



Guía de Terapia Antimicrobiana Empírica de Timor-Leste

Timor-Leste, 2022

Guía de Terapia Antimicrobiana Empírica Timor-Leste 2022



República Democrática de Timor-Leste

Ministério da Saúde

Con el apoyo de:



Organización Mundial de la Salud
Oficina de Timor-Leste



Menzies School of Health Research y

Beca nacional Fleming Fund para Timor-Leste



Gobierno de Reino Unido

Este proyecto está financiado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHSC) del Fleming Fund, a través de UKaid. Las opiniones expresadas en el documento son responsabilidad de los autores y no se corresponden necesariamente con la opinión del departamento de salud y servicios sociales de Reino Unido, o con su gerente, Mott MacDonald.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales del Fleming Fund es un programa perteneciente a UK aid que apoya proyectos en hasta 25 países de África y Asia enfocados en la resistencia antimicrobiana (AMR), uno de los factores más importantes de mortalidad asociada a enfermedades infecciosas en todo el mundo.

El Fleming Fund invierte en fortalecer los sistemas de vigilancia a través de un portfolio de becas nacionales, regionales y personales gestionadas por Mott MacDonald, y proyectos globales gestionados por DHSC.

Agradecimientos

Esta es la segunda edición de la Guía de Terapia Antimicrobiana Empírica de Timor-Leste, concebida como una guía para todos los profesionales sanitarios del país. El ministerio de salud muestra quiere agradecer la contribución a esta edición de las siguientes personas, que han mostrado un compromiso extraordinario durante todo el proceso:

- » HNGV Subcomité de Optimización del Uso de Antimicrobianos:
 1. Dr. Helio S.F. Guterres (especialista en Medicina Interna) como Presidente.
 2. Ágata do Espírito S. Soares (Farmacéutica Senior) como Secretaria.
 3. Dra. Celia A. G. do Santos (especialista en Medicina Interna).
 4. Dr. Mateus Pinheiro (especialista en Medicina Interna).
 5. Dr. Andrade Monteiro (especialista en Cardiología intervencionista).
 6. Dr. Brigidio de Deus (especialista en Neurología).
 7. Dr. Raimundo dos Santos (especialista en Cirugía General).
 8. Dra. Milena do Santos Lay (especialista en pediatría).
 9. Dra. Agueida Li (especialista en ginecología y obstetricia).
 10. Dra. Dulce Madalena c. Alberto, spdv (especialista en Dermatología y Venereología)
 11. Dr. Saturnino Saldanha (especialista en Cirugía Ortopédica)
 12. Dra. Lurdes Leão (especialista en Pediatría)
 13. Dr. Jeronimo Baptista (especialista en Cuidados Intensivos)
 14. Dr. Leonita Jeronimo, (especialista en Otorrinolaringología)
 15. Dr. Luis da Silva (especialista en Odontología)
 16. Dra. Ercia Sequeira, (especialista en Neumología)
 17. Dr. Bernadete Maria Pereira, (especialista en Oftalmología).
- » El equipo de Menzies School of Research ha revisado y traducido el documento al tetum:
 1. dr. Joshua Francis; Profesor Asociado, especialista en Infectología pediátrica y líder de Proyecto en Timor-Leste.
 2. dra. Jennifer Yan; especialista en Infectología pediátrica y co-líder de Proyecto en Timor-Leste.

3. Dr. Rodney Givney; Mentor en Enfermedades Infecciosas.
4. Dra. Alice Coe; Mentora en Enfermedades Infecciosas.
5. Dra. Michelle Mahony; Mentora en Enfermedades Infecciosas.
6. Dra. Sze-Yen Tay, Mentora en Enfermedades Infecciosas.
7. Dra. Elfiana Amaral; Médica de enlace de Enfermedades Infecciosas y Microbiología.
8. Dra. Lucia Toto; Médica de enlace de Enfermedades Infecciosas y Microbiología.
9. Guilherme Ximenes Soares; Farmacéutico AQUM
10. Virginia de Lourdes da Conceição; Microbióloga senior.
11. Carolina da Costa Maia; Microbióloga senior.
12. Tessa Oakley; Consultora Técnica Senior de Laboratorio

La traducción de este documento ha recibido apoyo por parte de:

13. Antonio Fernandes (Responsable de Recursos Humanos).
 14. Apolonia Pereira (Traductora y Asistente de Recursos Humanos).
 15. Luisa Roade Tato (Mentora en Enfermedades Infecciosas).
 16. Adriano Vieira “(Coordinador de Proyecto).”
-
- » Dr. Alito Soares (Médico especialista en Cirugía), Director Ejecutivo de HNGV; Dr. Marcelino Correia (Médico especialista en Oftalmología), Director Clínico HNGV; Dr. Mingota da Costa Herculano (Médico especialista en Anestesia), Director de Diagnóstico y Terapéutica.
 - » Representante de la OMS para Timor Oriental: Dr. Arvind Mathur.
 - » Oficial técnico en Epidemiología: Dr. Dongbao y equipo.
 - » Laboratorio Nacional – Timor-Leste.
 - » Equipo de la Dirección Nacional de Farmacia y Medicamentos (NDPM): Delfim da Costa Xavier Ferreira (Director NDPM) y Suzana Henriques Soares (Farmacéutica, punto focal para Resistencia Antimicrobiana).

Me complace presentar la segunda edición de la Guía de Terapia Antimicrobiana Empírica de Timor-Leste, concebida como una guía para todos los profesionales sanitarios del país.

