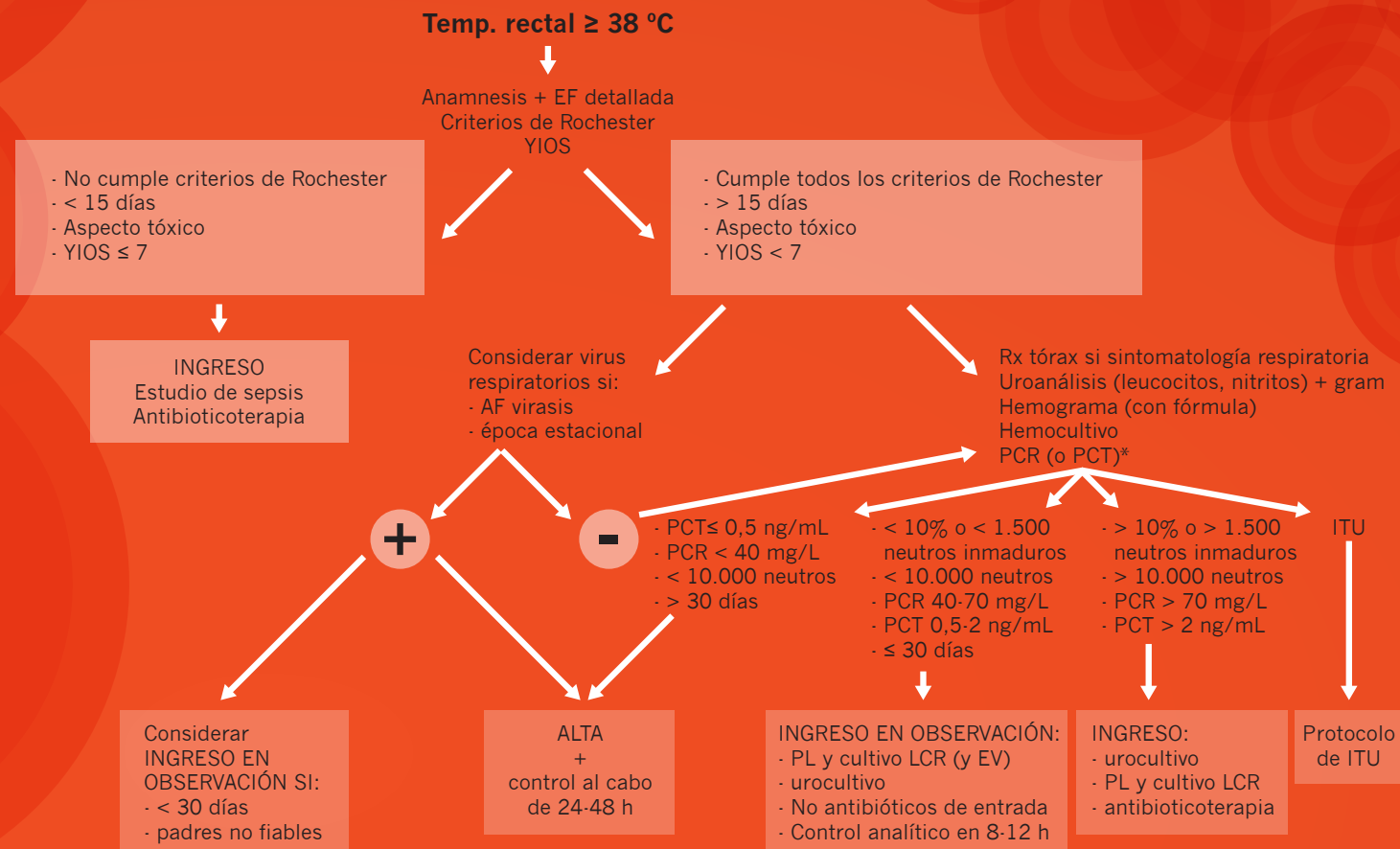


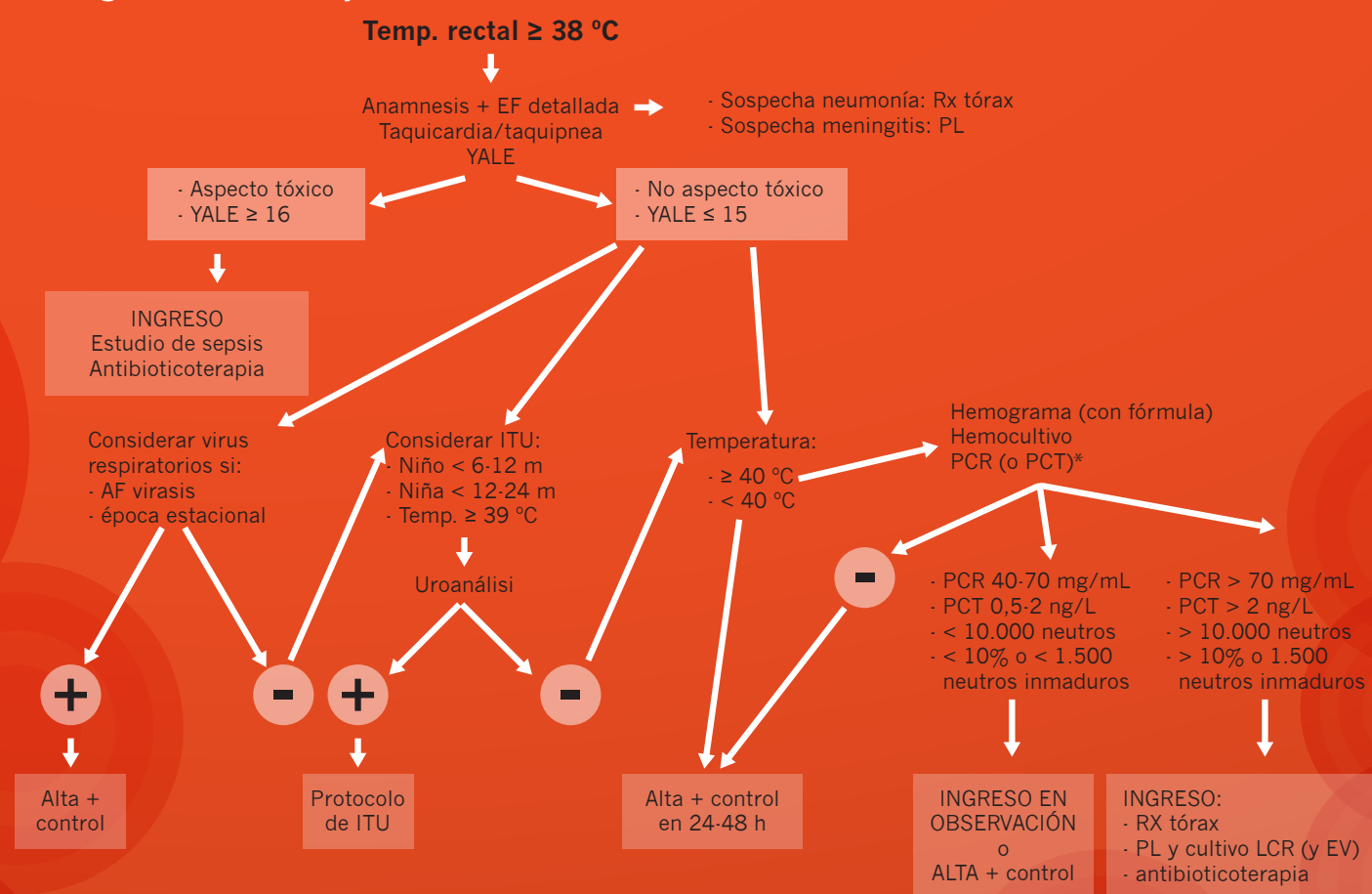
### Algoritmo del manejo de fiebre de corta evolución con lactante de menos de tres meses



- Los valores de la PCR y la PCT son orientativos, ya que hasta ahora no se han validado convenientemente.

