



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL



Guía de tratamiento antibiótico empírico de infecciones más frecuentes en Pediatría





AUTORIDADES

María Teresa Barán Wasilchuk

Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Raimundo Saúl Recalde

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 Egea Garabano

Directora de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles

COLABORADORES

Dirección General de Vigilancia de la Salud

- Dra. Viviana de Egea.

Coordinación del Comité Técnico Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos

- Dra. Ada Brizuela.
- Q.F. Francisco Ovando.

Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones.

- Lic. Rocío Britos.

Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS

- Dra. María José Mesquita.
- Dra. María Stela Samaniego Nielebock.

Laboratorio Central de Salud Pública

- Dr. Mario Martínez Mora.
- Dra. Nancy Melgarejo Touchet.
- Dra. Natalie Weiler Gustafson.

Sociedad Paraguaya de Pediatría

- Dra. Beatriz Ojeda.
- Dra. Cemía Penayo.
- Dr. Fernando Galeano.
- Dr. Héctor Castro.
- Dr. Hugo Cabrera.
- Dra. Irene Benítez.
- Dra. Lorena Grau.
- Dra. María Salaberry.
- Dra. Nimia Denattei.
- Dr. Robert Cuellar.
- Dra. Verónica Lezcano.
- Dr. Víctor Hellman.
- Dra. Vivian Delgado.

Sociedad Paraguaya de Infectología

- Dra. Cinthia Aranda.
- Dra. María José Sánchez.
- Dr. Mateo Balmelli.
- Dra. Soraya Araya.
- Dr. Virgilio Lezcano.

INDICE

Autoridades.....2

Colaboradores.....3

Resolución5

Introducción.....8

Propósito.....9

Objetivos.....9

Ambito de aplicación.....9

Consideraciones generales10

Glosario11

Infecciones de piel y partes blandas12

 Mastoiditis Aguda.....14

 Mastoiditis crónica.....14

 Celulitis secundaria a mordedura15

 Celulitis contraída por contacto con el agua.....15

Infecciones del Sistema Nervioso Central.....16

 Meningitis bacteriana aguda16

Infección urinaria.....17

Infección de vías aéreas superiores.18

 Sinusitis aguda-otitis media aguda.....18

 Faringoamigdalitis aguda purulenta.....18

 Absceso periamigdalino19

 Absceso retro, para, latero faríngeo20

Neumonía adquirida de la comunidad.....21

Infecciones osteoarticulares.....23

 Osteomielitis y Artritis Séptica.....23

Infecciones del aparato digestivo24

 Diarrea aguda infecciosa24

 Diarrea aguda de la comunidad24

 Diarrea del viajero25

 Diarrea crónica (≥14 días)25

 Apendicitis aguda25

 Etiología de las peritonitis según tipo.....25

 Peritonitis primaria sin perforación25

 Peritonitis secundaria (de origen apendicular o perforación de víscera hueca).....26

 Peritonitis terciaria: infección persistente o recurrente posterior al tratamiento de una peritonitis primaria o secundaria.26

 Peritonitis asociada a diálisis peritoneal (valorar epidemiología local)27

Infecciones Cardiovasculares.....28

 Endocarditis Bacteriana Aguda.....28

Sepsis.....29

 Sin foco aparente29

Sífilis30

Esquema de vacunacion en recién nacidos hasta 14 años.....31

Referencias.....35



RESOLUCIÓN

Misión: Ente rector que coordina y ejecuta las políticas públicas de salud, con el propósito de garantizar la cobertura y el acceso para toda la población en forma equitativa, con enfoque integral, inclusivo, unificado, sostenible, colaborativo y participativo.

"Dasquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 894 -

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 03 de diciembre de 2025

VISTO:

La Nota M.S.P.yB.S./D.G.V.S. N° 1590/2025, registrada como expediente SIMESE N° 227.610/25, por 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 Pediatría 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 25, "El Ministerio arbitrará las medidas para disminuir o eliminar el riesgo de enfermedades transmisibles, mediante acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, que tiendan a elevar el nivel inmunitario de las personas y combatir las fuentes de infección en coordinación con las demás instituciones del sector".

Que la Ley N° 7.278/2024, "QUE REGULA LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ESTADO", en su Artículo 31 inciso d) dispone: "Corresponderá a los ministerios, sin perjuicio de lo establecido en sus respectivas leyes de creación, o carta orgánica, las siguientes funciones generales: (...) d) Orientar la eficiencia de la administración del sector mediante directrices técnicas para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, y en su Artículo 32, Son deberes y atribuciones de los ministros, sin perjuicio de las competencias establecidas en la Constitución, en sus respectivas leyes orgánicas y reglamentaciones, y en otras disposiciones legales: incisos c) Ejercer las atribuciones que le sean asignadas a las máximas autoridades institucionales, en materia de administración financiera, organización administrativa, suministro y contrataciones públicas, régimen de la función pública y en otras disposiciones especiales y f) Dictar reglamentos en materias de su competencia".



Página 1 de 3

Visión: Ser reconocidos como institución de referencia, líder en Salud Pública, destacándonos por nuestra capacidad de respuesta humanizada, eficaz, eficiente y transparente, en coordinación con los otros sectores y promoviendo la participación activa de la comunidad.

mecip
2015



Misión: Ente rector que coordina y ejecuta las políticas públicas de salud, con el propósito de garantizar la cobertura y el acceso para toda la población en forma equitativa, con enfoque integral, inclusivo, unificado, sostenible, colaborativo y participativo.

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 894-

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 03 de diciembre de 2025

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 Contra la Resistencia a los Antimicrobianos 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 por Resolución S.G. N° 766, del 18 de noviembre de 2024, al 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.

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.

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 8°, establece que la atención sanitaria, como área específica de acción, es uno de los ámbitos de responsabilidad, control y ejecución del Ministerio de Salud Pública Bienestar Social, 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, determina 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.



Página 2 de 3

Visión: Ser reconocidos como institución de referencia, líder en Salud Pública, destacándonos por nuestra capacidad de respuesta humanizada, eficaz, eficiente y transparente, en coordinación con los otros sectores y promoviendo la participación activa de la comunidad.





Misión: Ente rector que coordina y ejecuta las políticas públicas de salud, con el propósito de garantizar la cobertura y el acceso para toda la población en forma equitativa, con enfoque integral, inclusivo, unificado, sostenible, colaborativo y participativo.

