GOBIERNO DEL PARAGUAY | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

DGVS Paraguay

Fondo Para Pandemias

# GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA

2025

RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS · PLAN NACIONAL ·

SOCIEDAD PARAGUAYA DE PEDIATRÍA

SOCIEDAD PARAGUAYA DE INFECTOLOGÍA · 1993 ·

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

# AUTORIDADES

**MARÍA TERESA BARÁN WASILCHUK**
Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

**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 DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES - DIVET

- Dra. Viviana De Egea.
- Dra. Fabiana Galeano.

## COORDINACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO NACIONAL CONTRA LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS - DIVET

- 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. Cemia Penayo.
- Dra. Celia Martínez de Cuellar.
- Dr. César Oliveri.
- Dra. Claudia Zárate.
- Dra. Deisy Baruja.
- Dra. Dolores Lovera.
- Dra. Fabiola Martínez.
- Dr. Fernando Galeano.
- Dr. Héctor Castro.
- Dr. Hugo Cabrera.
- Dra. Irene Benítez.
- Dra. Limpia Ojeda.
- Dra. Lorena Grau.
- Dra. María Salaberry.
- Dr. Martín Agüero.
- Dra. Mirian Chirico.
- Dr. Nicolás González.
- Dra. Nimia Demattei.
- Dr. Robert Cuellar.
- Dra. Sara Amarilla.

- Dr. Silvio Apodaca.
- Dr. Tomas Mateo Balmelli.
- Dra. Verónica Lezcano.
- Dr. Víctor Hellman.
- Dra. Vivian Delgado.

## SOCIEDAD PARAGUAYA DE INFECTOLOGÍA

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

## DIRECCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

# ÍNDICE

**Autoridades** ..... **3**
**Colaboradores** ..... **4**
**Resolución** ..... **9**
**Introducción** ..... **13**
**Propósito** ..... **15**
Objetivos ..... 15
Ámbito de aplicación ..... 15
Consideraciones generales ..... 15
**Glosario** ..... **17**
**Infecciones de piel y partes blandas** ..... **19**
Mastoiditis aguda ..... 23
Mastoiditis crónica ..... 23
Celulitis secundaria a mordedura ..... 24
Celulitis contraída por contacto con el agua ..... 24
**Infecciones del Sistema Nervioso Central** ..... **25**
Meningitis bacteriana aguda ..... 27
**Infección urinaria** ..... **29**
**Infección de vías aéreas superiores.** ..... **33**
Sinusitis aguda-otitis media aguda ..... 35
Faringoamigdalitis aguda purulenta. ..... 35
Absceso periamigdalino ..... 36
Absceso retro, para, latero faríngeo ..... 36
**Neumonía adquirida de la comunidad** ..... **37**
**Infecciones osteoarticulares** ..... **41**
Osteomielitis y Artritis Séptica ..... 43
**Infecciones del aparato digestivo** ..... **45**
Diarrea aguda infecciosa ..... 47
*Diarrea aguda de la comunidad* ..... *47*
*Diarrea del viajero* ..... *47*
*Diarrea crónica (≥14 días)* ..... *47*
Apendicitis aguda ..... 48
*Etiología de las peritonitis según tipo* ..... *48*
*Peritonitis primaria sin perforación* ..... *48*
*Peritonitis secundaria (de origen apendicular o perforación de víscera hueca)* ..... *48*
*Peritonitis terciaria: infección persistente o recurrente posterior al tratamiento de una peritonitis primaria o secundaria.* ..... *49*
*Peritonitis asociada a diálisis peritoneal (valorar epidemiología local)* ..... *49*
**Infecciones Cardiovasculares** ..... **51**
Endocarditis Bacteriana Aguda ..... 53

**Sepsis** ..... **55**
Sin foco aparente ..... 57
**Sífilis** ..... **59**
**Esquema de vacunación en recién nacidos hasta 14 años** ..... **63**
**Referencias** ..... **68**

# 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.*

*"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

**VISTO:**

La Nota M.S.P.yB.S./D.G.V.S. Nº 1590/2025, registrada como expediente SIMESE Nº 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 Nº 836/1980 "Código Sanitario", establece en su Artículo 3º "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 4º "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

*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 8º, 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.