La resistencia antimicrobiana es un problema global emergente. Aunque la resistencia antimicrobiana es un proceso evolutivo inevitable, dos factores han acelerado el desarrollo de infecciones intratables. En primer lugar, el desarrollo de nuevos antimicrobianos por parte de la industria farmacéutica es lento, principalmente por razones financieras, lo cual limita las clases de antimicrobianos actualmente en desarrollo. En segundo lugar, el uso excesivo de antimicrobianos por parte de la profesión médica, el público general y la industria agroalimentaria han contribuido al rápido desarrollo de resistencias a los antimicrobianos que están actualmente en uso.

La disponibilidad de una guía de terapia antimicrobiana empírica es un paso esencial hacia la reducción de las resistencias antimicrobianas. La optimización de la prescripción de antimicrobianos en la práctica clínica, asegurando una prescripción adecuada y basada en la evidencia científica, es una estrategia esencial para combatir el desarrollo y la propagación de resistencias. La primera edición de la Guía de Terapia Antimicrobiana Empírica de Timor-Leste, publicada en 2016, fue escrita específicamente para el Hospital Nacional Guido Valadares. El duro trabajo del comité ha derivado en una segunda edición actualizada que puede ser utilizada en todo el país. Las recomendaciones están basadas en datos microbiológicos locales, producidos por el Laboratorio Nacional de Salud.

Espero que esta guía sea utilizada por todos los profesionales sanitarios de Timor-Leste, de cara a mejorar el tratamiento antimicrobiano empírico de los pacientes y a tomar conciencia sobre la importancia del diagnóstico microbiológico para guiar al tratamiento antimicrobiano definitivo para nuestros pacientes.

Esta guía ha sido desarrollada en colaboración entre del Hospital Guido Valadares (HNGV), la Dirección Nacional de Farmacia y Medicamentos, y Menzies School of Health Research (Australia); y ha recibido el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Timor-Leste y del Fleming Fund del Gobierno de Reino Unido. Me gustaría agradecer a todos los clínicos del HNGV, a los expertos internacionales de Menzies y a la OMS por poner esta segunda edición de la guía a disposición de los profesionales sanitarios en todo Timor-Leste .



Dra. **Odete Maria Freitas Belo**, MPH
Ministra de Salud, RDTL.

Listado de Abreviaturas

BAAR	bacilo ácido-alcohol resistente
BGN	bacilo gram negativo
BID	dos veces al día
BLEE	β -lactamasa de espectro extendido
CXR	radiografía de tórax
CMI	concentración mínima inhibitoria
CPAP	ventilación con presión positiva continua
DTP	vacunación difteria, tétanos, pertussis
EIP	enfermedad inflamatoria pélvica
ECG	electrocardiograma
EPOC	enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
EV	endovenoso
FMO	fracaso multiorgánico
FRA	fiebre reumática aguda
HBIG	inmunoglobulina contra la hepatitis B
HBsAg	antígeno de superficie de la hepatitis B
HBeAg	antígeno e de la hepatitis B
HIB	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
HNGV	Hospital Nacional Guido Valadares
IPA	infección de la prótesis articular
IM	intramuscular
ITS	infección de transmisión sexual
KOH	hidróxido potásico
LCR	líquido cefalorraquídeo
LGV	linfogranuloma venéreo
MAC	<i>Mycobacterium avium complex</i>
MDR	multi-resistente
OMS	Organización Mundial de la Salud
OD	una vez al día
OPV	vacuna de polio oral (por sus siglas en inglés)
ORL	otorrinolaringología
PAM	presión arterial media

PBE peritonitis bacteriana espontánea
PL punción lumbar
PCR reacción en cadena de la polimerasa (por sus siglas en inglés)
PIC presión intracraneal
PJP eumonía por *Pneumocystis jirovecii*
QID cada 6h
RMN resonancia magnética nuclear
RPM rotura prematura de membranas
SAM malnutrición aguda severa
SARM *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina
SASM *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina
SIRI síndrome inflamatorio de reconstitución inmune
SNC sistema nervioso central
SR vacuna de sarampión y rubeola
TAR terapia antirretroviral
TB tuberculosis
TC tomografía computarizada
TDF tenofovir disoproxil fumarato
TID tres veces al día
UCI unidad de cuidados intensivos
UI unidades internacionales
VB vaginosis bacteriana
VIH virus de la inmunodeficiencia humana
VO vía oral
VHB virus de la hepatitis B
VHC virus de la hepatitis C
VHS virus herpes simple
VPH virus del papiloma humano
VRS virus respiratorio sincitial
VSG velocidad de sedimentación globular
VVZ virus varicela zoster

Contenido

pag.
18 - 33

Capítulo 1: Profilaxis antibiótica

Quirúrgicos

- » Profilaxis en fracturas abiertas.
- » Profilaxis en lesiones en la cabeza.
- » Profilaxis en cirugía de cabeza y cuello.
- » Profilaxis en cirugía torácica.
- » Profilaxis en inserción de drenaje torácico.
- » Profilaxis en cirugía del tracto gastrointestinal y del árbol biliar.
- » Profilaxis en procedimientos urológicos.
- » Fijación interna de huesos largos y profilaxis de cirugía de reemplazo articular.

Otros

- » Profilaxis del tétanos.
- » Prevención secundaria de la fiebre reumática.
- » Profilaxis de endocarditis infecciosa.
- » Profilaxis antibiótica en cirrosis hepática.
- » Profilaxis post-esplenectomía.
- » Profilaxis en neutropenia febril.
- » Profilaxis de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP).
- » Profilaxis de *Toxoplasma gondii* en pacientes con VIH.
- » Profilaxis de *Mycobacterium avium* Complex (MAC) en pacientes con VIH.

Consultar el Capítulo 5: Infecciones dentales secundarios a procedimientos dentales.

Consultar el Capítulo 13: Profilaxis de infecciones de piel y tejidos blandos por mordeduras y otras de heridas traumáticas.