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 394-

POR LA CUAL SE APRUEBA LA GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA, Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 03 de diciembre de 2025

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica a través del Dictamen A.J. N° 1867, de fecha 01 de diciembre de 2025, 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 Pediatría**, la cual forma parte, como anexo de la presente Resolución.
- Artículo 2º.** Encomendar al Comité Técnico Nacional contra la Resistencia a los Antibióticos - RAM, la coordinación de las acciones tendientes a la difusión, implementación y aplicación del documento aprobado en el Artículo 1º de la presente Resolución, en todos los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 3º.** Disponer que la Guía tendrá vigencia de dos (2) años, y será actualizada, atendiendo a los datos epidemiológicos de resistencias provistos por el Laboratorio Central de Salud Pública.
- Artículo 4º.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.




DRA. MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK
MINISTRA

/lbni



INTRODUCCIÓN

Los desafíos actuales de la salud pública requieren de grandes esfuerzos y acciones conjuntas para dar respuestas a las diferentes emergencias sanitarias, en ese sentido, la Resistencia a los Antimicrobianos (RAM) es una de ellas, una situación global que amenaza con derribar uno de los hitos más grandes de la salud, el uso de antimicrobianos. A nivel global, la implementación de un plan de acción mundial para generar políticas que puedan sostenerse en el tiempo y luchar contra el gran avance de las resistencias que se dan en los microorganismos es una estrategia transcendental que con ayuda de los planes nacionales pueden ejecutarse y luchar efectivamente contra esta problemática.

La contención de la Resistencia a los Antimicrobianos (RAM), a través de la implementación de programas efectivos de control de infecciones mediante las cuales pueden prevenir la transmisión de microorganismos multirresistentes que se asocian a la atención de la salud, es una de las medidas más costo efectiva ⁽¹⁾. Sin embargo, estas medidas deben ser acompañadas con estrategias que apunten a la correcta decisión en el uso de agentes antimicrobianos, es ahí donde surge la necesidad de contar con guías nacionales que orienten de manera clara y efectiva el uso de los antibióticos según las características clínicas de los pacientes, como bien se menciona en la línea estratégica 5 del Plan Nacional Contra la Resistencia a los Antimicrobianos 2024-2028: *“Utilizar de forma óptima los medicamentos en la salud humana y animal”* ⁽²⁾.

El uso de antibióticos es una práctica común frente a situaciones en donde existe una evidencia científica o bien ante la expertise del profesional que, a través de su vivencia profesional, los lleva al terreno clínico para el buen uso de los mismos, sin embargo, frente al avance de microorganismos multirresistentes es de suma importancia la implementación de estrategias basadas en la propuesta de la Guía AWaRe (por sus siglas en inglés: Acceso, Precaución y Reserva)⁽³⁾.

La población pediátrica es sin duda una franja etaria en donde el nivel crítico de uso de cualquier medicamento, incluido los antimicrobianos debe ser finamente seleccionado y ajustado, por lo que este material pretende establecerse como una herramienta para los profesionales médicos de primera línea de atención ya que ofrece, desde una construcción basada en evidencias científicas y empíricas, las estrategias más adecuadas para la selección de los antibióticos en la práctica diaria frente a condiciones clínicas diversas; de esta manera se pretende unificar el criterio clínico en el uso de los antimicrobianos, lo que impacta directamente en la reducción de las resistencias a nivel país.

1. Da Silva Jr JB, Espinal M, Ramón-Pardo P. Resistencia a los antimicrobianos: tiempo para la acción. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e122. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.122>
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay). Dirección General de Vigilancia de la Salud. Plan Nacional Contra la Resistencia a los Antimicrobianos y Plan Operativo 2024-2028 [Internet]. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2024. Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2024/11/Libro-Plan-Nacional.pdf>
3. Guía AWaRe (Acceso, Precaución y Reserva) de la OMS para el uso de antibióticos. Infografías en Anexo web. [The WHO AWaRe (Access, Watch, Reserve) antibiotic book. Web Annex. Infographics]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (WHO/MHP/HPS/EML/2022.02). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a1e1742d-0875-4d77-8595-4ac4ec3945c8/content>

PROPÓSITO

Optimizar la utilización de los antibióticos en los diferentes servicios del sistema de salud de la red del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, además de todo el Sistema Nacional de Salud, para lograr unificar criterios de tratamiento con directrices claras y acordes a la realidad nacional.

OBJETIVOS

- Promover las buenas prácticas de uso de antibióticos en infecciones más frecuentes en pediatría.
- Establecer criterios terapéuticos para mejorar la toma de decisiones frente a una infección y la elección correcta del agente antimicrobiano.
- Reducir la resistencia a los antimicrobianos mediante la implementación de criterios basados en evidencia científica con el fin de obtener resultaos clínicos exitosos con los agentes disponibles.

AMBITO 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 especialistas en pediatría, de todos los niveles de complejidad.

CONSIDERACIONES GENERALES

Al definir los síntomas y signos clínicos de una infección bacteriana en el paciente pediátrico, el profesional de salud podría, en base a ese diagnóstico preciso, iniciar el tratamiento con antibióticos; la elección del mismo dependerá del sitio de la infección, el estado general del paciente y los datos epidemiológicos. La antibioticoterapia será ajustada de acuerdo a los resultados de aislamiento del microorganismo, así como también el cambio de vía IV, IM, etc., a vía oral se debe ajustar según el mismo criterio.

La evolución del paciente puede determinar la duración del tratamiento, por lo que el seguimiento del mismo será clave para aplicar el desescalamiento o retiro del antibiótico en los casos que sean necesarios.

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 perfil de susceptibilidad antimicrobiana de bacterias aisladas de infecciones hospitalarias y de la comunidad del año 2023, 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

- **EBHGA:** Estreptococo betahemolítico del grupo A.
- **h:** hora.
- **IM:** vía intramuscular.
- **IP:** vía intraperitoneal.
- **IV:** vía intravenosa.
- **kg:** kilogramo.
- **mg:** miligramo.
- **SAMR:** *Staphylococcus aureus* meticilino resistente.
- **TMS:** Trimetoprim-Sulfametoxazol.
- **VO:** vía oral.

