIONES:</p> <table border="1"> <tr> <td>IIA Leve- Moderada</td> <td>IIA Grave</td> </tr> <tr> <td>SIRS con lactato venoso \leq a 2mmol/dl</td> <td>Presencia de 4 o > criterios de SIRS SIRS + falla orgánica, hipotensión que requiere el uso de aminas o lactato >2mmol/l</td> </tr> <tr> <td>APACHE < 15</td> <td>APACHE >15</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SIRS (2 o más de los siguientes criterios)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 1. Fiebre > 38° o < 36° 2. FC >90 3. FR > 20 4. GB >12000 cel/ mm³ o < 4000 cel/ mm³ o > 10% de cayados </td> </tr> </table>	IIA Leve- Moderada	IIA Grave	SIRS con lactato venoso \leq a 2mmol/dl	Presencia de 4 o > criterios de SIRS SIRS + falla orgánica, hipotensión que requiere el uso de aminas o lactato >2mmol/l	APACHE < 15	APACHE >15	SIRS (2 o más de los siguientes criterios)		1. Fiebre > 38° o < 36° 2. FC >90 3. FR > 20 4. GB >12000 cel/ mm ³ o < 4000 cel/ mm ³ o > 10% de cayados		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ceftriazona 2 g IV c/ 24 h o Cefotaxima 2 g c/ 8 h + Metronidazol 500 mg IV c/ 8 h o 2. Ampicilina/Sulbactam 3 g IV c/ 6 h o 3. Ciprofloxacina 400 mg IV c/ 12 h + Metronidazol 500 mg IV c/ 8 h o 4. Clindamicina 900 mg IV c/ 8 h. 	5 días.
IIA Leve- Moderada	IIA Grave											
SIRS con lactato venoso \leq a 2mmol/dl	Presencia de 4 o > criterios de SIRS SIRS + falla orgánica, hipotensión que requiere el uso de aminas o lactato >2mmol/l											
APACHE < 15	APACHE >15											
SIRS (2 o más de los siguientes criterios)												
1. Fiebre > 38° o < 36° 2. FC >90 3. FR > 20 4. GB >12000 cel/ mm ³ o < 4000 cel/ mm ³ o > 10% de cayados												

INFECCIÓN INTRAABDOMINAL	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
<p>ALTO RIESGO</p> <p>CRITERIOS SIRS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falla orgánica: hipoxia, hipotensión + vasopresores, insuficiencia renal, leucopenia. 2. Edad >70 años. 3. Enfermedades crónicas (Cáncer, Cardiovascular, Hepática, Renal) 4. Inmunocomprometidos <p>RETRASO O DIFICULTAD EN CONTROL DE FOCO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar UTI. 	<p>HEMOCULTIVO Y MUESTRAS QUIRÚRGICAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV (durante 30 min como infusión de carga y luego, 4 h más tarde comenzar infusión para 4 h, y repetir c/ 8 h) o 2. Cefepime 2 g IV c/ 12 h + Metronidazol 1g IV c/ 12 h o 3. Meropenem 1 g IV c/ 8 h o Imipenem 500 mg IV c/ 6 h. <p>Observación: tener en cuenta ampliación a GRAM +.</p> <p>+/- GLUCOPÉPTIDO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes inmunocomprometidos 2. Tratamiento de rescate de infección intraabdominal (sobre todo en tratamiento anterior con cefalosporina) 3. Pacientes con valvulopatías o riesgo de endocarditis. 4. Infección intraabdominal grave de origen colónico o postoperatorio. <p>+/- FLUCONAZOL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento antibiótico prolongado. 2. Dificultad de control de foco 3. Nutrición parenteral 4. Aislamiento de microorganismo fúngico en más de un foco. 	7 días según control adecuado de foco.