Consultar el Capítulo 17: Salud de la mujer, para la realización de procedimientos ginecológicos.

Capítulo 2: Infecciones de huesos y articulaciones

pag.
34 - 41

- » Osteomielitis aguda.
- » Osteomielitis crónica.
- » Infección del dispositivo de fijación de fracturas.
- » Artritis séptica.
- » Infección de prótesis articular.

Capítulo 3: Infecciones cardiovasculares

pag.
42 - 51

- » Tratamiento empírico de la endocarditis de válvula nativa (sin shock séptico).
- » Tratamiento empírico para endocarditis de válvula protésica, shock séptico asociado a endocarditis, endocarditis asociada a la atención sanitaria o sospecha de SARM.
- » Endocarditis por *Streptococos viridans* y grupo *bovis*.
- » Endocarditis de válvula nativa por *Staphylococcus aureus*.
- » Endocarditis de válvula protésica con *Staphylococcus aureus* o *Staphylococcus spp* coagulasa-negativo.
- » Endocarditis infecciosa por enterococos.
- » Endocarditis infecciosa por gérmenes del grupo HACEK.
- » Endocarditis con cultivo negativo.
- » Pericarditis bacteriana.

Capítulo 4: Infecciones del sistema nervioso central

pag.
52 - 61

- » Meningitis bacteriana aguda.
- » Meningitis después de un traumatismo craneoencefálico penetrante o neurocirugía.
- » Meningitis por *Neisseria meningitidis*.
- » Meningitis por *Streptococcus pneumoniae*.
- » Meningitis por *Haemophilus influenzae*.
- » Meningitis por *Listeria monocytogenes*.
- » Meningitis por *Streptococcus agalactiae*.

- » Meningitis por *Cryptococcus*.
- » Encefalitis.
- » Absceso cerebral y empiema subdural.
- » Tuberculoma / Meningitis tuberculosa (adulto).
- » Absceso epidural.
- » Neurocisticercosis.

pag.
62 - 65

Capítulo 5: Infecciones dentales

- » Infecciones odontogénicas agudas
- » Periodontitis (incluida la periodontitis de progresión rápida)
- » Osteomielitis mandibular de origen dental
- » Osteitis alveolar (alveolitis seca)
- » Pulpitis (reversible e irreversible)
- » Pericoronitis localizada
- » Gingivitis crónica
- » Caries dental
- » Profilaxis para procedimientos dentales

pag.
66 - 87

Capítulo 6: ORL / Infecciones del tracto respiratorio

- » Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños
- » Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos
- » Neumonía nosocomial.
- » Neumonía asociada a ventilación mecánica.
- » Neumonía por aspiración
- » Absceso pulmonar y empiema en adultos
- » Absceso pulmonar y empiema en niños
- » Bronquiectasias - exacerbación aguda
- » Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) – exacerbación aguda
- » Asma - exacerbación aguda
- » Bronquitis aguda
- » Bronquiolitis

- » Tuberculosis (TB).
- » Otitis media bacteriana aguda.
- » Mastoiditis aguda.
- » Otitis externa difusa aguda.
- » Otitis externa necrotizante.
- » Sinusitis aguda.
- » Faringitis / amigdalitis.
- » Absceso periamigdalino.
- » Epiglotitis aguda / supraglotitis.
- » Difteria.

Capítulo 7: Infecciones oculares

pag.
88 - 97

- » Blefaritis.
- » Orzuelo externo.
- » Orzuelo interno (absceso de Meibomio).
- » Endoftalmitis.
- » Conjuntivitis bacteriana.
- » Tracoma.
- » Celulitis preseptal.
- » Celulitis orbitaria.
- » Úlceras corneal.
- » Ulceración corneal dendrítica causada por el virus Herpes Simplex.
- » Úlcera corneal fúngica.
- » Lesiones oculares no perforantes.
- » Lesiones oculares perforantes / Lesiones de globo abierto.
- » Abrasión corneal sin infección.
- » Dacriocistitis aguda.
- » Dacriocistitis crónica

Capítulo 8: Infecciones genitales

pag.
98 - 109

- » Tricomoniasis.

- » Gonorrea.
- » Infección por clamidia de la uretra, el endocérnix o el recto.
- » Clamidia - Linfogranuloma venéreo (LGV).
- » Chancroide.
- » Sífilis.
- » Neurosífilis.
- » Sífilis en el embarazo.
- » Virus del herpes simple genital.
- » Verrugas genitales.

pag.
110 - 119

Capítulo 9: Infecciones gastrointestinales

- » Aftas orales (Candidiasis).
- » Esofagitis por *Cándida*.
- » Gastroenteritis aguda.
- » Disentería grave.
- » Amebiasis intestinal.
- » Absceso hepático
- » Giardiasis.
- » Estrongiloidiasis.
- » Diarrea asociada a antibióticos.
- » Fiebre tifoidea (fiebre entérica)
- » Helmintos: anquilostomiasis, ascáride, tricocéfaló.
- » *Helicobacter pylori*.
- » Hepatitis B crónica.
- » Peritonitis bacteriana espontánea.

pag.
120 - 121

Capítulo 10: Infecciones de catéter venoso

- » Infección del catéter de hemodiálisis / infección de vía central

El tratamiento de las infecciones en los niños se incluye a lo largo de la guía. Consultar las secciones relevantes.