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Infección	Primera elección	Segunda elección
<p>Impétigo</p> <p>Interrogar siempre: antecedentes de infecciones de piel a repetición.</p>	<p>Mupirocina, aplicación tópica 3 veces al día, por 5 a 10 días. Si es extenso o lesiones múltiples, iniciar tratamiento con antibiótico vía oral.</p>	<p>Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis o TMP-SMX: 8 mg/kg/día de TMP VO en dos dosis por 5 a 7 días.</p>
	<p>Costroso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina 50-75 mg/kg/día VO en 3 dosis o Amoxicilina 45 mg/kg/día VO en dos dosis por 5 a 7 días. 	
	<p>Ampolloso:</p> <ul style="list-style-type: none"> TMP-SMX: 8 mg/kg/día de TMP VO en dos dosis por 5 a 7 días. 	
Erisipela	<p>Ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 50 mg/kg/día en tres dosis por 10 días. 	<p>Ambulatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina 50-75mg/kg/día VO en 3 dosis por 10 días.
	<p>Internación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicilina G 100.000-200.000/kg/día IV en por 10 días. 	<p>Internación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina :100-200 mg/kg/día IV en 4 dosis por 10 días o Ceftriaxona: 75-100 mg/kg/día IV por 10 días.
Celulitis en cara (orbitaria)	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 50-100 mg/kg/día IV en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 40- 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día (de la amoxicilina) o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV (de ampicilina) fraccionados en 4 dosis, por 10 a 14 días + Vancomicina 60 mg/kg/día cada 6 horas o Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días.
Periorbitaria (no asociada a puerta de entrada)	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam o Ampicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. <p>Según evolución clínica pasaje a vía oral con amoxicilina/clavulánico o amoxicilina/sulbactam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 50 mg/kg/día cada 24 h o Cefotaxima 200 + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días.
Periorbitaria (asociada con puerta de entrada: piel)	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 30 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7-10 días. <p>Según evolución clínica pasaje a vía oral con Clindamicina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> TMP-SMX: 8-10 mg/kg/día de TMP IV, fraccionados en dos dosis por 7 a 10 días.

Abscesos, linfadenitis cervical	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 30 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días. Evaluar pasaje a vía oral según evolución clínica. <p>En menores de 2 años sin esquema de inmunización completa para la edad agregar Cefalosporina de tercera generación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> TMP-SMX: 8-10 mg/kg/día de TMP IV, fraccionados en dos dosis por 7 a 10 días.
Fascitis necrotizante Medidas de soporte y drenaje quirúrgico temprano y amplio.	<u>Paciente inmunocompetente (pos varicela, lesión en piel):</u> <ul style="list-style-type: none"> Penicilina G sódica 200.000 UI/kg/día IV, fraccionadas en 4 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis o Vancomicina 60 mg/kg/día IV en 4 dosis. Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis o Vancomicina 60 mg/kg/día IV en 4 dosis. Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 1 a 2 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis o Vancomicina 60 mg/kg/día IV en 4 dosis. <p>Drenaje quirúrgico temprano y amplio. Recordar que el uso de vancomicina se reserva para casos con sospecha de bacteriemia por <i>S. aureus meticilino resistente</i> o bacteriemia confirmada por <i>S.aureus meticilino resistente</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Piperacilina-tazobactam 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis. <p>La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica.</p>
	<u>Paciente inmunosuprimido/pos traumatismo:</u> <ul style="list-style-type: none"> Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Piperacilina/tazobactam 400mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Meropenem 60mg/kg/día IV, fraccionado en 3 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis. <p>La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica.</p>	
Miositis supurativa	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 30 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días + drenaje quirúrgico temprano. 	<ul style="list-style-type: none"> TMP-SMX: 8-10 mg/kg/día de TMP IV, fraccionados en 2 dosis o

		<ul style="list-style-type: none">• Vancomicina 60 mg/kg/día IV, por 10 a 14 días.
--	--	---

Mastoiditis Aguda

Infección	Primera elección	Segunda elección
Mastoiditis Aguda	<ul style="list-style-type: none">• Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, en una dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis (c/8 h) por 14 días o• Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM, en una dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis (c/8 h) por 14 días. <p>Considerar la prolongación del tratamiento según la evolución clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilina/Clavulánico o Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Amoxicilina) fraccionados en dos dosis (c/12 h) o• Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/d (de Ampicilina) fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) por 14 días. <p>Considerar la prolongación del tratamiento según la evolución clínica.</p>

Mastoiditis crónica

Primera elección	Segunda elección
<ul style="list-style-type: none">• Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + clindamicina 40 mg/kg/día IV.	<ul style="list-style-type: none">• Piperacilina/Tazobactam (240-300) mg/kg/día IV (de Piperacilina) fraccionados en 4 dosis (c/6 h) + Clindamicina 40mg/kg/día o Metronidazol 30mg/kg/día.• Meropenem 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis.• Cefepime 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis. <p>El tratamiento puede completar por vía oral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ciprofloxacina 30mg/kg/d cada 12hs + Metronidazol 30mg/kg/día o• Clindamicina 40mg/kg/día.

Celulitis secundaria a mordedura

Tipo de mordedura	Primera elección	Segunda elección
Gato, perro, ratón, humano	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día VO (de Amoxicilina), fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 5 a 7 días o Ampicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en dos dosis (c/12 h) por 5 a 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 40 mg/kg/día VO, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + TMP-SMX: 10/50 mg/kg/día de TMP VO, fraccionados en dos dosis (c/12 h) por 5 a 7 días (alergia a betalactámicos).
Reptil	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/sulbactam 50 mg/kg/día VO (de amoxicilina), fraccionados en tres dosis (c/8 h) o Ampicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en dos dosis (c/12 h) por 5 a 7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 40 mg/kg/día VO, fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 5 a 7 días + Gentamicina 5 mg/kg/día IV en una dosis (c/24) o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IM o IV en una dosis (c/24 h) o fraccionados en dos dosis (c/12 h) o TMS 10/50 mg/kg/día VO, fraccionados en dos dosis (c/12 h).

Obs: verificar Guía Nacional de Normas y Procedimientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia.

Celulitis contraída por contacto con el agua

Tipo de agua	Primera elección	Segunda elección
Contacto con agua dulce	Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 7 días.	Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM o Ciprofloxacina 30 mg/kg/día VO, fraccionados en dos dosis (c/12 h) por 7 días. 6
Contacto con agua salada	Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + Doxiciclina 2 mg/kg/día VO, fraccionado en dos dosis (c/12 h).	TMP-SMX: 10/50 mg/kg/día de TMP VO, fraccionado en dos dosis (c/12 h) + Gentamicina 5 mg/kg/día IV en una dosis (c/24 h) (niños de corta edad) por 7 días. 6

INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Meningitis bacteriana aguda

Edad	Primera elección	Segunda elección
< 1 mes OBS: dosis de antibiótico según edad y peso.	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Ampicilina 200–400 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 14 a 21 días. <p>En infecciones por enterobacterias por un mínimo de 21 días o 2 semanas tras la esterilización del LCR. Ajustar el esquema según antibiograma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200–400 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina 5–7,5 mg/kg/día IV, fraccionados en 2 dosis o Amikacina 15-20 mg/kg/día IV, cada 24 h por 14 a 21 días.
1 a 3 m	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 1-2 dosis + Ampicilina 300–400 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 días. <p>En infecciones por enterobacterias por un mínimo de 21 días o 2 semanas tras la esterilización del LCR. Ajustar el esquema según antibiograma.</p> <p>Obs: la ceftriaxona no se utiliza en prematuros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200–400 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina 5–7,5 mg/kg/día IV, fraccionados en 2 dosis o Amikacina 15-20 mg/kg/día IV cada 24 h por 14 a 21 días.
4 m a 5 a Considerar estado de inmunización.	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 1-2 dosis por 7 a 10 días. 	<p><u>Cuando existe aislamiento de HIB:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200–400 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días. <p><u>Duración de tratamiento para:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>S. pneumoniae</i>: 10 a 14 días. ♦ <i>N. meningitidis</i>: 5 a 7 días. <p><u>Sin microorganismo aislado:</u> 7-10 días.</p>
6 a 18 a	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días o Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 1-2 dosis por 7 a 10 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Penicilina G 400.000 UI/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días.