*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° 3914 -*

**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. Nº 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**
**R E S U E L V E:**

**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 1° 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**

/lbm

Página 3 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

# INTRODUCCIÓN

Los desafíos actuales de la salud pública requieren de grandes esfuerzos y acciones en conjunto 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-efectivas[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, incluído los antimicrobianos debe ser finamente seleccionado y ajustado, por lo que este material pretende

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

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.

# 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

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

## 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 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, 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. |
| **HIB** | : | *Haemophilus influenzae* tipo b |
| **IM** | : | vía intramuscular. |
| **IP** | : | vía intraperitoneal. |
| **IV** | : | vía intravenosa. |
| **kg** | : | kilogramo. |
| **LCR** | : | líquido cefalorraquídeo. |
| **mg** | : | miligramo. |
| **SAMR** | : | *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. |
| **OMA** | : | Otitis media aguda |
| **SHU** | : | síndrome urémico hemolítico. |
| **TMP** | : | Trimetoprim. |
| **TMP-SMX** | : | Trimetoprim - Sulfametoxazol. |
| **VO** | : | vía oral. |

# 1. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

# 1. INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

| INFECCIÓN | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **IMPÉTIGO**<br>**Interrogar siempre: antecedentes de infecciones de piel a repetición.** | Mupirocina, aplicación tópica 3 veces al día, por 5 a 10 días. Si es extenso o lesiones múltiples, iniciar tratamiento con antibiótico vía oral.<br>**Costroso:**<br>1. Cefalexina 50-75 mg/kg/día VO en 3 dosis o<br>2. Amoxicilina 45 mg/kg/día VO en 2 dosis por 5 a 7 días.<br>**Ampolloso:**<br>1. TMP-SMX: 8 mg/kg/día de TMP VO en 2 dosis por 5 a 7 días. | Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis o TMP-SMX: 8 mg/kg/día de TMP VO en 2 dosis por 5 a 7 días. |
| **ERISIPELA** | **Ambulatorio:**<br>1. Amoxicilina 50 mg/kg/día en 3 dosis por 10 días.<br>**Internación:**<br>2. Penicilina G 100.000-200.000/kg/día IV en por 10 días. | **Ambulatorio:**<br>1. Cefalexina 50-75mg/kg/día VO en 3 dosis por 10 días.<br>**Internación:**<br>1. 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**<br>**(orbitaria)** | 1. 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 cada 6 horas o<br>2. Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. | 1. Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día (de la amoxicilina) o<br>2. 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<br>3. Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. |
| **PERIORBITARIA**<br>**(no asociada a puerta de entrada)** | 1. Amoxicilina/Sulbactam o Ampicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días.<br>2. Según evolución clínica pasaje a vía oral con amoxicilina/clavulánico o amoxicilina/sulbactam. | 1. Ceftriaxona 50 mg/kg/día en 1 dosis o Cefotaxima 200 + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. |
| **PERIORBITARIA**<br>**(asociada con puerta de entrada: piel)** | 1. Clindamicina 30 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7-10 días.<br>2. Según evolución clínica pasaje a vía oral con Clindamicina. | 1. TMP-SMX: 8-10 mg/kg/día de TMP IV, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días. |

| INFECCIÓN | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **ABSCESOS, LINFADENITIS CERVICAL** | 1. Clindamicina 30 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días.<br>2. Evaluar pasaje a vía oral según evolución clínica.<br>En menores de 2 años sin esquema de inmunización completa para la edad agregar Cefalosporina de tercera generación. | 1. TMP-SMX: 8-10 mg/kg/día de TMP IV, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días. |
| **FASCITIS NECROTIZANTE**<br>**Medidas de soporte y drenaje quirúrgico temprano y amplio.** | **Paciente inmunocompetente (pos varicela, lesión en piel):**<br>1. Penicilina G sódica 200.000 Ul/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.<br>2. 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.<br>3. 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.<br>Drenaje quirúrgico temprano y amplio.<br>Recordar que el uso de vancomicina se reserva para casos con sospecha de bacteriemia por *S. aureus* meticilino resistente o bacteriemia confirmada por *S.aureus* meticilino resistente. | 1. Piperacilina-tazobactam 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis.<br>La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica. |
| | **Paciente inmunosuprimido/pos traumatismo:**<br>1. 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<br>2. 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<br>3. 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.<br>La duración del tratamiento dependerá de la evolución clínica. | |