- » Neonato sano con factores de riesgo obstétricos para infección.
- » Sepsis neonatal, de aparición temprana y tardía.
- » Sepsis neonatal con posible infección por *Staphylococcus aureus*.
- » Meningitis neonatal.
- » Enterocolitis necrotizante.
- » Pústulas cutáneas (sin síntomas sistémicos) en neonato.
- » Paludismo neonatal.
- » Profilaxis de gonorrea neonatal.
- » Profilaxis de clamidia neonatal.
- » Conjuntivitis neonatal u Oftalmía Gonocócica Neonatorum.
- » Candidiasis oral neonatal (aftas).
- » Profilaxis/tratamiento de sífilis neonatal.
- » Profilaxis del VIH neonatal.
- » Profilaxis de la tuberculosis neonatal.
- » Profilaxis/tratamiento del virus del herpes simple neonatal.
- » Profilaxis/tratamiento del virus de la varicela zóster neonatal.
- » Hepatitis B en neonatos.
- » Desnutrición infantil.
- » Tos ferina en niños.
- » Tuberculosis pediátrica.

Consultar el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio para neumonía adquirida en la comunidad, absceso Pulmonar y Empiema en niños

- » Sepsis sin foco.
- » Shock séptico.
- » Bacteriemia por gramnegativos.
- » Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*.
- » Candidemia.

- » Impétigo.
- » Foliculitis, forúnculos, ántrax y abscesos cutáneos.
- » Celulitis.
- » Heridas por mordedura.
- » Profilaxis e infección de heridas traumáticas.
- » Infección del sitio quirúrgico.
- » Infección del pie diabético.
- » Infección necrotizante de tejidos blandos (fascitis necrotizante, mionecrosis, gangrena gaseosa, gangrena de Fournier).
- » Infección necrotizante de tejidos blandos por *Streptococcus pyogenes*.
- » Infección necrotizante de tejidos blandos por *Clostridium spp.* (gangrena gaseosa).
- » Infección necrotizante de tejidos blandos por SARM.
- » Quemaduras.
- » Mastitis.
- » Herpes simple.
- » Eczema herpético.
- » Herpes zoster/culebrilla.
- » Tiña.
- » Candidiasis cutánea.
- » Pitiriasis versicolor.
- » Piojos (*Pediculosis capitis*).
- » Piojos del cuerpo (*Pediculosis corporis*).
- » Ladillas (*Pediculosis pubis*).
- » Sarna.
- » Sarna costrosa / sarna noruega.
- » *Larva migrans* cutánea.
- » Pian.

- » Tífus de los matorrales y otras infecciones por Rickettsias.

- » Paludismo.
- » Tétanos.
- » Infección por varicela (varicela).
- » Infección por VIH.
- » *Pneumocystis jirovecii* (PJP).
- » *Toxoplasma gondii*.
- » *Mycobacterium avium* Complex (MAC).
- » Melioidosis.

Capítulo 15: Infecciones gastrointestinales quirúrgicas

pag.
184 - 187

- » Apendicitis, intestino perforado, diverticulitis grave, peritonitis, absceso intraperitoneal.
- » Colecistitis, colangitis.

Capítulo 16: Infecciones del tracto urinario

pag.
188 - 193

- » Bacteriuria asintomática.
- » Cistitis.
- » Pielonefritis, infección complicada del tracto urinario.
- » Epidídimo-orquitis.
- » Prostatitis bacteriana crónica.

Capítulo 17: Salud de la mujer

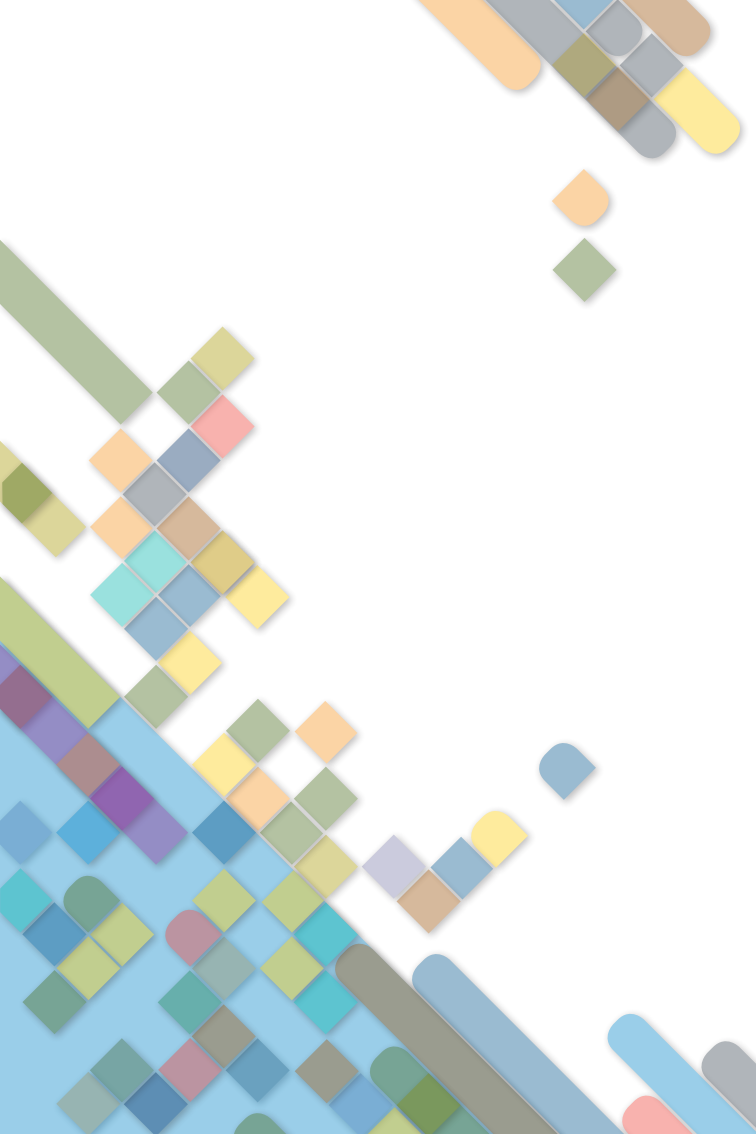
pag.
194 - 205

- » Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).
- » Endometritis posparto.
- » Infección intraamniótica / corioamnionitis.
- » Aborto séptico.
- » Absceso de Bartolino.
- » Candidiasis vulvovaginal.
- » Vaginosis bacteriana (VB).