Alergias a betalactámicos en mayores de 3 meses de edad: iniciar tratamiento con Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis más Rifampicina 20 mg/kg/día IV o VO, fraccionados en 4 dosis.

INFECCIÓN URINARIA

Edad	Primera elección	Segunda elección
<p>< 1 m</p> <p>Siempre hospitalizado</p> <p>Obs: Descartar MBA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) + Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, ambos en una dosis por 10 a 14 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis + Ampicilina 100-200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis por 10 a 14 días.
<p>1m a 3a</p> <p>Ambulatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cefixima dosis inicial de 16 mg/kg/día VO, seguidos de 8 mg/kg/día VO en una dosis por 7 a 14 d. 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam o Amoxicilina/Clavulánico 40 mg/kg/día VO (de amoxicilina), fraccionados en tres dosis o Cefalexina 50 mg/kg/día VO, fraccionados en tres dosis por 7 a 14 días.
<p>1 m a 3 a</p> <p>Hospitalizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona: 75 mg/kg/día IV en una dosis (c/24 h) o Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis por 7 a 10 días. Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO. 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV (de amoxicilina), fraccionados en tres dosis o Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, ambos en una dosis por 7 a 10 días. Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO.
<p>> 3 años, cistitis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam 100mg/kg/día VO o Amoxicilina/Clavulánico 40 mg/kg/día VO (de amoxicilina), fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 3 a 5 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Cefalexina 50 mg/kg/día VO fraccionados en tres dosis o Nitrofurantoína 5 mg/kg/día VO, fraccionados en dos dosis por 3 a 5 días.
<p>>3 años pielonefritis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona: 75 mg/kg/día IV en una dosis c/24 h o Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis por 10 días. Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a Cefixima VO. 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam o Amoxicilina/Clavulánico 100 mg/kg/día (de Amoxicilina), fraccionados en tres dosis o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en cuatro dosis o Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, ambos en una dosis. Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO.

INFECCIÓN DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES.

Sinusitis aguda-otitis media aguda

Obs: LOS PATOGENOS SON SIMILARES Y LA TERAPIA Y DURACION DEBE SER CONSIDERADA DE LA MISMA FORMA.

Primera Elección	Segunda elección
<ul style="list-style-type: none">Amoxicilina 90 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días. <p>OBS: el aumento de serotipos no vacunales con susceptibilidad reducida a Penicilina no respalda el cambio a dosis estándar.</p> <p>Dosis máxima: 3 gramos/día.</p>	<ul style="list-style-type: none">Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam, 90 mg/kg/día VO (de Amoxicilina), fraccionados en 2 dosis oCefuroxima, 30 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis de 7 a 10 días. <p>Obs: considerar en:</p> <ul style="list-style-type: none">Pacientes menores de 6 meses.Vacunación incompleta.Conjuntivitis purulenta.OMA recurrente.ATB previo en los últimos 30 días. <p>Alérgicos β-lactámicos: considerar</p> <ol style="list-style-type: none">Macrólidos: Azitromicina 10 mg/kg/día en una dosis por 3 días.Levofloxacin: 20 mg/kg/día en dos dosis en menores de 5 años y a 10 mg/kg/día en una dosis en mayores de 5 años.

Faringoamigdalitis aguda purulenta.

Más de 80% de los casos son de etiología viral y no requieren antibiótico. Los casos de < 2 años de edad son excepcionales. La presencia de odinofagia, exudado faríngeo, petequias en paladar blando, adenopatía cervical anterior, temperatura > 38,5°C, al igual que la ausencia de tos, sugieren etiología bacteriana, pero la confirmación del diagnóstico requiere cultivo faríngeo.

Puede hacerse una prueba rápida de estreptococo del grupo A, pero si el resultado es negativo, debe realizarse cultivo. Solo se administra tratamiento antibiótico si el agente es estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) o *Corynebacterium diphtheriae*. En lugares donde se hayan registrado casos de difteria, considerar esa enfermedad en el diagnóstico diferencial.

Primera elección	Segunda elección
<ul style="list-style-type: none">Amoxicilina 50mg/kg/día cada 8 h por 7 a 10 días oAmoxicilina 90 mg/kg/día cada 12 h por 10 días.	<ul style="list-style-type: none">Penicilina benzatínica (DOSIS ÚNICA)<ul style="list-style-type: none">≤ 30 kg: 600.000 UI - IM> de 30 kg: 1.200.000 UI - IMEn alérgicos a la penicilina<ul style="list-style-type: none">Azitromicina 12 mg/kg/día por 5 días.Clindamicina 30 mg/Kg/día VO, fraccionados en 3 dosis por 10 días.

Obs: Episodios múltiples de faringitis sintomática por estreptococo betahemolítico del grupo A (EBHGA), a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico adecuado, valorar indicación de amigdalectomía.

Absceso periamigdalino

Etiología: *Streptococcus pyogenes*, con flora oral mixta incluyendo *anaerobios* (*Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*) y *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*.

Conducta: internar al paciente de inmediato y drenar el absceso en ambiente quirúrgico. Iniciado el tratamiento con antibióticos, considerar la indicación de corticosteroides para aliviar los síntomas asociados, reducir el riesgo de complicaciones y abreviar la duración de la infección.

Primera elección	Segunda elección
<ul style="list-style-type: none">Ampicilina/sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Ampicilina) fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) + Clindamicina 30-40 mg/kg/IV fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 10 a 14 días, según evolución. <p>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a VO: Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/kg/día + TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP VO.</p>	<ul style="list-style-type: none">Cefotaxima 150 -200 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en una dosis o fraccionados en dos dosis c/12 h + Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en tres dosis (c/8 h). <p>En paciente en choque:</p> <ul style="list-style-type: none">Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis (c/6h) o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en una dosis o fraccionados en dos dosis c/12 + Vancomicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 10 a 14 días, según evolución. <p>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a VO: Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día + TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP.</p>

Absceso retro, para, latero faríngeo

Etiología: microbiota mixta aeróbica y anaeróbica incluyendo *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR).