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

| INFECCIÓN | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **MIOSITIS SUPURATIVA** | 1. Clindamicina 30 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días + drenaje quirúrgico temprano. | 1. TMP-SMX: 8-10 mg/kg/día de TMP IV, fraccionados en 2 dosis o<br>2. Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis, por 10 a 14 días. |

## MASTOIDITIS AGUDA

| INFECCIÓN | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **MASTOIDITIS AGUDA** | 1. Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, en 1 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 14 días o<br>2. Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM, en 1 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 14 días.<br><br>Considerar la prolongación del tratamiento según la evolución clínica. | 1. Amoxicilina/Clavulánico o Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Amoxicilina) fraccionados en 2 dosis o<br>2. Ampicilina/Sulbactam 200 mg/ kg/día (de Ampicilina) fraccionados en 4 dosis por 14 días.<br><br>Considerar la prolongación del tratamiento según la evolución clínica. |

## MASTOIDITIS CRÓNICA

| INFECCIÓN | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **MASTOIDITIS CRÓNICA** | 1. Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV.<br><br>La duración del tratamiento depende de la evolución clínica. | 1. Piperacilina/Tazobactam (240-300) mg/kg/día IV (de Piperacilina) fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 40mg/kg/día o Metronidazol 30mg/kg/día, fraccionados en 3 dosis.<br>2. Meropenem 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis.<br>3. Cefepime 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis.<br>El tratamiento puede completar por vía oral:<br>1. Ciprofloxacina 30 mg/kg/día fraccionados en 2 dosis + Metronidazol 30 mg/kg/día fraccionados en 3 dosis o<br>2. Clindamicina 40 mg/kg/día, fraccionados en 3 dosis.<br>La duración del tratamiento depende de la evolución clínica. |

## CELULITIS SECUNDARIA A MORDEDURA

| TIPO DE MORDEDURA | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **GATO, PERRO, RATÓN, HUMANO** | 1. Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día VO (de Amoxicilina), fraccionados en 3 dosis por 5 a 7 días o<br>2. Ampicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en 2 dosis por 5 a 7 días. | 1. Clindamicina 40 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis + TMP-SMX: 10/50 mg/kg/día de TMP VO, fraccionados en 2 dosis por 5 a 7 días (alergia a betalactámicos). |
| **REPTIL** | 1. Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día VO (de amoxicilina), fraccionados en 3 dosis por 5 a 7 días o<br>2. Ampicilina/Sulbactam 50 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en 2 dosis por 5 a 7 días. | 1. Clindamicina 40 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis por 5 a 7 días + Gentamicina 5 mg/kg/día IV en 1 dosis o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IM o IV en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis o TMP-SMX 10/50 mg/kg/día de TMP VO, fraccionados en 2 dosis. |

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

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

## CELULITIS CONTRAÍDA POR CONTACTO CON EL AGUA

| TIPO DE AGUA | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **CONTACTO CON AGUA DULCE** | 1. Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7 días. | 1. Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM o Ciprofloxacina 30 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 7 días. |
| **CONTACTO CON AGUA SALADA** | 1. Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Doxiciclina 2 mg/kg/día VO, fraccionado en 2 dosis por 7 días. | 1. TMP-SMX: 10/50 mg/kg/día de TMP VO, fraccionado en 2 dosis + Gentamicina 5 mg/kg/día IV en 1 dosis (niños de corta edad) por 7 días. |

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 2. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