- » Profilaxis antibiótica en cirugía ginecológica (histerectomía, procedimientos ginecológicos-oncológicos, prolapso de órganos pélvicos).
- » Profilaxis antibiótica en parto por cesárea.
- » Profilaxis antibiótica en laceración del esfínter anal.
- » Profilaxis de la infección neonatal por estreptococo del grupo B .
- » Rotura prematura de membranas (RPM).
- » Profilaxis antibiótica en parto vaginal normal.
- » Agresión sexual.

Apéndices:

- A. Descripción general de los antibióticos más comunes.**
- B. Espectros de actividad de antibióticos.**
- C. Antimicrobianos durante el embarazo y la lactancia.**
- D. Dosificación de aminoglucósidos.**
- E. Dosificación de vancomicina.**
- F. Cálculo del aclaramiento de creatinina.**
- G. Ajuste de dosis renal de antimicrobianos comunes en adultos.**
- H. Dosificación de antimicrobianos neonatales.**
- I. Alergia a los betalactámicos.**
- J. Calendario de vacunación infantil.**



Capítulo 1. Profilaxis antibiótica

Patología	Antimicrobiano
Profilaxis de fractura abierta Grado 1 Laceración de la piel <1 cm, <8 horas desde la lesión, sin signos de infección y con desbridamiento/limpieza adecuada Grado 2 Como apartado previo, pero con laceración en la piel de 1 a 10 cm Grado 3 > 10 cm de laceración de la piel o pérdida extensa de tejido blando > 8 horas desde la lesión Infección establecida Traumatismo extremo de alta energía Gran pérdida de tejido blando, Trauma extremo de alta energía.	Grado 1: Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID <i>Alternativa:</i> Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID Grado 2 y 3: <i>A la profilaxis de Grado 1, AGREGAR:</i> Gentamicina 2 mg/kg EV OD <i>Para lesiones graves que están muy contaminadas AGREGAR:</i> Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) PO/EV BID (no es necesario agregar metronidazol si se usa clindamicina). <i>Para heridas expuestas al agua AGREGAR:</i> Ciprofloxacino 400 mg (niños 10 mg/kg) TID EV O Ciprofloxacino 750 mg (niños 20 mg/kg) PO BID a los regímenes anteriores (si se usa ciprofloxacino, no hay necesidad de agregar gentamicina).
Profilaxis de lesiones en la cabeza La profilaxis antibiótica no está indicada para todas las lesiones de tejidos blandos. En heridas muy contaminadas, consultar <u>Profilaxis de heridas traumáticas</u> en el <u>Capítulo 13: Infecciones de piel y tejidos blandos.</u>	La profilaxis antibiótica no está indicada para las fracturas de base del cráneo, las fracturas craneales cerradas lineales u otras lesiones craneales cerradas. <i>Para fracturas de cráneo elevadas, fracturas de cráneo con hundimiento o fracturas asociadas con lesiones penetrantes en la cabeza, utilizar:</i> Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV BID MÁS Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV TID

Comentarios y duración de la terapia

Todas las fracturas abiertas requieren desbridamiento, lavado y estabilización. Los antibióticos deben administrarse lo antes posible, idealmente dentro de las 3 horas posteriores a la lesión.

verificar el estado de inmunización contra el tétanos de todos los pacientes y administre la vacuna DTP si es necesario (consultar **Profilaxis del Tétanos en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica**).

Duración:

Grado 1 y 2: suspender los antibióticos al cerrar la herida.

Grado 3: no continuar con los antibióticos durante más de 24 horas después del cierre de la herida.

Para todos los grados suspender los antibióticos a las 72 horas aún sin cierre definitivo.

En caso de colocación material protésico en tejido infectado, consultar **Fijación de fracturas infectadas** en el Capítulo 2: infecciones huesos y articulares

Si hay infección, consultar **Meningitis después de un traumatismo craneal penetrante o neurocirugía** en el Capítulo 4: Infecciones del Sistema Nervioso Central.

Duración:

Si está indicada la profilaxis antibiótica, tratar durante 5 días y posteriormente suspender.

Profilaxis quirúrgica

La profilaxis quirúrgica es el uso de antibióticos para prevenir la infección, en oposición a su uso cuando la infección ya está establecida. La elección del antibiótico se basa en el probable origen de los organismos infecciosos. La mayoría de las infecciones son secundarias a los propios organismos del paciente, que pueden incluir múltiples organismos resistentes a los medicamentos secundarios al uso previo de antibióticos. Todas las infecciones preexistentes deben tratarse antes de cualquier cirugía si es posible.

La Cefazolina es el antibiótico de elección para la mayoría de las profilaxis quirúrgicas. Tiene una vida media relativamente corta y, por tanto, se repite administración si la duración del procedimiento es de 4 horas o más. También se debe repetir la dosis si hay una pérdida de sangre excesiva ($\geq 1,5$ l) durante la operación.

Para la mayoría de los procedimientos, utilizar:

Cefazolina 2g (niño: 50mg/kg) EV

Alternativa:

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV

O

Clindamicina 600 mg EV (niños 15 mg/kg) EV

si el paciente es portador de SARM, AGREGAR:

Vancomicina 15 mg/kg EV, a cefazolin.