C.Rodrigo; Méndez. Fiebre sin foco. En Protocolos de Infectología. Edita Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Infectología Pediátrica. 2009; 39-46. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5.0.pdf> (último acceso 25 de marzo de 2011)

### Algoritmo del manejo de fiebre de corta evolución con lactante de tres meses a tres años



- Los valores de la PCR y la PCT son orientativos, ya que hasta ahora no se han validado convenientemente.

C.Rodrigo; Méndez. Fiebre sin foco. En Protocolos de Infectología. Edita Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Infectología Pediátrica. 2009; 39-46. Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5.0.pdf> (último acceso 25 de marzo de 2011)



# Recomendaciones sobre el empleo de antimicrobianos ante la sospecha o confirmación de bacteriemia

#### Elaborado por:

Dr. T. Santillana (Medicina Interna), Dr. F.J. Candel González\* (Microbiología Clínica), Dr. F. González Romo\* (Microbiología Clínica), Dra. P. Merino Amador (Microbiología Clínica), Dr. J. A. Herrero (Nefrología), Dra. B. García Paredes (Oncología), Dr. R. Martínez (Hematología), Dra. M. Nieto (Intensivos), Dr. E. Martín Antona\* (Cirugía), Dr. A. Bodas\* (Pediatría), Dra. M. Cerrillo (Hospitalización a domicilio).

\*Comisión de Profilaxis y Política de Antibióticos. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.



XXXXXXXXXX

# GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EMPÍRICO DE PACIENTE CON SOSPECHA DE BACTERIEMIA

## Primera valoración (origen, gravedad, comorbilidad)

Origen Comunitario	Gravedad	Comorbilidad
Asociada a cuidados sanitarios Nosocomial	Estable hemodinámicamente (sepsis) Inestable hemodinámicamente (sepsis grave/shock)	Hematooncológico Inmunosupresión clínica o terapéutica (trasplante, VIH, esteroides, etc.) Diabetes mellitus, EPOC, IRC, hepatopatía

## Segunda valoración (foco, ubicación, toma de muestras)

Foco Conocido/Desconocido	Ubicación del paciente	Toma de muestras
	Planta de hospitalización Precisa soporte hemodinámico (UCI)	Hemocultivo, urocultivo, muestras respiratorias, LCR, etc.

**Parámetros clínicos que sugieren bacteriemia** (han de concurrir más de uno). En el **paciente hospitalizado**: temperatura > 38,3 °C, comorbilidad mayor, tirritonas, abdomen agudo, administración de fármacos por vía IV o dispositivo IV. **Pacientes de la comunidad**: sepsis con afectación de órgano o sistema, portador de un dispositivo intravascular o prótesis, fiebre asociada a caída de la hemopoyesis, alteración de la función renal, de la coagulación, alteraciones de la glucemia no explicadas, elevación de la procalcitonina o la lactacidemia. **Recomendaciones sobre la extracción de hemocultivos**: la recomendación es extraer 2-3 sets (1 set = 1 botella aeróbica + 1 botella anaeróbica) por episodio bacteriémico antes del tratamiento antibiótico. Se deben extraer de sitios distintos, en condiciones de asepsia (limpiando la piel y los tapones de las botellas con alcohol de 70°, aplicando alcohol yodado sobre la piel 1-2 min y si es posible sin volver a palpar la zona de punción). La cantidad recomendada de sangre es de 10 ml por botella. El tiempo recomendado entre las extracciones de los sets varía de 15 min a 2 horas, aunque en situaciones de sepsis se puede reducir a 5-10 minutos.