# 2. INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

## MENINGITIS BACTERIANA AGUDA

| EDAD | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **< 1 mes**<br>OBS: dosis de antibiótico según edad y peso. | 1. 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.<br>En infecciones por enterobacterias por un mínimo de 21 días o 2 semanas tras la esterilización del LCR. Ajustar el esquema según antibiograma. | 1. 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 meses** | 1. 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.<br>En infecciones por enterobacterias por un mínimo de 21 días o 2 semanas tras la esterilización del LCR. Ajustar el esquema según antibiograma.<br>***Obs: la ceftriaxona no se utiliza en prematuros.*** | 1. 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 meses a 5 años**<br>**Considerar estado de *inmunización*.** | 1. Cefotaxima 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o<br>2. Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 1-2 dosis por 7 a 10 días. | 1. Ampicilina 200–400 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis.<br>**Duración de tratamiento para:**<br>*H. influenzae:* 7 a 10 días.<br>*S. pneumoniae:* 10 a 14 días.<br>*N. meningitidis:* 5 a 7 días.<br>**Sin microorganismo aislado:** 7-10 días. |
| **6 a 18 años** | 1. Cefotaxima 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días o<br>2. Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 1-2 dosis por 7 a 10 días. | 1. 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.

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 3. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIÓN URINARIA

# 3. INFECCIÓN URINARIA

| EDAD | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **< 1 mes**<br>Siempre hospitalizado<br>Obs: Descartar MBA. | 1. Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, ambos en 1 dosis por 10 a 14 días. | 1. Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Ampicilina 100-200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 días. |
| **1 mes a 3 años**<br>Ambulatorio | 1. Cefixima dosis inicial de 16 mg/kg/día VO, seguidos de 8 mg/kg/día VO en 1 dosis por 7 a 14 días. | 1. Amoxicilina/Sulbactam o Amoxicilina/Clavulánico 40 mg/kg/día VO (de amoxicilina), fraccionados en 3 dosis o<br>2. Cefalexina 50 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis por 7 a 14 días. |
| **1 mes a 3 años**<br>Hospitalizado | 1. Ceftriaxona 75 mg/kg/día IV en 1 dosis o Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días.<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO. | 1. Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día IV (de amoxicilina), fraccionados en 3 dosis o<br>2. Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, ambos en 1 dosis por 7 a 10 días.<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO. |
| **> 3 años, CISTITIS** | 1. Amoxicilina/Sulbactam 100mg/kg/día VO o Amoxicilina/Clavulánico 40 mg/kg/día VO (de amoxicilina), fraccionados en 3 dosis por 3 a 5 días. | 1. Cefalexina 50 mg/kg/día VO fraccionados en 3 dosis o<br>2. Nitrofurantoína 5 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 3 a 5 días. |
| **>3 años PIELONEFRITIS** | 1. Ceftriaxona 75 mg/kg/día IV en 1 dosis por día o Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 días.<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a Cefixima VO. | 1. Amoxicilina/Sulbactam o Amoxicilina/Clavulánico 100 mg/ kg/día (de Amoxicilina), fraccionados en 3 dosis por 10 días o<br>2. Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en 4 dosis por 10 días o<br>3. Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, ambos en 1 dosis.<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO. |

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 4. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIÓN EN VÍAS AÉREAS SUPERIORES

# 4. INFECCIÓN DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES.

## SINUSITIS AGUDA - OTITIS MEDIA AGUDA

| PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|
| 1. Amoxicilina 90 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días.<br><br>OBS: el aumento de serotipos no vacunales con susceptibilidad reducida a Penicilina no respalda el cambio a dosis estándar.<br><br>Dosis máxima: 3 gramos/día. | 1. Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam, 90 mg/kg/día VO (de Amoxicilina), fraccionados en 2 dosis o<br>2. Cefuroxima, 30 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis de 7 a 10 días.<br>Obs: considerar en:<br>• Pacientes menores de 6 meses.<br>• Vacunación incompleta.<br>• Conjuntivitis purulenta.<br>• OMA recurrente.<br>• Antibiótico previo en los últimos 30 días.<br>Alérgicos ß-lactámicos: considerar<br>1. Macrólidos: Azitromicina 10 mg/kg/día en 1 dosis por 3 días.<br>2. Levofloxacina: 20 mg/kg/día en 2 dosis en menores de 5 años y a 10 mg/kg/día en 1 dosis en mayores de 5 años. |

Obs. LOS PATÓGENOS SON SIMILARES Y LA TERAPIA Y DURACIÓN DEBE SER CONSIDERADA DE LA MISMA FORMA.