Profilaxis de cirugía de cabeza y cuello

Cefazolina 2 g (niño: 50 mg/kg) EV

Para incisiones a través de superficies mucosas

AGREGAR: **Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV**

Alternativa:

Si la cefazolina no está disponible, reemplazarla en el régimen anterior por:

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV

O

Cefuroxima 1,5 g (niño 50 mg/kg) EV

O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV (si se usa clindamicina, no es necesario agregar metronidazol)

O

Vancomicina 15 mg/kg EV

Profilaxis de cirugía torácica

Cefazolina 2g (niño: 50mg/kg) EV

Alternativa:

Cloxacilina 2g (niño: 50mg/kg) EV

O

Cefuroxima 1,5 g (niño 50 mg/kg) EV

O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV

O

Vancomicina 15mg/kg

Administrar antibióticos durante la hora previa al procedimiento (idealmente 15-30 minutos antes de la incisión quirúrgica).

Los cursos postoperatorios de antibióticos > 24 horas solo son necesarios en infección establecida. No se recomienda la profilaxis extendida y se asocia con mayores tasas de resistencia y la subsiguiente infección con patógenos resistentes.

La ampicilina no cubre adecuadamente a *Staphylococcus aureus* y no debe usarse en monoterapia como profilaxis quirúrgica. La Ceftriaxona contribuye al Desarrollo de resistencias y debe evitarse como profilaxis quirúrgica.

La profilaxis con antibióticos NO está indicada para lo siguiente:

- » Cirugía sin complicaciones del oído, la nariz o los senos paranasales (incluida la endoscopia)
- » Otoplastia
- » Estapedectomía
- » Amigdalectomía
- » Adenoidectomía

La profilaxis antibiótica está indicada para lo siguiente:

- » Cirugía mayor de oído.
- » Septorrinoplastia compleja
- » Cirugía de revisión de senos paranasales
- » Laringectomía
- » Cirugía timpanomastoidea
- » Procedimientos de implante auditivo

Duración:

Suspender los antibióticos después del procedimiento. No mantener profilaxis más de 24 horas.

Si hay signos de infección activa, consultar el Capítulo 6: ORL Infecciones del Tracto Respiratorio.

Duración:

Suspender los antibióticos después del procedimiento. No mantener profilaxis más de 24 horas.

En presencia de signos de infección, consultar el Capítulo 3: Infecciones Cardiovasculares y el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio.

Profilaxis de inserción de drenaje torácico

La profilaxis antibiótica no está indicada cuando se inserta un drenaje torácico por neumotórax espontáneo o en operaciones electivas.

En pacientes que requieren la inserción de un drenaje torácico después de un trauma, utilizar:

Cefazolina 2 g (niño: 50 mg/kg) EV

Alternativa:

Cloxacilina 2g (niño: 50mg/kg) EV

O

Cefuroxima 1,5 g (niño 50 mg/kg) EV

Profilaxis de cirugía del tracto gastrointestinal y del árbol biliar

Cefazolina 2g (niño: 50mg/kg) EV

Alternativa:

Cloxacilina 2g (niño: 50mg/kg) EV + Gentamicina 2mg/kg (adulto y niño) EV

O

Clindamicina 600mg (niño 15mg/kg) EV + Gentamicina 2mg/kg (adulto y niño) EV

O

Vancomicina 15mg/kg EV + Gentamicina (adulto y niño) 2mg/kg EV

Para cirugía colorrectal AGREGAR:

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV

(No es necesario agregar metronidazol si se usa clindamicina).

Profilaxis de procedimientos urológicos

El riesgo de infección postoperatoria aumenta en pacientes con bacteriuria. Debe enviarse una muestra de orina para cultivo y tratamiento de bacteriuria antes de los procedimientos urológicos cuando sea posible.

Se recomienda la utilización de los resultados de cultivos recientes cuando estén disponibles para profilaxis dirigida.

Procedimientos endoscópicos y resección transuretral de próstata:

Gentamicina (adulto y niño) 2mg/kg EV

Alternativa:

Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV

Procedimientos urológicos abiertos o laparoscópicos:

Cefazolina 2g (niño: 50mg/kg) EV

MÁS

Gentamicina 2mg/kg (adulto y niño) EV

Alternativa:

Cloxacilina 2g (niño: 50mg/kg) EV + Gentamicina 2mg/kg EV

O

Clindamicina 600mg (niños 15mg/kg) EV + Gentamicina 2mg/kg EV

Duración:

Suspender los antibióticos después del procedimiento. No mantener la profilaxis más de 24 horas.

En presencia de signos de infección, consultar el Capítulo 3: Infecciones Cardiovasculares y el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio

Duración:

Suspender antibioterapia después del procedimiento. No mantener profilaxis más de 24 horas.

En presencia de signos de infección, consultar el Capítulo 15: Infecciones Gastrointestinales Quirúrgicas.

Enviar cultivo de orina 3-5 días antes del procedimiento.

Duración:

Suspender los antibióticos después del procedimiento. No mantener profilaxis más de 24 horas.

En presencia de signos de infección activa, consultar el Capítulo 16: Infecciones del Tracto Urinario.