Situaciones especiales que requieren menos de 24 h de antibiótico:

1. Perforación gastroduodenal o del yeyuno proximal en ausencia de tratamiento antiácido o malignidad con menos de 24 h de evolución.
2. Lesiones intestinales por trauma penetrante reparada en las primeras 12 h.
3. Apendicitis o Colecistitis sin evidencia de perforación, abscesos o peritonitis local con tratamiento quirúrgico precoz y efectivo.

6. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES



1. INFECCIONES OSTEOARTICULARES

OSTEOMIELITIS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>AGUDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adultos mayores • Inmunodeprimidos <p>Hematógena: la más frecuente OM vertebral</p> <p>Tomar Hemocultivos y cultivo de tejido óseo o biopsia de tejido óseo.</p>	<p>TRATAMIENTO EMPÍRICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxacilina 2 g IV c/ 4 h o 2. Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h o 3. Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h más Ciprofloxacino 400 mg IV c/ 12 h o 500 mg VO c/ 12 h. <p>SI TIENE ANTECEDENTE DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PREVIO (Considerar infección crónica)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina 15 a 20 mg/kg en infusión para 2 a 3 h c/ 12 h + Piperacilina tazobactam 4,5 g c/ 8 h. Para OM de columna. 2. Vancomicina 15 a 20 mg/kg c/ 12 h en infusión para 2 a 3 h + Ceftriaxona 2 g c/ 24 h o cefotaxima 2 g c/ 8 h. <p>SAMSO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxacilina 2 g IV c/ 4 h. <p>ALTERNATIVA:</p> <p>Cefazolina 2 g IV c/ 8 h o Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h o ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h.</p> <p>ENTEROCOCOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ampicilina 2 g IV c/ 4 h. 2. Amoxicilina/Sulbactam: 3 g IV c/ 8 h. <p>ALERGIA A PENICILINA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levofloxacina 750 mg IV o VO c/ 24 h. 2. SAMR y Enterococo Penicilina resistente: 3. Vancomicina 15 a 20 mg/kg en infusión IV para 2 a 3 h c/ 12 h. <p>PSEUDOMONAS AERUGINOSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ceftazidima 2 g IV c/ 8 h + Amikacina 1 g IV c/ 24 h o 2. Ciprofloxacino 400 mg IV c/ 12 h o 500 mg VO c/ 12 h. <p>BLEE :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o Meropenem 1 g IV c/ 8 h. <p>ENTEROBACTERIACEAS SENSIBLES A B-LACTÁMICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h; 2. Ceftazidima o Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h con o sin Amikacina 1 g IV c/ 24 h. <p>RESISTENCIA A B-LACTÁMICOS (BLEE):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o 2. Meropenem 1 g IV c/ 8 h o 3. Ertapenem 1 g IV c/ 24 h. 	<p>4 a 6 semanas</p> <p>Observación:</p> <p>Se recomienda tratamiento IV mínimo 5 a 15 días y luego pasar a vía oral hasta completar las 6 semanas.</p> <p>Ajustar dosis de ATB a función renal y rotar según antibiograma.</p> <p>En caso de mala evolución, tomar nuevo material para descartar gérmenes atípicos (género <i>Mycobacterium</i>, <i>Brucella</i>, Hongos) y la duración del tratamiento según el microorganismo aislado.</p>