## 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 |
|---|---|
| 1. Amoxicilina 50mg/kg/día cada 8 h por 7 a 10 días o<br>2. Amoxicilina 90 mg/kg/día cada 12 h por 10 días. | 1. Penicilina benzatínica (DOSIS ÚNICA)<br>≤ 30 kg: 600.000 UI - IM<br>> de 30 kg: 1.200.000 UI - IM<br>En alérgicos a la penicilina<br>1. Azitromicina 12 mg/kg/día por 5 días.<br>2. 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 |
|---|---|
| 1. Ampicilina/sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Ampicilina) fraccionados en 4 dosis + Clindamicina 30-40 mg/kg/IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días, según evolución.<br>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a vía oral:<br>1. Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/kg/día + TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP por 7 días. | 1. Cefotaxima 150 - 200 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 g/kg/día IV o IM en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días, según evolución.<br>En paciente en choque:<br>1. Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días, según evolución.<br>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a vía oral:<br>1. Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día + TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP por 7 días. |

## 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 |
|---|---|
| • Cefotaxima 150 -200 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis + Clindamicina 30-40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días, según evolución.<br>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a vía oral:<br>1. Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/kg/día + TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP por 7 días. | • Cefotaxima 150 -200 mg/kg/día o Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV o IM en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días.<br>En pacientes con choque:<br>• Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/día IV o Meropenem 80 mg/kg/día IV fraccionados en 3 dosis + Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días, según evolución.<br>Luego de drenaje y mejoría clínica, pasar a vía oral:<br>1. Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/kg/día + TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP por 7 días. |

# 5. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIÓN POR NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

# 5. NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

| EDAD | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **< 4 SEMANAS**<br><br>Siempre internado | 1. 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 1 dosis por 10 a 14 días (según evolución). | 1. Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 días (según evolución). |
| **4 SEMANAS A 3 MESES**<br><br>Siempre internado | 1. Cefotaxima 200 mg/kg/día IV o Ceftriaxona 75 mg/kg/día IV o IM, en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis, por 10 a 14 días. | 1. Ampicilina: 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o<br>2. Amoxicilina/Clavulanato 100 mg/kg/día VO (de Amoxicilina) fraccionados en 3 dosis o<br>3. Ampicilina/sulbactam 100 mg/kg/día IV (de Ampicilina) fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 días. |
| **MAYOR 3 MESES A 5 AÑOS** | | |
| **MAYOR 3 MESES A 5 AÑOS**<br>Paciente ambulatorio | 1. Amoxicilina 90-100 mg/kg/día VO de amoxicilina en 3 dosis, por 7 a 10 días.<br>**Considerar esquema de Vacunación del niño. (*Haemophyllus influenzae* esquema de 3 dosis completo)**<br>En niños con Vacunación incompleta para ***Haemophyllus influenzae:***<br>Cefotaxima 150 mg/kg/día o Ceftriaxona 50-75mg/kg/día IV o IM, en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis, por 7 a 10 días. | 1. Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 90-100 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días, según evolución o<br>2. Cefuroxima 30 mg/kg/día VO, fraccionados en 2 dosis por 7 a 10 días según evolución. |
| **MAYOR 3 MESES A 5 AÑOS**<br>**PACIENTE HOSPITALIZADO**<br>(neumonía no complicada) | 1. Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV fraccionados en 4 dosis, por 7 a 10 días.<br>En niños con Vacunación incompleta para *Haemophyllus Influenzae*<br>1. Cefotaxima 150 mg/kg/día o Ceftriaxona 50-75mg/kg/día IV o IM, en 1 dosis o fraccionados en 2 dosis, por 7 a 10 días. | 1. Amoxicilina/Clavulanato o Amoxicilina/Sulbactam 100-200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días, según evolución o<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia, pasar a VO. |
| **HOSPITALIZADO**<br>**(NO EN UCI)**<br>**C**on neumonía multilobar o con derrame o con neumatocele | 1. 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).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.<br>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días. | 1. 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).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.<br>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días. |

