

Manejo de enfermedades infecciosas en .pediatría

Pío López López, MD

El principal objetivo de este consenso es ofrecer a todos los médicos colombianos que manejan niños, una recomendación sobre el manejo antibiótico de las entidades infecciosas más frecuentes.

❖ Este consenso fue logrado gracias a consulta directa realizada a los pediatras miembros de la Asociación Colombiana de Infectología durante el primer trimestre de 1997.

❖ Es importante tener en cuenta que el consenso sólo está dirigido a unificar el uso de antibióticos en el manejo de enfermedades infecciosas en pediatría.

❖ La identificación microbiológica del germen causante de la infección permitirá la mejor orientación terapéutica.

❖ Muchas de las enfermedades mencionadas requieren una terapéutica multidisciplinaria: cirugía, drenaje, limpieza o medidas locales específicas.

❖ Se considera como tratamiento recomendado a aquel aceptado por el 70% ó más de los participantes en el consenso. Cuando ninguno de los fármacos lograba este porcentaje de aceptación, se aconsejaban dos o tres que tuvieran la mayor aceptación y su porcentaje se menciona entre paréntesis.

❖ Se considera como tratamiento alternativo el(los) producto(s) más utilizado(s) por los participantes, después de los productos especialmente recomendados.

❖ La infectología es una ciencia en cambio constante. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica aumenta, se plantean cambios en los tratamientos y en la antibioticoterapia. Se recomienda a los lectores estar al tanto de las actualizaciones de esta publicación.

❖ Los editores agradecen a todos los pediatras infectólogos su aporte al éxito del consenso.

Infecciones de oídos y senos paranasales

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Otitis externa bacteriana	Polimixina + Neomicina + Cortisona	
Otitis media aguda	Amoxicilina	Cefalosporina de 2ª. generación
Otitis crónica supurativa	Ceftazidime (50%) o Amoxicilina/Ampicilina + inhibidor de betalactamasa (40%)	Quinolonas Cefalosporina de 4ª. generación
Otitis media serosa	Amoxicilina	Cefalosporina de 2ª. generación o Amoxicilina/Ampicilina inhibidor de betalactamasa
Foliculitis con celulitis en oído externo	Cefalosporina de 1ª. generación	Amoxicilina/Ampicilina + inhibidor de betalactamasa
Mastoiditis crónica	Oxacilina + cefalosporinas de 3ª. generación + metronidazol	Ceftazidime + clindamicina
Sinusitis aguda	Amoxicilina	Cefalosporina de 2ª. generación
Sinusitis crónica	Amoxicilina/Ampicilina + inhibidor de betalactamasa	Cefalosporina de 3ª. generación + clindamicina

Infecciones de nariz y garganta

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Amigdalofaringitis probable estreptococcica, escarlatina	Penicilina V oral (40%) ó Penicilina Benzatínica (40%)	Cefalosporina de 1a. generación
Epiglotitis	Cloranfenicol	Cefalosporina de 3a. generación
Celulitis periamigdalona, celulitis o absceso retrofaringeo o laterofaringeo	Clindamicina (50%) ó Penicilina Cristalina (40%)	Oxacilina + Cloranfenicol

Infecciones respiratorias bajas

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Infección por VRS en niño con cardiopatía, inmunodeficiencia, fibrosis quística, prematuro o en falla respiratoria grave	Ribavirina	
Tosferina en mayores de 1 año sin neumonía	Eritromicina (60%) ó Claritromicina (40%)	Azitromicina
Tosferina en menores de 1 año con neumonía	Ampicilina	Cloranfenicol
Viraje tuberculínico (infección sin enfermedad)	Isoniazida	Rifampicina
Tuberculosis primaria pulmonar	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida	
Tuberculosis primaria extrapulmonar	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida	
Niño expuesto a TBC o con inmunocompromiso	Isoniazida	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida
Absceso pulmonar putrido primario: manejo empírico	Oxacilina + Cloranfenicol (50%) ó Clindamicina + Cefalosporina de 3a. generación (40%)	Oxacilina + cloranfenicol o Amoxicilina/Ampicilina + inhibidor de betalactamasa
Neumonía en huésped inmunodeprimido neutropénico adquirida en comunidad: manejo empírico con etiología desconocida.	Oxacilino + Ceftazidima	Oxacilina + Amikacina
Neumonía en huésped inmunodeprimido neutropénico adquirida en hospital: manejo empírico con etiología desconocida	Vancomicina + Ceftazidima	Imipenem + Amikacina Cefalosporina de 4a. generación + Amikacina
Exacerbación pulmonar aguda de fibrosis quísticas	Ceftazidime + Aminoglucósido (50%) o Ceftazidime + Oxacilina (40%)	Quinolona Cefalosporina de 4a. generación
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	Trimetoprim + Sulfametoxazol	Pentamidina
Neumonía con empiema niño eutrófico	Oxacilina + Cloranfenicol	Cefuroxima
Neumonía con empiema niño desnutrido	Oxacilina + Cloranfenicol (50%) ó Oxacilina + Cefalosporina de 3a. generación (40%)	Cefuroxima
Neumonía o bronconeumonía leve en niño menor de 5 años: manejo empírico ambulatorio	Amoxicilina	Cefalosporina de 2a. generación
Neumonía o bronconeumonía leve en niño mayor de 5 años: manejo empírico ambulatorio	Macrólidos (50%) ó Penicilina V (40%)	Cefalosporina de 2a. generación
Bronconeumonía severa, potencialmente fatal en niño eutrófico	Oxacilina + Cefalosporina de 3a. generación	Cefuroxima EV
Neumonía afebril del lactante	Macrólidos	Ampicilina