Conducta: internar al paciente de inmediato y drenar el absceso en ambiente quirúrgico. Iniciado el tratamiento con antibióticos, considerar la indicación de corticosteroides para aliviar los síntomas asociados, reducir el riesgo de complicaciones y abreviar la duración de la infección.

Primera elección	Segunda elección
<div><ul style="list-style-type: none">Cefotaxima 150 -200 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en una dosis o fraccionados en dos dosis (c/12) + Clindamicina 30-40 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 10 a 14 días, según evolución.</div> <div>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a VO: Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/kg/día + TMP-SMX; 10 mg/kg/día de TMP.</div>	<div><ul style="list-style-type: none">Cefotaxima 150 -200 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en una dosis o fraccionados en dos dosis (c/12) + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h).</div>
	<div>En pacientes con choque:</div> <div><ul style="list-style-type: none">Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/día IV o Meropenem 80 mg/kg/día IV fraccionados en tres dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 10 a 14 días, según evolución.</div> <div>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a VO: Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día más TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP.</div>

NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

Edad	Primera elección	Segunda elección
<p>< 4 semanas</p> <p>Siempre internado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Aminoglucósido (Gentamicina 5-7.5 mg/kg/día IV, fraccionados en 1-2 dosis o Amikacina 15-20 mg/kg/día IV) en una dosis por 10 a 14 d (según evolución). 	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 d (según evolución).
<p>4 semanas a 3 meses</p> <p>Siempre internado</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 200 mg/kg/día IV o Ceftriaxona 75 mg/kg/día IV o IM, en una dosis o fraccionados en dos dosis c/12. 	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina: 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis. Amoxicilina/Clavulanato 100 mg/kg/día VO (de Amoxicilina) fraccionados en 3 dosis o Ampicilina/sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Ampicilina) fraccionados en cuatro dosis (c/6 h).
<p>Paciente ambulatorio</p> <p>Mayor 3 meses a 5 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 90-100 mg/kg/día VO de amoxicilina en 3 dosis. <p>Considerar esquema de Vacunación del niño.</p> <p>(Haemophyllus Influenzae esquema de 3 dosis completo)</p> <p>En niños con Vacunación incompleta para <i>Haemophyllus Influenzae</i></p> <p>Cefotaxima 150 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 -75mg/kg/día IV o IM, en una dosis o fraccionados en dos dosis c/12 h.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 90-100 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días, según evolución o Cefuroxima 30 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días según evolución.
<p>Paciente hospitalizado (neumonía no complicada)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV fraccionados en 4 dosis. <p>En niños con Vacunación incompleta para <i>Haemophyllus Influenzae</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 150 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 -75mg/kg/día IV o IM, en una dosis o fraccionados en dos dosis c/12 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 100-200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días, según evolución o <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO.</p>
<p>Hospitalizado (no en UCI) con neumonía multilobar o con derrame o con neumatocele</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200-300 mg/kg/día en 3 dosis más clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.</p> <p>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día IV, en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.</p> <p>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.</p>

Hospitalizado, séptico, muy grave (y/o internado en UCI)	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día IV, en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.</p> <p>En caso de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 d</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día IV, en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV fraccionados en 4 dosis con o sin Clindamicina a 40 mg/kg/día fraccionado en 3 dosis, por 14 a 21 días.
>5 años		
Ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 90 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis. <p>Si no hay mejoría a las 72 horas de tratamiento, considerar uso de macrólidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Claritromicina 15 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días o Azitromicina 10 mg/kg VO dosis única en el 1er día y 5 mg/kg/día VO del 2° al 5° día.
Hospitalizado (neumonía no complicada), intolerante a vía oral	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días. <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia oral, pasar a VO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Amoxicilina), fraccionados en 3 dosis o Ampicilina/Sulbactam 100-150 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis según evolución, por 7 a 10 días. <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.</p>
Hospitalizado (neumonía complicada y no internado en UCI)	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a vía oral a con Amoxicilina Sulbactam 90 - 100 mg/kg/día en 3 dosis + Trimetoprim Sulfametoxazol 10mg/kg/día en dos dosis</p> <p>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.</p> <p>OBS: VERIFICAR ESTADO VACUNAL Y RESISTENCIA LOCAL A LA PENICILINA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día IV, en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Sulbactam o Amoxicilina/Clavulánico 90-100 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis. <p>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.</p>
Hospitalizado (muy grave y/o internado en UCI) mayor a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día IV en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis, por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a vía oral con Amoxicilina/Sulbactam 90 - 100 mg/kg/día en 3 dosis + Trimetoprim/Sulfametoxazol 10mg/kg/día en dos dosis</p> <p>En caso de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona 80-100 mg/kg/día IV en 1-2 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis con o sin Clindamicina a 40 mg/kg/día fraccionado en 3 dosis por 10 a 14 días (según evolución). <p>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a vía oral.</p> <p>En caso de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.</p>

Ajustar antibioticoterapia según aislamiento de gérmenes.

INFECCIONES OSTEOARTICULARES

Osteomielitis y Artritis Séptica

Edad	Primera elección	Segunda elección
<3m	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 40 mg/kg/días IV cada 8 horas + cefotaxima 200 mg/kg/día IV (c/6 h) o Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV en una dosis (c/24 h). <p>Obs: ajustar según aislamiento del germen. Deberán completar tratamiento IV.</p>	<p>Vancomicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> ≤ 30 días de vida: 15 mg/kg/día IV, fraccionados en 2 dosis (c/12 h). > 30 días de vida: 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis (c/8 h) + Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis (c/6 h) o Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV en una dosis (c/24 h).
3 m a ≤3 años	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis (c/8 h) u Oxacilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/6 h). <p>Pacientes no vacunados contra <i>H. influenzae</i> tipo b, agregar Ceftriaxona 80 mg/kg/día IV en una dosis c/24 h o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis (c/6 h).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulanato 100 mg/kg/día IV (de Amoxicilina), fraccionados en 3 dosis (c/8 h) o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en cuatro dosis (c/6 h). <p>Pacientes vacunados contra <i>H. influenzae</i> tipo b, Cefazolina según sensibilidad del germen.</p>
>3 a 18 a	<ul style="list-style-type: none"> Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) u Oxacilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis (c/6 h). 	<ul style="list-style-type: none"> Cefazolina 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis (c/8 h) o TMP-SMX: 10 mg/kg/día en dos dosis

Obs: Considerar según evolución clínica *Kingella kingae* en mayores de 3 años

Osteomielitis aguda: duración de tratamiento antibiótico 4 a 6 semanas según evolución clínica; valorar pasaje a vía oral según evolución clínica y mejoría de reactantes de fase aguda.