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

| | | |
|---|---|---|
| **HOSPITALIZADO**<br>Séptico, muy grave (y/o internado en UCI) | 1. 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).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO.<br>En caso de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días. | 1. 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** | 1. Amoxicilina 90 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis.<br>Si no hay mejoría a las 72 horas de tratamiento, considerar uso de macrólidos | 1. 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**<br>(neumonía no complicada), intolerante a vía oral | 1. Ampicilina 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días.<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia oral, pasar a VO. | 1. 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.<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a VO. |
| **HOSPITALIZADO**<br>(neumonía complicada y no internado en UCI) | 1. 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).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a vía oral a con Amoxicilina Sulbactam 90 -100 mg/kg/día en 3 dosis + TMP-SMX 10mg/kg/día de TMP, en 2 dosis.<br>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días.<br>**OBS: VERIFICAR ESTADO VACUNAL Y RESISTENCIA LOCAL A LA PENICILINA.** | 1. 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).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a<br>1. Amoxicilina/Sulbactam o Amoxicilina/Clavulánico 90-100 mg/kg/día VO, fraccionados en 3 dosis.<br>En casos de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días. |
| **HOSPITALIZADO**<br>(muy grave y/o internado en UCI) mayor a 5 años | 1. 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).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a vía oral con Amoxicilina/Sulbactam 90 -100 mg/kg/día en 3 dosis + TMP-SMX 10mg/kg/día de TMP en 2 dosis.<br>En caso de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días. | 1. 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 (según evolución).<br>Con mejoría clínica y buena tolerancia pasar a vía oral.<br>En caso de empiema se extiende la terapia de 14 a 21 días. |

Ajustar antibioticoterapia según aislamiento de gérmenes.

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 6. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES

# 6. INFECCIONES OSTEOARTICULARES

## OSTEOMIELITIS Y ARTRITIS SÉPTICA

| EDAD | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **<3 meses** | 1. Clindamicina 40 mg/kg/días IV en 3 dosis + Cefotaxima 200 mg/kg/día IV en 4 dosis o Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV en 1 dosis.<br>Obs: ajustar según aislamiento del germen. Deberán completar tratamiento IV. | 1. Vancomicina:<br>≤ 30 días de vida: 15 mg/kg/día IV, fraccionados en 2 dosis.<br>> 30 días de vida: 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o<br>Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV en 1 dosis. |
| **3 meses a ≤3 años** | 1. Clindamicina 40 mg/kg/dia IV, fraccionados en 3 dosis u Oxacilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis.<br>**Pacientes no vacunados contra *H. influenzae tipo b,*** agregar Ceftriaxona 80 mg/kg/día IV en 1 dosis o Cefotaxima 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis. | 1. Amoxicilina/Clavulanato 100 mg/kg/día IV (de Amoxicilina), fraccionados en 3 dosis o Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV (de Ampicilina), fraccionados en 4 dosis.<br>**Paciente vacunados contra *H. influenzae tipo b,*** Cefazolina según sensibilidad del germen. |
| **>3 a 18 años** | 1. Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis u Oxacilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis. | 1. 1. Cefazolina 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis o TMP-SMX: 10 mg/kg/día de TMP, en 2 dosis. |

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

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

## 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.

# 7. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO

# 7. 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).
6. 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** | 1. Azitromicina 10 mg/kg/día VO, 1 dosis por 3 - 5 días o<br>2. Cefixima 8 mg/kg/día, una dosis por día | 1. Ciprofloxacina 30 mg/kg/día, fraccionados en 2 dosis por 3 a 5 días. |
| **HOSPITALIZADO:**<br>• Deshidratado.<br>• Séptico.<br>• Intolerancia a la VO.<br>• Riesgo social. | 1. Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 o 4 dosis por 5 días. | 1. Ceftriaxona 50 - 75 mg/kg/día IV, 1 dosis por 5 días (no indicado en menores de 3 meses). |

## DIARREA DEL VIAJERO

| PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|
| 1. Azitromicina 10 mg/kg/día VO, 1 dosis por 3 a 5 días. | 1. Ciprofloxacina 30 mg/kg/día VO, 1 dosis por 3 a 5 días. |