OSTEOMIELITIS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<p>CRÓNICAS:</p> <p>Progresión de una aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> Asociada a material de osteosíntesis (MOS) 	<p>SIN MOS: Secuestrectomía, desbridamiento, toma de material para cultivo + ATB local (Espaciadores Quirúrgicos) y sistémico</p> <p>CON MOS: Retiro de MOS + Desbridamiento Quirúrgico + toma de muestra para Cultivo + ATB local (Espaciadores Quirúrgicos) y sistémico.</p> <p>TRATAMIENTO EMPÍRICO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vancomicina 15 a 20 mg/kp en infusión para 2 a 3 h c/ 12 h + Piperacilina tazobactam 4,5 g c/ 8 h o Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h o ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h o Ciprofloxacina 400 mg IV c/ 12 h o Ciprofloxacino 500 mg VO c/ 12 h. <p>SAMS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Oxacilina 2 g IV c/ 4 h. <p>ALTERNATIVA:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cefazolina 2 g IV c/ 8 h, Cefotaxima 2 g c/ 8 h o ceftriaxona 2 g c/ 24 h. <p>ENTEROCOCOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ampicilina 2 g IV c/ 4 h o Amoxicilina/sulbactam 3 g IV c/ 8 h. <p>ALERGIA A PENICILINA:</p> <ol style="list-style-type: none"> Levofloxacina 750 mg c/ 24 h. <p>SAMR Y ENTEROCOCO PENICILINA RESISTENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vancomicina 15 a 20 mg/kp en infusión IV para 2 a 3 h. <p><i>Pseudomonas aeruginosa:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftazidima 2 g IV c/ 8 h + Amikacina 1 g IV c/ 24 h o Ciprofloxacina 400 mg IV c/ 12 o 500 mg VO c/ 12 h. <p>BLEE +:</p> <ol style="list-style-type: none"> Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o Meropenem 1 g IV c/ 8 h. <p>ENTEROBACTERIACEAS SENSIBLES A B-LACTÁMICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h o Ceftazidima o Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h con o sin Amikacina 1 g IV c/ 24 h. <p>RESISTENCIA A B-LACTÁMICOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o Meropenem 1 g IV c/ 8 h o Ertapenem 1 g c/ 24 h IM o IV. 	<p>4 a 6 semanas</p> <p>Observación:</p> <p>Ajustar dosis de antibiótico según función renal y rotar a otro antibiótico, según antibiograma.</p>

ARTRITIS SÉPTICA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
GONOCÓCICA:	<p>Punción articular para diagnóstico DRENAJE: (ARTROSCOPIA, PUNCIÓN, ABIERTA) + toma de muestra para cultivo + ATB. 1. Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h. 2. Doxiciclina 100 mg c/ 12 h o Azitromicina 500 mg VO c/ 24 h.</p>	<p>7 días. Según evolución y estado general del paciente al 3er día se puede pasar a vía oral.</p>
<p>NO GONOCÓCICAS: HEMATÓGENA: 1. Por contigüidad: post OM 2. Por Invasión directa: a. Post qx. b. Post Punción c. Post traumatismo 3. Rodilla, cadera, hombro, codo, tobillo y muñeca.</p>	<p>DRENAJE. (ARTROSCOPIA, PUNCIÓN, ABIERTA) + TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVO + ATB. TRATAMIENTO EMPÍRICO: 1. Oxacilina 2 g IV c/ 4 h o 2. Cefazolina 2 g c/ 8 h o 3. Cefotaxima 2 g c/ 8 h o 4. Ceftriaxona 2 g c/ 24 h + Gentamicina 80 mg c/ 8 h; SI HUBO PROCEDIMIENTO ARTROSCÓPICO O QX. PREVIO: 1. Vancomicina 15 a 20 mg/kg en infusión para 2 a 3 h c/ 12 h + Piperacilina tazobactam 4,5 g c/ 8 h IV o 2. Cefotaxima 2 g c/ 8 h o 3. Ceftriaxona 2 g c/ 24 h o 4. Ciprofloxacino 400 mg IV c/ 12 h. SAMS: 1. Oxacilina 2 g IV c/ 4 h o 2. Cefazolina 2 g IV c/ 8 h o 3. Cefotaxima 2 g c/ 8 h o 4. Ceftriaxona 2 g c/ 24 h. ENTEROCOCOS: 1. Ampicilina 2 g IV c/ 4 h o 2. Amoxicilina/Sulbactam 3 g IV c/ 8 h. ALERGIA A PENICILINA: 1. Levofloxacina 750 mg c/ 24 h (IV o VO) o 2. Ciprofloxacina 400 mg c/ 12 h (IV o VO). SAMR Y ENTEROCOCO PENICILINA RESISTENTE: 1. Vancomicina 15 a 20 mg/kg en infusión IV para 2 a 3 h.</p>	<p>15 días, según estado general del paciente y luego de retorno de cultivo se puede rotar a vía oral al 5to. día de tratamiento y completar en forma ambulatoria. OBSERVACIÓN: 1. Ajustar dosis de ATB a función renal y rotar según antibiograma. 2. En pacientes con tratamiento inmunosupresor, suspender la medicación durante el tratamiento antimicrobiano y reiniciar 2 semanas después. 3. En pacientes con VIH, no suspender ARV.</p>