Artritis séptica: duración del tratamiento antibiótico 2 a 3 semanas según evolución clínica; valorar pasaje a vía oral según evolución clínica y mejoría de reactantes de fase aguda.

INFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO

Diarrea aguda infecciosa

Observaciones:

1. La medida inicial y más importante es corregir la deshidratación y el desequilibrio hidroelectrolítico; debe evitarse el uso de medicamentos antidiarreicos o antiperistálticos.
 2. Los virus siguen siendo los agentes más frecuentes de diarrea. Por otra parte, no todas las diarreas bacterianas requieren tratamiento con antibióticos.
 3. La evaluación epidemiológica y clínica define la pertinencia del uso del antibiótico específico (considerar la observación anterior).
 4. El uso de antibióticos para tratar casos de diarrea aguda se indica para ≤3 meses de edad, pacientes con inmunocompromiso, casos de colitis grave y pacientes con estado tóxico infeccioso.
 5. En las diarreas por *Escherichia coli* productor de toxina Shiga el uso de antimicrobianos está desaconsejado, ya que estos pueden inducir una mayor producción de la toxina Shiga y, por lo tanto, aumentar el riesgo de síndrome urémico hemolítico (SHU).
5. Realizar frotis de mucus fecal y cultivo:
- Diarrea con sangre
 - ≤3 meses de edad
 - Pacientes con inmunocompromiso,
 - Casos de colitis grave
 - Pacientes con estado tóxico infeccioso

DIARREA AGUDA DE LA COMUNIDAD

Tipo de paciente	Primera elección	Segunda elección
Ambulatorio	<ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 10 mg/kg/día VO, c/24h por 3 - 5 días o• Cefixima 8 mg c/24h VO, por 5 días	<ul style="list-style-type: none">• Ciprofloxacina 30 mg/kg/día c/12h, por 3 - 5 días
Hospitalizado: <ul style="list-style-type: none">• Deshidratado.• Séptico.• Intolerancia a la VO.• Riesgo social.	<ul style="list-style-type: none">• Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 o 4 dosis por 5 días.	<ul style="list-style-type: none">• Ceftriaxona 50 - 75 mg/kg/día (c/ 24 h) IV, por 5 días (no indicado en menores de 3 meses).

DIARREA DEL VIAJERO

Primera elección	Segunda elección
Azitromicina 10mg/kg/día VO (c/24h), por 3 – 5 días.	Ciprofloxacina 30mg/kg/día VO (c/12h), por 3 – 5 días.

DIARREA CRÓNICA (≥14 DÍAS)

Realizar los estudios:

- Frotis de mucus fecal, coprocultivo, coproparasitológico, heces seriado, búsqueda de coccidios.
- Coprofuncional.
- En caso de persistencia derivar al especialista.

Apendicitis aguda

- Apendicitis congestiva o flegmonosa, profilaxis quirúrgica.
- Apendicitis gangrenosa, considerar peritonitis (ver peritonitis de origen apendicular).

ETIOLOGÍA DE LAS PERITONITIS SEGÚN TIPO

Primaria:	<i>Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Escherichia coli</i>
Secundaria:	Bacilos gramnegativos entéricos, anaerobios
Terciaria	Bacilos gramnegativos resistentes, <i>Enterococcus</i> spp. y <i>Candida</i> spp.
Asociada a diálisis:	<i>Staphylococcus aureus</i> y Estafilococos coagulasa negativa, bacilos gramnegativos entéricos y <i>Candida</i> spp.

PERITONITIS PRIMARIA SIN PERFORACIÓN

PRIMERA ELECCIÓN	SEGUNDA ELECCIÓN
<ul style="list-style-type: none">● Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 o 4 dosis, por 7 - 10 días o● Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV (c/24 h), por 7 - 10 días.	<ul style="list-style-type: none">● Ampicilina/Sulbactam 200 mg/Kg/día cada 6 h o Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/Kg/día cada 8 h.

PERITONITIS SECUNDARIA (DE ORIGEN APENDICULAR O PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA)

	PRIMERA ELECCIÓN	SEGUNDA ELECCIÓN
Drenaje quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV, fraccionado en 4 dosis (c/6 h) o Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/Kg/día IV, fraccionado en 3 dosis (c/ 8h) + Gentamicina 7 mg/kg/día IV, en una dosis (c/24 h), por 7 a 10 días. <p>Pasar a VO después del 5to. Día y con mejoría clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/Kg/día VO, fraccionado en 3 dosis (c/8 h), por 7 a 10 días. <p><i>Observación: en caso de plastrón apendicular 10 a 14 días.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 o 4 dosis por 7 - 10 días + Metronidazol 40 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 dosis por 7 a 10 días o Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 o 4 dosis IV, 7 a 10 días + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días. <p>Pasar a VO después del 5to. Día y con mejoría clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/Kg/día VO, fraccionado en 3 dosis (c/8 h), por 7 a 10 días. <p><i>Observación: en caso de plastrón apendicular 10 a 14 días.</i></p>

PERITONITIS TERCIARIA: INFECCIÓN PERSISTENTE O RECURRENTE POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE UNA PERITONITIS PRIMARIA O SECUNDARIA.

	PRIMERA ELECCIÓN	SEGUNDA ELECCIÓN
Drenaje quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> Imipenen 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Meropenen 80 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 14 a 21 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Amikacina 15 mg/Kg/día IV, en una dosis (c/24h) por 14 a 21 días.

PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL (VALORAR EPIDEMIOLOGIA LOCAL)

	PRIMERA ELECCIÓN	SEGUNDA ELECCIÓN
<p>Valorar drenaje quirúrgico</p> <p>Cultivar líquido peritoneal e iniciar tratamiento con:</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ceftazidima 150 mg/kg/día en 3 dosis IV + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis, por 10 - 14 días. 	<ul style="list-style-type: none"> Meropenem 80 mg/Kg/día en 3 dosis IV + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis, por 10 - 14 días.
<p>Observación:</p> <ul style="list-style-type: none"> En infección por <i>Candida</i> spp.: Fluconazol 6 – 12 mg/Kg/día (máximo 400 mg/kg/día) por IP, VO o IV. En infección por anaerobios: Metronidazol: 30 mg/Kg/día (máximo 1,2gr/kg/día) según evolución y cultivo negativo de líquido peritoneal. <p>Considerar retirar el catéter en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peritonitis refractaria (cultivo positivo al 5to. día o cultivo negativo con falta de mejoría clínica). Antes si el paciente se deteriora. Peritonitis fúngica. Infección del túnel o del sitio de salida, especialmente si se aisló <i>S. aureus</i> o <i>P. aeruginosa</i> 		

INFECCIONES CARDIOVASCULARES

Endocarditis Bacteriana Aguda

Condición	Primera elección	Segunda elección
Válvula nativa o post operatorio tardío (> 1 año)	<ul style="list-style-type: none">Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina¹ 6 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Penicilina G cristalina 300.000 UI/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Ampicilina 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 4 a 6 semanas.	<ul style="list-style-type: none">Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina¹ 6 mg/kg/día + IV, fraccionados en 3 dosis + Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV o Ampicilina/Sulbactam 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis, (máximo 12 g/d) + Gentamicina 6 mg/kg/día IV en una dosis (c/24 h) por 4 a 6 semanas.
Post-operatorio precoz (< 1 año)	<ul style="list-style-type: none">Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina¹ 6 mg/kg/IV fraccionados en 3 dosis + ceftazidima 150 mg/kg/día fraccionado en 3 dosis, por 4 a 6 semanas.	<ul style="list-style-type: none">Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina¹ 6 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Meropenem 120 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 dosis por 4 a 6 semanas.