## DIARREA CRÓNICA (≥14 DÍAS)

Realizar los estudios:
1. Frotis de mucus fecal, coprocultivo, coproparasitológico, heces seriado, búsqueda de coccidios.
2. Coprofuncional.
3. 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:** | *Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes, Escherichia coli* |
| **SECUNDARIA:** | Bacilos gramnegativos entéricos, anaerobios |
| **TERCIARIA** | Bacilos gramnegativos resistentes, *Enterococcus* spp. *y Candida* spp. |
| **ASOCIADA A DIÁLISIS:** | *Staphylococcus aureus* y Estafilococos coagulasa negativa, bacilos gramnegativos entéricos y *Candida* spp. |

## PERITONITIS PRIMARIA SIN PERFORACIÓN

| PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|
| 1. Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 o 4 dosis, por 7 a 10 días o<br>2. Ceftriaxona 50 mg/kg/día IV, por 7 a 10 días. | 1. Ampicilina/Sulbactam 200 mg/Kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 7 a 10 días o<br>2. Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/Kg/día IV, fraccionados en 3 dosis 7 a 10 días. |

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

| | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **DRENAJE QUIRÚRGICO** | 1. Ampicilina/Sulbactam 200 mg/kg/día IV, fraccionado en 4 dosis o Amoxicilina/Sulbactam 100 mg/Kg/día IV, fraccionado en 3 dosis + Gentamicina 7 mg/kg/día IV, en 1 dosis, por 7 a 10 días.<br>Pasar a VO después del 5to. Dia y con mejoría clínica del paciente.<br>2. Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/Kg/día VO, fraccionado en 3 dosis, por 7 a 10 días.<br>Observación: en caso de plastrón apendicular 10 a 14 días. | 1. Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 o 4 dosis por 7 a 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, por 7 a 10 días + Clindamicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 7 a 10 días.<br>Pasar a VO después del 5to. Dia y con mejoría clínica del paciente.<br>2. Amoxicilina/Clavulánico 90 mg/Kg/día VO, fraccionado en 3 dosis, por 7 a 10 días.<br>Observación: en caso de plastrón apendicular 10 a 14 días. |

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

| | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **DRENAJE QUIRÚRGICO** | 1. Imipenen 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis o<br>2. Meropenen 80 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 14 a 21 días. | 1. Piperacilina/Tazobactam 300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Amikacina 15 mg/Kg/día IV, en 1 dosis por 14 a 21 días. |

## PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL (VALORAR EPIDEMIOLOGÍA LOCAL)

| | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **VALORAR DRENAJE QUIRÚRGICO**<br><br>Cultivar líquido peritoneal e iniciar tratamiento con: | • Ceftazidima 150 mg/kg/día en 3 dosis IV + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis, por 10 a 14 días. | • Meropenem 80 mg/Kg/día en 3 dosis IV + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis, por 10 a 14 días. |

**Observación:**
**Considerar duración de tratamiento según evolución y cultivo negativo de líquido peritoneal:**

- En infección por *Candida* 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 1,2 g/kg/día) por IP, VO o IV.

**Considerar retirar el catéter en caso de:**

- 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 *S. aureus o P. aeruginosa*

# 8. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES CARDIOVASCULARES

# 8. INFECCIONES CARDIOVASCULARES

## ENDOCARDITIS BACTERIANA AGUDA

| CONDICIÓN | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **VÁLVULA NATIVA O POST OPERATORIO TARDÍO**<br><br>**(> 1 año)** | 1. Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina[1] 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. | 1. Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina[1] 6 mg/kg/día + IV, fraccionados en 3 dosis + Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV o<br><br>2. Ampicilina/Sulbactam 200-300 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis, (máximo 12 g/d) + Gentamicina 6 mg/kg/día IV en 1 dosis por día por 4 a 6 semanas. |
| **POST-OPERATORIO PRECOZ**<br><br>**(< 1 año)** | 1. Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina[1] 6 mg/kg/ IV fraccionados en 3 dosis + ceftazidima 150 mg/kg/día fraccionado en 3 dosis, por 4 a 6 semanas.<br><br>2. Vancomicina 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Gentamicina[1] 6 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Meropenem 120 mg/kg/día IV, fraccionado en 3 dosis por 4 a 6 semanas. | |

[1]Gentamicina: usar por 2 a 6 semanas.