	Clindamicina 600mg (niños 15mg/kg) EV + Gentamicina 2mg/kg EV O Vancomicina 15mg/kg EV + Gentamicina 2mg/kg EV <i>Si hay lesión rectal/intestinal accidental AGREGAR:</i> Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV <i>Biopsia de próstata transrectal:</i> Ciprofloxacino 500 mg VO 120 minutos antes del procedimiento <i>Biopsia de próstata transperineal:</i> Cefazolina 2g EV <i>Alternativa:</i> Cloxacilina 2g EV + Gentamicina 2mg/kg
Fijación interna de huesos largos y profilaxis de cirugía de reemplazo articular	Cefazolina 2 g (niño: 50 mg/kg) EV <i>Alternativa:</i> Cloxacilina 2g (niño: 50mg/kg) EV O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV O Vancomicina 15mg/kg <i>Si el paciente está colonizado o se sospecha colonización por SARM AGREGAR:</i> Vancomicina 15 mg/kg IV, a Cefazolina.
Profilaxis del tétanos La profilaxis antitetánica debe considerarse en todos los pacientes que presenten heridas de cualquier tipo.	<i>Para pacientes con:</i> » Al menos 3 dosis de vacuna con toxoide tetánico y » La última vacuna se administró en los últimos 5 años. No requiere profilaxis <i>Para pacientes con:</i> » Estado de vacunación desconocido O » Menos de 3 dosis de vacuna O » Última vacuna hace más de 5 años Administrar vacuna de toxoide antitetánico <i>En pacientes que presentan cualquier cosa que no sea una herida menor Y con:</i> » Estado de vacunación desconocido O » Menos de 3 dosis de vacuna

Duración:

Suspender los antibióticos después del procedimiento. No mantener profilaxis más de 24 horas.

En presencia de signos de infección, consultar el Capítulo 2: Infecciones de Huesos y Articulaciones.

Para el tratamiento ver Tétanos en el Capítulo 14: Infecciones Especiales.

Prevención secundaria de la fiebre reumática

Se recomienda profilaxis antimicrobiana continua contra *Streptococcus pyogenes* para pacientes con fiebre reumática.

Administrar inmunoglobulina antitetánica 250 UI si <24 horas desde la lesión, 500 UI si >24 horas desde la lesión (si está disponible), ADEMÁS de la vacuna de toxoide tetánico.

Penicilina Benzatina 1,2 millones de UI (900 mg) (niños <20 kg 0,6 millones de UI (450 mg)) IM 1 dosis cada 28 días.

En pacientes con cardiopatía reumática grave con hipertensión pulmonar grave o insuficiencia cardíaca no controlada, utilizar:

Penicilina V 250 mg (niños 15 mg/kg) VO BID

O

Amoxicilina 500 mg para >20 kg, 250 mg <250 mg VO OD

Alternativa:

Eritromicina 250 mg VO BID

(La terapia oral también se puede usar en pacientes donde la terapia IM no es posible, sin embargo, esta no es la vía recomendada).

Profilaxis de endocarditis infecciosa

La profilaxis con antibióticos se recomienda únicamente para pacientes con:

» Una Patología cardíaca de alto riesgo.

Y

» procedimiento de alto riesgo.

Cuando está indicada la profilaxis de la endocarditis infecciosa, debe administrarse además de la profilaxis quirúrgica habitual recomendada.

Para procedimientos dentales:

Amoxicilina 2g (niño 50mg/kg) PO, 1 hora antes del procedimiento.

Para otros procedimientos:

Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV dentro de los 60 minutos previos al procedimiento.

Alternativa:

Cefazolina 2 g (niño 30 mg/kg) EV

O

Clindamicina 600 mg (niños 20 mg/kg) EV

O

Vancomicina 15mg/kg

Consultar también las **Directrices de Timor-Leste para la Prevención y el Tratamiento de la Fiebre Reumática Aguda (FRA) y la Cardiopatía Reumática 2021**

Duración:

Sin afectación de la válvula cardíaca: tratar durante un mínimo de 5 años o hasta los 21 años (lo que conlleve mayor duración).

Compromiso leve de la válvula cardíaca: tratar durante un mínimo de 10 años o hasta los 25 años (lo que conlleve mayor duración).

Compromiso moderado de la válvula cardíaca: tratar durante un mínimo de 10 años o hasta los 40 años (lo que conlleve mayor duración)

Compromiso grave de la válvula cardíaca: continuar con la profilaxis de por vida.

Consultar **faringitis/amigdalitis** en el **Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio** para el tratamiento del de infección de garganta por *Streptococcus pyogenes* (prevención primaria de FRA).

Los procedimientos de alto riesgo incluyen:

- » **Procedimientos dentales** que implican la manipulación de tejido gingival o periapical, o perforación de la mucosa oral (p. ej., extracción, colocación de implantes, biopsia, extracción de tejido blando o hueso, descamación subgingival y alisado radicular, reimplantación de dientes avulsionados)
- » **Procedimientos cutáneos y musculoesqueléticos** que involucren piel, estructuras cutáneas o tejido musculoesquelético infectados.
- » **Tracto respiratorio y procedimientos ORL** amigdalectomía, adenoidectomía; procedimientos invasivos de las vías respiratorias u ORL para tratar una infección establecida (p. ej., drenaje de abscesos)
- » **Procedimientos en tracto gastrointestinal y genitourinario** si está indicada la profilaxis quirúrgica habitual para pacientes con una infección establecida.

Las condiciones cardíacas de alto riesgo incluyen:

- » Cardiopatía reumática
- » Válvula cardíaca protésica u otro material cardíaco protésico
- » Endocarditis infecciosa previa
- » Cardiopatía congénita cianótica no reparada

Consultar el **Capítulo 3: Infecciones Cardiovasculares** para el tratamiento de la **Endocarditis infecciosa**.

Cirrosis, profilaxis antibiótica

Los pacientes con cirrosis tienen una mayor susceptibilidad a la infección debido a la disfunción inmunitaria relacionada con la enfermedad.

Hemorragia variceal:
Ceftriaxona 1 g EV OD

Alternativa:
Ciprofloxacino 400 mg VO BID

Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) (después del primer episodio de PBE):
Cotrimoxazol 160/800 mg VO OD

Profilaxis post-esplenectomía

Además de los antibióticos, todos los pacientes también deben recibir inmunizaciones (si están disponibles) contra los organismos encapsulados *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae* B.