¹Gentamicina: usar por 2 a 6 semanas.

OBS: Ajustar la antibioticoterapia una vez aislado el agente causal.

SEPSIS

Sin foco aparente

Edad	Primera elección	Segunda elección
Neonatal precoz < 3 d	<ul style="list-style-type: none">Ampicilina 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + Aminoglucósido (Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, en una dosis c/24 h) por 10 a 14 días.	<ul style="list-style-type: none">Cefotaxima 100 mg/kg/día IV, fraccionados en dos dosis (c/12 h) + Ampicilina 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 10 a 14 días.
Neonatal tardía > 3 días (extrahospitalaria)	<ul style="list-style-type: none">Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) + Aminoglucósido (Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, en una dosis c/24 h) por 10 a 14 días.	<ul style="list-style-type: none">Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) por 10 a 14 días. <p>OBS: si no dispone de cefotaxima usar ceftriaxona 50 mg/kg/día IV, en una dosis c/24 h.</p>
Neonatal tardía > 3 días (intrahospitalaria)	<ul style="list-style-type: none">Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + Amikacina 15 mg/kg/día IV, en una dosis (c/24 h) por 10 a 14 días.	<ul style="list-style-type: none">Meropenem 60 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en tres dosis (c/8 h) por 10 a 14 días.
Extrahospitalaria > 1m	<ul style="list-style-type: none">Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, en una dosis (c/24 h) o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis (c/6 h) + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en cuatro dosis.	

OBS: Descartar meningitis bacteriana aguda. En caso de no poderse realizar punción lumbar, tratar como meningitis bacteriana aguda

La duración del tratamiento puede ser de 5 a 7 días en cuadros leves y sin documentación bacteriológica.

Adaptar según epidemiología local.

Evitar dar ceftriaxona a niños prematuros y menores de 28 días de edad con hiperbilirrubinemia, así como a aquellos que están recibiendo o hayan recibido infusiones endovenosas que contienen calcio (incluso nutrición parenteral total) en las 48 horas más recientes.

Valorar riesgo de herpes en neonatos hasta 28 días e iniciar aciclovir, considerar factores de riesgo: lesiones genitales maternas activas, vesículas mucocutáneas, convulsiones o pleocitosis en LCR.

SÍFILIS

Tipo	Primera elección	Segunda elección
Sífilis congénita en menores de 1 mes de edad.	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg IV c/12 h durante la primera semana de vida, c/8 h entre los 7 y 28 días de vida y c/6 h después del mes de edad por 10 días (de elección en caso de que la madre no haya recibido tratamiento, o el tratamiento haya sido inadecuado).	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G procaínica 50.000 UI/kg IM c/24 h por 10 días o considerar Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg IM en dosis única.
Sífilis congénita en mayores de 1 mes de edad.	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G cristalina 200.000 a 300.000 UI/kg/día IV, fraccionadas en cuatro dosis (c/6 h) por 10 días.	
Sífilis adquirida	<p>Menos de 1 año de duración (sífilis precoz o temprana).</p> <ul style="list-style-type: none">• Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg IM, en dosis única. <p>Más de 1 año de duración (sífilis tardía, latente o de duración desconocida).</p> <ul style="list-style-type: none">• Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg IM, máximo 2.400.000 UI (divididas en dos sitios de aplicación), una dosis c/7 d por tres dosis.	
Neuro sífilis	<ul style="list-style-type: none">• Penicilina G cristalina 200.000 a 300.000 UI/kg/día IV, fraccionadas en cuatro dosis (c/6 h) por 10 a 14 días.	

Obs: Dosis de Penicilina debe ajustarse según ***Clearance de Creatinina.***

ESQUEMA DE VACUNACION EN RECIEN NACIDOS HASTA 14 AÑOS

Edad/condición	Vacunas
Recién Nacido	Vacuna BCG: formas graves de tuberculosis.
	Vacuna HEPB: virus de la hepatitis B – pediátrica.
2 meses	Vacuna rotavirus, vacuna Hexavalente (difteria, tétanos, tos ferina pertussis, hepatitis B, poliomielitis (inactivada), <i>Haemophilus influenzae</i> de B).
	Vacuna neumococo conjugado 13 valente: neumonía, meningitis, otitis.
4 meses	Vacuna rotavirus, vacuna Hexavalente (difteria, tétanos, tos ferina pertussis, hepatitis B, poliomielitis (inactivada), <i>Haemophilus influenzae</i> de B).
	Vacuna neumococo conjugado 13 valente: neumonía, meningitis, otitis.
6 meses	Vacuna Hexavalente (difteria, tétanos, tos ferina pertussis, hepatitis B, poliomielitis (inactivada), <i>Haemophilus influenzae</i> de B)
	Influenza Estacional Grave (Dosis Anual).
12 meses	Vacuna neumococo conjugado 13 valente: neumonía, meningitis, otitis.
	Vacuna SPR: sarampión, paperas, rubéola. Vacuna AA: fiebre amarilla.
	Influenza Estacional Grave (Dosis Anual).
15 meses	Vacuna varicela (Primera dosis): cuadros graves y complicaciones por varicela.
	Vacuna hepatitis A: cuadros graves y complicaciones por hepatitis A.
	Influenza Estacional Grave (1era Dosis).
18 meses	Vacuna Hexavalente (difteria, tétanos, tos ferina pertussis, hepatitis B, poliomielitis (inactivada), <i>Haemophilus influenzae</i> de B).
	Vacuna SPR: sarampión, paperas, rubéola.
	Influenza Estacional Grave (Dosis Anual).
2 años	Vacuna Influenza estacional: Cuadros graves y complicaciones por influenza. Dosis Anual.
4 años	Vacuna IPV: poliomielitis.
	Vacuna DPT: difteria, tos ferina o convulsa, tétano.
5 años	Vacuna contra la varicela (Segunda dosis)
Adolescentes (de 9 a 14 años) Niñas	Vacuna VPH: Virus del Papiloma Humano.
	Vacuna Tdpa: difteria, tétanos, tos ferina o tos convulsa.
Adolescentes (de 10 a 14 años) Niños	Vacuna VPH: Virus del Papiloma Humano
	Vacuna Tdpa: difteria, tétanos, tos ferina o tos convulsa.