ARTRITIS SÉPTICA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
	<p><i>Pseudomonas aeruginosa:</i> Ceftazidima 2 g c/ 8 h + Amikacina 1 g c/ 24 h; BLEE +: 1. Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o 2. Meropenem 1 g IV c/ 8 h. ENTEROBACTERIACEAS SENSIBLES A B-LACTÁMICOS: 1. Ceftriaxona 3 g c/ 24 h o 2. Ceftazidima o Cefotaxima 2 g IV c/ 8 h con o sin Amikacina 1 g c/ 24 h. RESISTENCIA A B-LACTÁMICOS 1. Imipenem 500 mg IV c/ 6 h o 2. Meropenem 1 g IV c/ 8 h o 3. Ertapenem 1 g c/ 24 h.</p>	

7. TRATAMIENTO • ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES

CARDIOVASCULARES



ENDOCARDITIS INFECCIOSA BACTERIANA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL (**)	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO (**)
<p>SOBRE VÁLVULA NATIVA O SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA</p> <p>INFECCIÓN TARDÍA</p> <p>(mayor a 12 meses)</p> <p>Agentes patógenos más frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Streptococcus oralis</i> • <i>Enterococcus spp.</i> • <i>Staphylococcus spp.</i> 	<p>DE ELECCIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ampicilina 2 g IV c/ 4 h o 3 g IV c/ 6 h + Ceftriaxona 2 g IV c/ 12 h o 2. Oxacilina 2 g IV c/ 4 h o 3 g IV c/ 6 h + Gentamicina 3 mg/kg/dosis IV c/ 24 h. <p>ALTERNATIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vancomicina 15 mg/kg/dosis IV c/ 12 h + Gentamicina 3 mg/kg/dosis IV c/ 24 h o 2. Cefazolina 2 g IV c/ 8 h o Gentamicina 3 mg/kg IV c/ 24 h. 	2 a 6 semanas

ENDOCARDITIS INFECCIOSA BACTERIANA	ESQUEMA Y TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL (*)	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO (**)
<p>SOBRE VÁLVULA PROTÉSICA</p> <p>INFECCIÓN RECIENTE</p> <p>(menor a 12 meses)</p> <p>Agentes patógenos más frecuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino-resistente • <i>Enterococcus spp.</i> resistente a ampicilina • Estafilococo coagulasa negativa • Bacilos gramnegativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina 15 mg/kg/dosis IV c/ 12 h + Gentamicina 3 mg/kg/dosis IV c/ 24 h + Rifampicina 600 mg VO c/ 12 h. 	Mayor a 6 semanas

(*) El esquema definitivo se establecerá de acuerdo con el hallazgo microbiológico.

(**) Ante un hallazgo microbiológico que informe resistencia al esquema empírico inicial, la duración del tratamiento se estimará a partir del inicio del nuevo esquema antibiótico.