## Tercera valoración (terapia empírica)

<b>Origen desconocido</b>	<b>Adquirida en la comunidad</b> Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ertapenem
	<b>Asociada a cuidados sanitarios</b> Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona ó ertapenem. Con sepsis grave/shock séptico (inestable): daptomicina+ (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam)
	<b>Adquisición nosocomial</b> Con sepsis (paciente estable): cefepima ó imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam. Con sospecha <i>Staphylococcus</i> spp. oxacilin resistentes añadir vancomicina (si aclaramiento ≤ 50 ml/min emplear daptomicina). Con sepsis grave/shock séptico (inestable): daptomicina + (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam) ±, antifúngico

<b>Origen conocido Comunitario</b>	<b>Respiratorio</b> Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ceftriaxona + levofloxacino
	<b>Abdominal</b> Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico; ceftriaxona + metronidazol Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ertapenem
	<b>Urinario</b> Con sepsis (paciente estable): amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona Con sepsis grave/shock séptico (inestable): ertapenem
	<b>SNC: Ceftriaxona</b> <b>Otros: Ajustar a flora habitual</b>

<b>Origen conocido Sociosanitario o nosocomial</b>	<b>Respiratorio</b> Con sepsis (paciente estable): cefepima ó imipenem ó meropenem Con sepsis grave/shock séptico (inestable): linezolid+ (cefepima ó imipenem ó meropenem)
	<b>Abdominal</b> Con sepsis (paciente estable): ertapenem ó amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona (ciprofloxacino en alérgicos)+metronidazol Con sepsis grave/shock séptico (inestable): imipenem ó meropenem ó piperacilina-tazobactam
	<b>Urinario</b> Con sepsis (paciente estable): ertapenem ó amoxicilina-ácido clavulánico ó ceftriaxona Con sepsis grave/shock séptico (inestable): imipenem ó meropenem ó piperacilina-tazobactam ± vancomicina (si riesgo Grampositivos resistentes) pudiendo añadir tobramicina ó amikacina (3-5 días)
	<b>Catéter central con o sin reservorio</b> Con sepsis (paciente estable): vancomicina (si aclaramiento ≤ 50 ml/min ó dispositivo intravascular emplear daptomicina). Con sepsis grave/shock séptico (inestable): daptomicina + (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam) (desescalando con CMI). (Se recomienda la retirada del catéter)
	<b>SNC: cefepime ó meropenem ± vancomicina ó linezolid</b>

<b>Poblaciones especiales</b>	<b>Pacientes en hemodiálisis</b> Con sepsis (paciente estable): vancomicina Con sepsis grave o shock séptico: daptomicina + meropenem ó piperacilina-tazobactam. Reevaluar a los 3 días
	<b>Pacientes con TOS, TMO, hematooncológicos o con inmunosupresión clínica o terapéutica</b> Con sepsis (paciente estable): cefepima, ó imipenem ó meropenem ó piperacilina-tazobactam Con sepsis grave o shock séptico: daptomicina + (imipenem ó meropenem ó piperazilina-tazobactam) ±, antifúngico. Reevaluar a los 3 días
	<b>Sospecha de infección por Gram+</b> Con sepsis (paciente estable): vancomicina (si aclaramiento ≤ 50 ml/min ó dispositivo intravascular emplear daptomicina) Con sepsis grave o shock séptico: daptomicina Con sepsis grave e infiltrado en Rx: linezolid

Tan importante como el tratamiento antimicrobiano es la fluidoterapia que se debe iniciar también de forma precoz e intensa. Puede ser necesario iniciar soporte vasoactivo si existe refractariedad a una fluidoterapia adecuada

## Cuarta valoración (seguimiento)

<b>Infección por Grampositivos</b> Hemocultivos a las 72 horas El Departamento de Microbiología Clínica facilitará la CMI del microorganismo aislado Ecocardiograma y fondo de ojo en pacientes con cardiopatía estructural predisponente
<b>Infección por Gramnegativos</b> Solicitar al Servicio de Microbiología la CMI del aislado para optimizar el tratamiento en paciente inestable o con bacteriemia recurrente