Dentro del esquema especial de vacunación para grupos de riesgos específicos, el 17 de marzo del 2025 se incorpora el Anticuerpo Monoclonal contra el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) Nirsevimab

Objetivo

- Prevenir morbilidad grave y mortalidad por el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) en población objetivo que vive en Paraguay a través de la inmunoprofilaxis, durante la temporada de alta circulación del virus.

Población objetivo

- La población objetivo de la campaña de inmunización con Nirsevimab incluye:

A. NACIDOS ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2025

A.1. Todos los recién nacidos que nacen entre enero y julio, enfrentarán su primera exposición al VRS. Este grupo es crítico para la intervención, ya que la administración de Nirsevimab proporciona una protección inmediata y eficaz contra el VRS, minimizando la incidencia de hospitalizaciones.

B. NIÑOS <12 MESES CON LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

B.1. Con antecedente de nacimiento <32 semanas de edad gestacional y peso de nacimiento < de 1500 gramos que al inicio de la temporada de circulación del VRS tengan < de 12 meses de edad cronológica.

B.2. Con displasia broncopulmonar DBP (nacidos antes de las 32 semanas de gestación y que hayan requerido oxígeno suplementario >21% los primeros 28 días después del nacimiento).

B.3. Que hayan requerido tratamiento (suplemento de O2, corticoterapia crónica, broncodilatadores, diuréticos, requerimiento de ARM) en los 6 meses anteriores al inicio de la estación de VRS o que sean dados de alta durante ella.

B.4. Con enfermedad cardiológica que cumplan, al menos, uno de los siguientes criterios o diagnósticos:

- Cardiopatía congénita cianótica o acianótica, no intervenidos o con cardiopatía congénita compleja parcialmente corregida que presenten Hipertensión Pulmonar moderada-severa, insuficiencia cardiaca, hipoxemia.
- Hipertensión Pulmonar moderada severa.
- Corrección quirúrgica con lesiones residuales hemodinámicamente significativas y/o antecedente de complicaciones pulmonares graves con necesidad de ventilación mecánica prolongada.
- Tratamiento médico por miocardiopatías.
- Cardiopatía con ingreso programado para procedimiento diagnóstico (cateterismo) o terapéutico durante la estación de riesgo.
- Postrasplante cardíaco.

C. NIÑOS O NIÑAS CON EDAD COMPRENDIDA ENTRE 12 Y 24 MESES

C1. Con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa (CCHS), se recomienda que la indicación de profilaxis con Nirsevimab sea realizada por el cardiólogo de cabecera en forma individualizada.

Tabla N° 1. Estrategias de implementación con Anticuerpo Monoclonal Nirsevimab en Paraguay.

DOSIS	PESO	INDICACIÓN DE ADMINISTRACIÓN	FECHA
Dosis única 50 mg	Menos de 5kg	Primera temporada VRS	Marzo a Agosto, según temporada de circulación del VRS.
Dosis única 100 mg	Igual o Mayor a 5 kg		
*Dos dosis de 100 mg (200 mg en total)	Dosificación independiente del peso	Segunda temporada VRS	
*Niños y niñas de entre 12 y 24 meses con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa (CCHS)			

En julio tras la resolución ministerial se incorpora la vacunación PCV13 Y Neumo23 en personas de 5 años y más pertenecientes a grupo de riesgo para enfermedad Neumocócica invasiva.

Situación	Vacuna	Comentario
Enfermedad cardiaca crónica (insuficiencia cardíaca o cardiomiopatías)	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Diabetes	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Asma	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
EPOC	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Hepatopatía crónicas y alcoholismo	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Cirrosis establecida y otras enfermedades hepáticas en situación de pretrasplante hepático	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Enfermedad renal crónica	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Síndrome nefrótico	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez

Linfoma Hodgkin, no Hodgkin, leucemia, linfoide crónica, mieloma	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Leucemia aguda, sx mielodisplásico	PCV13 + PPSV23 Separadas por 8 semanas o más Inicio: 3 a 6 meses posteriores a la quimioterapia	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Trasplante de precursores hematopoyéticos	PCV13 a los meses 6, 8 y 10 postrasplante, seguido de PPSV23 al mes 12.	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Tratamientos con fármacos inmunosupresores	PCV13 + PPSV23 separadas por 8 semanas. En forma ideal vacunar antes del inicio del tratamiento inmunosupresor	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez
Esplenectomía	Coordinada: antes de 15 días de la esplenectomía secuencial PCV13 y PPSV23	Revacunación con PPSV23 pasados 5 años por única vez

Fuente: Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI.



REFERENCIAS

- Melgarejo Touchet N, Martínez Mora Mario F, Brítez Cristina M, Busignani Sofía y col. Perfiles de susceptibilidad antimicrobiana de bacterias aisladas de infecciones hospitalarias y de la comunidad (2023). Red de vigilancia laboratorial de resistencia a los antimicrobianos, Paraguay. Revista del Instituto de Medicina Tropical. 2024;19(2):67-79 [.https://doi.org/10.18004/imt/2024.19.2.8](https://doi.org/10.18004/imt/2024.19.2.8)
- Bradley JS, Nelson JD. Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy. 31st ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2025.
- Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento de las enfermedades infecciosas 2024-2026. Novena edición. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328699>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Paraguay), Dirección General de Vigilancia de la Salud. Guía Nacional de Normas y Procedimientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia [Internet]. Asunción (PY): MSPyBS; 2024. Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2024/04/Guia-Nacional-de-Normas-y-Procedimientos-para-la-Vigilancia-Prevencion-y-Control-de-la-Rabia.pdf>
- Barola S, Grossman OK, Abdelhalim A. Urinary Tract Infections in Children. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Actualizado el 11 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599548/>
- Lineamientos técnicos operativos para la administración de Anticuerpo Monoclonal contra el Virus Respiratorio Sincicial (VRS) Nirsevimab, año 2025. Resolución SG N°113, 17 de marzo de 2025.
- Araya S, Legal G, Britos R. Lineamiento de vacunación contra el Neumococo en mayores de 5 años pertenecientes a grupo de riesgo para Enfermedad Neumocócica Invasiva. Programa Ampliado de Inmunizaciones, Paraguay, año 2025, aprobado por Resolución SG N° 384, 18 de junio de 2025.