8. TRATAMIENTO ANTIBIOTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES

ODONTOGÉNICAS



INFECCIONES O AFECCIONES ODONTÓGENAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caries, gingivitis y pericoronaritis sin tumefacción. 2. Pulpitis y necrosis pulpar sin pus. 3. Alveolitis seca. 	No requiere el uso de antibióticos.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación de caries, placas y/o sarros. 2. Uso de Flúor tópico. 3. Higiene oral (Cepillado dental, lengua y mucosa, hilo dental).
INFECCIÓN ODONTÓGENA NO COMPLICADA <ol style="list-style-type: none"> 1. Pulpitis (con pus). 2. Necrosis pulpar (con pus). 3. Absceso periapical. 4. Absceso periodontal. 5. Mucositis y Peri implantitis. 6. Alveolitis húmeda. 7. Pun, gun, periodontitis avanzada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amoxicilina/Clavulanato 875/125 mg VO c/ 12 h o 2. Amoxicilina/Sulbactam 875/125 mg VO c/ 12 h. <p>ALÉRGICOS A PENICILINA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciprofloxacino 500 mg VO c/ 12 h o 2. Levofloxacino 500 mg c/ 24 h + Metronidazol 500 mg VO c/ 12 h. 	<p>Mínimo 7 días o luego según evolución clínica.</p> <p>3 a 5 días.</p>	El drenaje quirúrgico del foco infeccioso es parte esencial del tratamiento.
INFECCIÓN ODONTÓGENA NO COMPLICADA: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pericoronaritis con tumefacción y fiebre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amoxicilina/Clavulanato 875/125 mg VO c/ 12 h + Metronidazol 500 mg VO c/ 8 h. <p>ALÉRGICOS A PENICILINAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Azitromicina 500 mg VO c/24 h o 2. Claritromicina 500 mg VO c/12 h. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 7 días 2. 3 a 5 días 3. 10 días 	El drenaje quirúrgico del foco infeccioso es parte esencial del tratamiento

INFECCIONES Y AFECCIONES ODONTÓGENAS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
INFECCIÓN ODONTÓGENA COMPLICADA Con afección del espacio parafaríngeo y/o cavidad oral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampicilina/Sulbactam 1,5-3 g/ IV c/ 6 h o Penicilina Cristalina 3.000.000 UI/ IV c/4 h o Ceftriaxona 2 g IV c/ 24 h + Metronidazol 500 mg IV c/8 h. <p>EN ALÉRGICOS A PENICILINAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciprofloxacino 400 mg IV c/ 12 h o Levofloxacino 500 mg IV c/ 24 h + Metronidazol 1 g IV c/ 12 h. 	Mínimo 7 días y luego según evolución clínica.	Medidas no farmacológicas. Hospitalización. Drenaje quirúrgico.
<ul style="list-style-type: none"> • Infección odontógena complicada. • Pacientes con afección sistémica. • Pacientes inmunosuprimidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piperacilina/Tazobactam 4,5 g IV c/ 6 h. 	Mínimo 7 días y luego según evolución clínica considerar otros antibióticos.	Medidas no farmacológicas. Hospitalización. Drenaje quirúrgico.

Fuente: Asociación dental americana, año 2019,
 Tratamiento de enfermedades Infecciosas, OPS/OMS. 2020
 Tratamiento empírico de las infecciones del adulto