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

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 9. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES

## SEPSIS

# 9. SEPSIS

## SIN FOCO APARENTE

| EDAD | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **NEONATAL PRECOZ**<br>**< 3 días** | 1. Ampicilina 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Aminoglucósido (Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, en 1 dosis) por 10 a 14 días. | 1. Cefotaxima 100 mg/kg/día IV, fraccionados en 2 dosis + Ampicilina 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. |
| **NEONATAL TARDÍA**<br>**> 3 días**<br>**(EXTRAHOSPITALARIA)** | 1. Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis + Aminoglucósido (Gentamicina 5 mg/kg/día IV o Amikacina 15 mg/kg/día IV, en 1 dosis) por 10 a 14 días. | 1. Cefotaxima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Ampicilina 200 mg/kg/día IV, fraccionados en 4 dosis por 10 a 14 días.<br><br>OBS: si no dispone de cefotaxima usar ceftriaxona 50 mg/kg/día IV, en 1 dosis. |
| **NEONATAL TARDÍA**<br>**> 3 días**<br>**(INTRAHOSPITALARIA)** | 1. Ceftazidima 150 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Amikacina 15 mg/kg/día IV, en 1 dosis por 10 a 14 días. | 1. Meropenem 60 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis + Vancomicina 40 mg/kg/día IV, fraccionados en 3 dosis por 10 a 14 días. |
| **EXTRAHOSPITALARIA > 1 mes** | 1. Ceftriaxona 100 mg/kg/día IV, en 1 dosis por día 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. | |

**Observaciones:**

- 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.

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 10. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES

## SÍFILIS

# 10. SÍFILIS

| TIPO | PRIMERA ELECCIÓN | SEGUNDA ELECCIÓN |
|---|---|---|
| **SÍFILIS CONGÉNITA** | 1. Penicilina G cristalina, 50.000 UI/kg IV , dos dosis por día durante la primera semana de vida, tres dosis por día entre los 7 y 28 días de vida y 4 dosis por día después del mes de edad por 10 días (de elección en caso de que la madre no haya recibido tratamiento). | 1. Penicilina G procaínica 50.000 UI/kg IM , 1 dosis por día por 10 días o considerar Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg IM en dosis única. |
| **SÍFILIS CONGÉNITA DIAGNOSTICADA DESPUÉS DEL MES DE EDAD** | 1. Penicilina G cristalina 200.000 a 300.000 UI/kg/día IV, fraccionadas en 4 dosis por 10 días. | |
| **SÍFILIS ADQUIRIDA** | **Menos de 1 año de duración** (sífilis precoz o temprana).<br>1. Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg IM, en dosis única.<br>**Más de 1 año de duración** (sífilis tardía, latente o de duración desconocida).<br>1. Penicilina G benzatínica 50.000 UI/kg IM, máximo 2.400.000 UI (divididas en dos sitios de aplicación), 1 dosis c/7 d por 3 dosis. | |
| **NEURO SÍFILIS** | 1. Penicilina G cristalina 200.000 a 300.000 UI/kg/día IV, fraccionadas en 4 dosis por 10 a 14 días. | |

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

**LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEPENDE DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE**

# 11. ESQUEMA DE VACUNACIÓN

# 11. ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN RECIÉN 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), *Haemophilus influenzae* 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), *Haemophilus influenzae* de B). |
| | Vacuna neumococo conjugado 13 valente: neumonía, meningitis, otitis. |
| 6 MESES | Vacuna Hexavalente (difteria, tétanos, tos ferina pertussis, hepatitis B, poliomielitis (inactivada), *Haemophilus influenzae* 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 contra la 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), *Haemophilus influenzae* 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 NO.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 | | |
| ***2 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 PRETRANSPLANTE 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 pos trasplante, 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


1. 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
2. Bradley JS, Nelson JD. Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy. 31st ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2025.
3. 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
4. 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
5. 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.
6. 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, apropbado por Resolución SG N° 384, 18 de junio de 2025.

# NOTAS

# NOTAS

# NOTAS

# NOTAS

# NOTAS

# NOTAS

GUÍA DE

# TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA.

2025

GUÍA DE

# TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO DE INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN PEDIATRÍA.

2025

GOBIERNO DEL PARAGUAY | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Fondo Para Pandemias

Entidades implementadoras

OPS Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

unicef para cada infancia

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

BID

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