Infecciones cardíacas

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Pericarditis purulenta: manejo empírico	Oxacilina + cefalosporina de 3a. generación	Cefuroxima o Oxacilina + cloranfenicol
Tuberculoso	Isoniazida + Rifampicina + pirazinamida	
Endocarditis	Oxacilina + Aminoglucósido	Vancomicina + Aminoglucósido
Profilaxis en: intervención odontológica y de vías respiratorias superiores	Amoxicilina	Eritromicina
Profilaxis en intervención genitourinaria o gastrointestinal	Ampicilina + gentamicina	Vancomicina + Aminoglucósido

Infecciones gastrointestinales

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Diarrea infecciosa invasiva	Trimetoprim + Sulfametoxazol	Cefalosporina 3a. generación
"Diarrea del turista o viajero": manejo empírico	Trimetoprim + Sulfametoxazol	Ciprofloxacina
Colitis asociada con antibióticos	Metronidazol	Vancomicina
Abceso perirrectal	Clindamicina + Aminoglucósido	Amoxicilina/Ampicilina + inhibidor de betaladamasa o Oxacilina + Ceftazidima + Metronidazol

Infecciones cutáneas y de tejidos blandos

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Celulitis estreptocócica. Erisipela	Penicilina G.	Cefalosporina de 1a. generación
Impétigo. Manejo ambulatorio	Cefalosporina de 1a. generación (30%) o Dicloxacilina (30%) ó Penicilina V (30%)	
Impétigo buloso, escarlatina estafilocócica	Oxacilina	Dicloxacilina
Síndrome de piel escaldada	Oxacilina	Cefalosporina de 1a. generación
Piodermitis	Dicloxacilina (45%) Cefalosporina de 1a. generación (40%)	Clindamicina
Abscesos	Oxacilina	Cefalosporina de 1a. generación
Adenitis cervical	Oxacilina (60%) Cefalosporina de 1a. generación (40%)	Clindamicina
Fascitis necrosante	Clindamicina (50%) Penicilina + Clindamicina (40%)	Clindamicina + Oxacilina
Celulitis bucal sin etiología definida (posible H.I.)	Cefuroxima (50%) Ampicilina + inhibidor de betaladamasa (40%)	Oxacilina + Cloranfenicol
Gangrena gaseosa	Penicilina G.	Clindamicina
Adenitis tuberculosa	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida	
Mordedura de animales	Ampicilina o Amoxicilina + inhibidor de betalactamasa	Penicilina G. + Oxacilina

Infecciones del sistema nervioso central

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Meningitis Bacteriana en etapa neonatal: manejo empírico en etiología desconocida	Ampicilina + Aminoglucósido (53%) o Ampicilina + cefalosporina de 3a. generación (46%)	
Meningitis mayores de 1 mes y menores de 4 meses de edad: Manejo empírico en etiología desconocida	Ampicilina + Cefalosporina de 3a. generación	Ampicilina + Aminoglucósido o Ampicilina + Cloranfenicol
Meningitis en niños de 4 meses a 5 años de edad: Manejo empírico con etiología desconocida	Cefalosporina de 3a. generación (50%) o Ampicilina + Cloranfenicol (40%)	Ampicilina + Cloranfenicol
Meningitis en niños mayores de 5 años: manejo empírico en etiología desconocida	Cefalosporina de 3a. generación (50%) o Penicilina Cristalina (40%)	
Meningitis neumocócica resistente a penicilina	Cefalosporina de 3a. generación	Cefalosporino de 3a. generación + Vancomicina
Meningitis tuberculoso	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida	
Infecciones post shunt: manejo empírico en etiología desconocida	Oxacilina + Cefalosporina de 3a. generación (60%) ó Vancomicina + Cefalosporina de 3a. generación (30%)	

Infecciones genitourinarias y de transmisión sexual

DIAGNOSTICO CLINICO	TRATAMIENTO RECOMENDADO	ALTERNATIVAS
Herpes genital primario o recurrente	Aciclovir	Famciclovir o Valaciclovir
Cistitis aguda	Trimetoprim + Sulfametozaxol	Cefalexina
Pielonefritis	Aminoglucósido (60%) ó Cefalotina (40%)	Acido nalidíxico
Profilaxis para bacteriuria recurrente	Trimetoprim + sulfametozaxol	Acido nalidíxico
Epididimitis	Oxacilina + Cloranfenicol (50%) o Claritromicina + Cefalosporina de 3a. generación (40%)	Oxacilina + Cefalosporina 3a. generación
Candidiasis vulvovaginal	Fluconazol (50%) ó Clotrimazol (40%)	Nistatina
Vaginosis bacteriana	Metronidazol	
Gonorrea	Ceftriaxona	Cefalosporina de 3a. generación oral.
Sífilis temprana primaria o secundario latente, sin neuroinfección	Penicilina Benzatínica 50.000 UI/kg. sin pasar de 2.4 millones en dosis única	
Sífilis secundaria latente con tiempo indeterminado, sin neuroinfección	Penicilina Benzatínica 50.000 UI/kg sin pasar de 7.2 millones en tres dosis, dosis única semanal	
Sífilis congénita o neurosífilis	Penicilina Cristalina EV 100.000 a 150.000 UI/kg. En la congénita empezar cada 12 horas durante la primera semana y luego cada 8 horas durante 14 días. Si no es congénita repartir la dosis durante 10 días	
Chancroide	Ceftriaxona	Azitromicina
Linfogranuloma venéreo	Macrólidos	
Enfermedad inflamatoria pélvica	Ceftriaxona + Macrólidos	Cefoxitín + Macrólidos