9. TRATAMIENTO • ANTIBIOTICO EMPÍRICO

DE INFECCIONES

DEL SISTEMA

NERVIOSO CENTRAL



MENINGITIS	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	RECOMENDACIONES Y DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> El reconocimiento precoz de la infección meningea es crucial Considerar meningitis o sepsis meningocócicas ante la presencia de cualquiera de los siguientes signos o síntomas: <ol style="list-style-type: none"> Cefalea Fiebre Alteración del sensorio Rigidez de nuca Rush Convulsiones Síndrome de hipertensión endocraneana Sepsis grave o Shock <p>PACIENTE SIN SIGNOS DE SEPSIS GRAVE O SHOCK, Y SIN CONTRAINDICACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tomar hemocultivos y hacer punción lumbar e iniciar tratamiento antibiótico más corticoides <p>PACIENTE CON INDICACIÓN DE TAC DE CRÁNEO PREVIA A LA PUNCIÓN LUMBAR:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sospecha de masa ocupante cerebral: focalización, edema de papila Convulsiones Glasgow = o < 12 Inmunodeprimidos <ul style="list-style-type: none"> Evaluar ingreso a terapia Asegurar la vía aérea, oxigenoterapia Tomar hemocultivos Retrasar punción lumbar Si la realización de la TAC y de la punción lumbar se va a retrasar más de una hora iniciar tratamiento antibiótico más corticoides Una vez realizada la punción lumbar, dentro de la hora, iniciar tratamiento antibiótico más corticoides Si hay contraindicación para la punción lumbar: seguir tratamiento antibiótico más corticoides. Paciente sepsis severa, shock, rush rápidamente progresiva, insuficiencia respiratoria y/o cardiaca, riesgo aumentado de sangrado, <ul style="list-style-type: none"> Evaluar ingreso a terapia Asegurar la vía aérea, oxigenoterapia Tomar hemocultivos Retrasar punción lumbar Iniciar tratamiento antibiótico más corticoides Si hay contraindicación para la punción lumbar: seguir tratamiento antibiótico más corticoides. 	<p>TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO DE PRIMERA ELECCIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h Mayores de 50 años, inmunocomprometidos o sospecha de listeria: <ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 2 g c/ 12 hrs o Cefotaxima 2 g c/ 4 h + Ampicilina 2 g c/ 4 h. <p>CORTICOTERAPIA (ANTES O CONCOMITANTE AL INICIO DEL ANTIMICROBIANO, NO DESPUÉS):</p> <ol style="list-style-type: none"> Dexametasona 8 mg c/ 6 h. En todos los pacientes inicialmente <p>ALTERNATIVA ANTIBIÓTICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ALERGIA A BETALACTÁMICOS: <ol style="list-style-type: none"> Vancomicina (ajustar según función renal, infusión lenta): Dosis de carga 20 mg/kg, Continuar con 15-20 mg/kg c/ 8 h (máximo 4 g/día). Hacer vancocinemia a las 48 a 72 h de inicio. Linezolid: 600 mg c/ 12 h. <p>SI HAY SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE MENINGOCOCO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciprofloxacina 400 mg c/ 8 h. <p>TRATAMIENTO DIRIGIDO</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Streptococcus pneumoniae</i> (Neumococo): Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h. <i>Neisseria meningitidis</i> (Meningococo): <ul style="list-style-type: none"> Primera elección: Penicilina cristalina 4.000.000UI c/ 4 h o Ampicilina 2 g c/ 4 h. Alternativa: Ceftriaxona 2 g c/12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h. <i>Listeria monocytogenes</i>: <ul style="list-style-type: none"> Primera elección: Penicilina cristalina 4.000.000UI/4h o Ampicilina 2 g c/ 4 h. Alternativa:TMP/SMX 20mg/kg/día (4 dosis) <i>Haemophilus influenzae</i>: <ul style="list-style-type: none"> Primera elección: Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h. Alternativa: Ciprofloxacina 400 mg c/ 8 h o Levofloxacina 750 mg/día <i>Escherichia coli</i> o <i>enterobacterias</i> <ul style="list-style-type: none"> Primera elección: Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h. Alternativa: Ciprofloxacina 400 mg c/ 8 h o Levofloxacina 750 mg/día, Cefepime, meropenem, aztreonam, trimethoprim-sulfamethoxazol. 	<ol style="list-style-type: none"> Neumococo y cultivo estéril: 10-14 días Meningococo: 7 días <i>Haemophilus influenzae</i>: 7 a 10 días <i>Listeria monocytogenes</i>: 21 días Gram negativos 21 días <p>2 A 4 DÍAS</p> <ol style="list-style-type: none"> En caso de neumococo o <i>Haemophilus influenzae</i> o cultivo estéril completar 4 días

Contraindicaciones de PL: LOE cerebral, uso anticoagulantes, TP menor a 60 plaquettas meno a 50.000, infeccionen el sitio de punción

ABSCESO CEREBRAL	ESQUEMA Y TRATAMIENTO	DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Sospechar absceso cerebral ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea (65 a 75%), focalización (30 a 50%), fiebre (50%), síndrome de hipertensión endocraneana, convulsiones, alteración del sensorio • Los síntomas se deben al aumento de la PIC, además puede haber: disminución del nivel de sensorio, ↑ PA, ↓FC, cambios pupilares, edema de papila. • El recuento de leucocitos puede ser normal o levemente elevados. • Los hemocultivos deben ser tomados al ingreso, aunque generalmente son negativos. • Eritrosedimentación, proteína C reactiva (PCR): pueden estar elevadas. Pueden elevarse en otras condiciones inflamatorias no infecciosas y en tumores cerebrales. • No realizar Punción lumbar ante el riesgo de enclavamiento cerebral • TAC de cráneo con contraste: Realce de contraste en anillo tiene sensibilidad de 100%, permite un alto índice de sospecha teniendo en cuenta el cuadro clínico del paciente. • La RMN tiene mayor especificidad que la TAC, especialmente la RMN con espectroscopía. • En pacientes con inmunocompromiso considerar en: <ul style="list-style-type: none"> • Infección por VIH: <i>Toxoplasma gondii</i>, <i>Mycobacterium spp.</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, <i>Cryptococcus neoformans</i>, <i>Nocardia spp.</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> • Neutropenia: <i>Aspergillus spp.</i>, <i>Candida spp.</i>, <i>Mucoraceae spp.</i>, <i>Bacilos aerobios gram negativos</i>, <i>Scedosporium spp.</i> • Trasplante: <i>Toxoplasma gondii</i>, <i>Aspergillus spp.</i>, <i>Candida spp.</i>, <i>Mucoraceae spp.</i>, <i>Scedosporium spp.</i>, <i>Nocardia spp.</i>, <i>Enterobacteriaceae</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MANEJO GENERAL: Hemocultivo, iniciar antibioterapia empírica, anticonvulsivantes si hay crisis, su uso profiláctico es opcional. 2. CORTICOIDES: en caso de marcado efecto de masa que produce HTEC, por 24 a 72 h. 3. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: <ul style="list-style-type: none"> • Antimicrobiano empírico inicial: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h + Metronidazol: Dosis de carga: 1g, dosis de mantenimiento: 500 mg c/ 8 h. • Si sospecha de infección por <i>Staphylococcus aureus</i> o <i>epidermidis</i> (usuario de drogas parenterales, sospecha de endocarditis o infecciones de piel y partes blandas, traumatismo): <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h + Vancomicina (ajustar según función renal, infusión lenta): Dosis de carga 20 mg/kg, Continuar con 15-20 mg/kg c/ 8 h (máximo 4 g/día) + Metronidazol: Dosis de carga: 1 g (15 mg/kg), Dosis de mantenimiento: 500 mg c/ 8 h, Hacer vancocinemia a las 48 a 72 h de inicio de vancomicina. • Si hay antecedente de neurocirugía. <ul style="list-style-type: none"> • Vancomicina (ajustar según función renal, infusión lenta): Dosis de carga 20mg/kg. Continuar con 15-20 mg/kg c/ 8 h (máximo 4 g/día) + Meropenem 2 g c/ 8 h. Hacer vancocinemia a las 48 a 72 h de inicio de vancomicina. • Si foco otológico: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h + Metronidazol: Dosis de carga: 1g (15mg/kg), dosis de mantenimiento: 500 mg c/ 8 h. • Otitis crónica: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftazidima 2 g c/ 8 h + Metronidazol: Dosis de carga: 1 g (15mg/kg), dosis de mantenimiento: 500 mg c/ 8 h. • Inmunodepresión severa: <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 2 g c/ 12 h o Cefotaxima 2 g c/ 4 h + Metronidazol: Dosis de carga: 1 g (15mg/kg), dosis de mantenimiento: 500 mg c/ 8 h + Vancomicina (ajustar según función renal, infusión lenta): Dosis de carga 20 mg/kg, continuar con 15-20 mg/kg c/ 8 h (máximo 4 g c/ día) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abscesos drenados quirúrgicamente: 4 a 6 semanas. 2. Tratamiento médico exclusivo o abscesos múltiples, aunque algunos sean drenados quirúrgicamente: 6 a 8 semanas. 3. Control de imagen cada dos semanas.

4. TRATAMIENTO MÉDICO EXCLUSIVO

- Es eficaz si se inició en etapa de cerebritis (dentro de las 2 semanas de inicio de síntomas)
- Lesiones pequeñas de hasta 2,5 cm de diámetro
- Glasgow \geq 12
- Si hay mejoría clínica en la 1ra semana de tratamiento
- Si el paciente no es buen candidato quirúrgico:
 - a. Varios y pequeños abscesos
 - b. Ubicación difícil: tronco cerebral
 - c. Signos de meningitis
 - d. Condición crítica que contraindique la cirugía.

5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- HTEC: Efecto de masa, mal estado neurológico: Glasgow $<$ 12, focalidad neurológica, convulsiones
- Si el absceso está cercano a un ventrículo
- Absceso traumático asociado a objeto extraño
- Absceso micótico, multilobulado
- Si no es posible un estricto seguimiento imagenológico
- Si luego de 2 semanas hay aumento del tamaño del absceso o si a las 4 semanas de tratamiento médico el absceso se mantiene igual
-

6. OPCIONES AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: punción aspirativa o exéresis.

COMENTARIOS

- - Un tratamiento antibiótico empírico se inicia en base a un diagnóstico clínico (sospechoso, presuntivo o confirmado) y a la sospecha de un agente etiológico (no confirmado).
 - Ante un hallazgo microbiológico que informe resistencia al esquema empírico inicial, la duración del tratamiento se estimará a partir del inicio del nuevo esquema antibiótico.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios que permitan confirmar el diagnóstico e identificar al agente etiológico.
- Ante fracaso terapéutico replantear el diagnóstico, el agente etiológico y el tratamiento.
- Tras cumplir la duración establecida del tratamiento, evaluar la necesidad de continuar.
- Realizar dosis de carga cuando corresponda.
- Ajustar la dosis conforme a la funcionalidad renal, de ser necesario.

ORDEN


- Diagnóstico
- Antibiótico
- Dosis
- Vía de administración
- Frecuencia
- Duración

REFERENCIAS

1. Monedero Mira MJ, Sales MB, Domingo CG, Monedero Mira MJ, Saura BP, Mallen GR, et al. Tratamiento empírico de las infecciones del adulto. *Fmc.* abril de 2016;23:9-71.
2. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2020-2022. Octava edición. Washington, D.C.: OPS; 2019. [Internet]. [citado 7 de agosto de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51695/9789275321133_spa.pdf
3. Da Silva JB, Espinal M, Ramón-Pardo P. Resistencia a los antimicrobianos: tiempo para la acción. *Rev Panam Salud Pública.* 23 de septiembre de 2020;44:1.
4. Celis Y, Esparza G, Zachariah R, Pérez F. Investigación operativa para fortalecer las intervenciones basadas en la evidencia para abordar la resistencia a los antimicrobianos en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 1 de mayo de 2023;47:1.

GUÍA DE
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
DE INFECCIONES
MÁS FRECUENTES
EN ADULTOS.





GUÍA DE
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO
DE INFECCIONES
MÁS FRECUENTES
EN ADULTOS.

2024-2025



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL



Fondo
Para
Pandemias

Entidades
implementadoras



unicef 
para cada infancia



Material impreso con la cooperación técnica del Proyecto “Fortalecimiento de las funciones críticas de prevención, preparación y respuesta ante pandemias en Paraguay”