Amoxicilina 250 mg (niños: 15 mg/kg) VO OD

Todos los pacientes deben tener un suministro de emergencia de antibióticos para comenzar a tomar inmediatamente en su domicilio en caso de fiebre. Se recomienda valoración médica lo antes posible.

En el caso de un inicio repentino de fiebre inexplicable, utilizar:

Adulto:
Amoxicilina 3g PO, 1 dosis, posteriormente 1 g tres veces al día

Niño:
Amoxicilina/Ácido clavulánico 25/6,25 mg/kg (máx. 500/125 mg) VO tres veces al día.

Profilaxis en neutropenia febril

Se recomienda profilaxis antimicrobiana para pacientes que tienen, o se espera que tengan, neutropenia grave (neutrófilos $<0,5 \times 10^9/L$) durante 7 días o más.

Ciprofloxacino 500 mg (niños 10 mg/kg) VO BID
MÁS
Fluconazol 200 mg (niños 6-12 mg/kg) VO OD

Profilaxis de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP)

Ver **Pautas Integrales de tratamiento antirretroviral (TAR) de Timor-Leste**

Indicaciones en Timor-Leste:

- » ≥ 20 mg de prednisona (o corticosteroide equivalente) durante más de 4 semanas
- » Leucemia linfocítica aguda
- » VIH con recuento de CD4 <350 células/microlitro o porcentaje de CD4 $<14\%$.

Cotrimoxazol 160/800 mg (niño 3-5 kg 20/100 mg, 6-13 kg 40/200 mg, 14-30 kg 80/400 mg) VO OD o tres veces por semana.

Duración:

Hemorragia variceal: tratar durante 3-7 días

Peritonitis bacteriana espontánea: continuar de por vida si se tolera.

Ver **peritonitis bacteriana espontánea** en el Capítulo 9: Infecciones Gastrointestinales para el tratamiento.

Duración:

Los niños con hemoglobinopatías congénitas (p. ej., talasemia) deben permanecer en profilaxis al menos hasta los 5 años.

Los pacientes post-esplenectomía deben recibir profilaxis durante al menos 3 años.

Considerar la profilaxis de por vida en los siguientes:

- » Pacientes inmunodeprimidos
- » Pacientes con neoplasia hematológica
- » Pacientes que han experimentado una infección post- esplenectomía significativa (particularmente con *Streptococcus pneumoniae*).

Duración:

Continuar durante la duración de la neutropenia.

Duración:

Corticosteroides: continuar durante 6 semanas después de que la dosis de esteroides se reduzca por debajo de 20 mg de prednisona (o equivalente) al día, posteriormente suspender.

VIH: Suspender cuando esté en TAR Y recuento de CD4 >350 células/microlitro durante 6 meses.

Ver ***Pneumocystis Jirovecii*** en el Capítulo 14: Tratamiento para Infecciones Especiales

Profilaxis de *Toxoplasma gondii* en pacientes con VIH

Ver Pautas Integrales de TAR de Timor-Leste

Comenzar cuando el recuento de CD4 sea <100 células/microlitro.

Cotrimoxazol 160/800 mg (niño 3-5 kg 20/100 mg, 6-13 kg 40/200 mg, 14-30 kg 80/400 mg) VO OD o tres veces por semana**Profilaxis de *Mycobacterium avium complex* (MAC) en pacientes con VIH**

Ver Pautas integrales de TAR de Timor-Leste

La profilaxis no se recomienda de forma rutinaria en pacientes que inician TAR. Considerar en pacientes que siguen siendo virémicos en TAR Y tienen CD4 <50 células/microlitro.

Azitromicina 1250 mg (niños 20 mg/kg) VO una vez por semana*Alternativa:***Clarithromicina 500 mg (7,5 mg/kg) VO BID****Referencias**

ARF/RHD technical working group. Timor-Leste guidelines for the prevention and management of acute rheumatic fever (ARF) and rheumatic heart disease (RHD). Timor-Leste: Ministerio da Saude; 2021

Bratzler D, Dellinger E, Olsen K, Perl T, Auwaerter P, Bolon M, et al. American Society of Health-System Pharmacists; Infectious Disease Society of America; Surgical Infection Society; Society for Healthcare Epidemiology of America. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm 2013; 70 (3): 195-283. doi: 10.2146/ajhp120568

Bryson D, Morris D, Shivji F, Rolling s, Snape S. Antibiotic prophylaxis in orthopaedic surgery difficult decision in an era of evolving antibiotic resistance. Bone Joint J 2016; 98-B (8): 1014-1019. doi: 10.1302/0301-620X.98B8.37359

Dhammi I, Haq R, Kumar S. Prophylactic antibiotics in orthopaedic surgery: controversial issues in its use. Indian J Orthop 2015; 49 (4):373-376.

Duración:

Suspender en pacientes en TAR con carga viral suprimida Y recuento de CD4 >200 células/microlitro durante 3 meses.

Ver ***Toxoplasma gondii*** en el Capítulo 14: Tratamiento para Infecciones Especiales

Descartar la infección activa antes de iniciar la profilaxis en todos los pacientes, ya que la monoterapia con un macrólido puede provocar el desarrollo de resistencias.

Duración:

Suspender en pacientes en TAR con carga viral suprimida Y recuento de CD4 >100 células/microlitro durante 3 meses

Consultar ***Mycobacterium avium Complex*** (MAC) en el Capítulo 14: Tratamiento para las Infecciones Especiales

doi: 10.4103/0019-5413.159556 eTG complete. Prevention of infection. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorno MG, Casalta J-P, Del Zotti F, et al., ESC Scientific Document Group, 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM), Eur Heart J 2015; 36 (44): 3075–3128. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>

National HIV/AIDS programme Timor-Leste. Guidelines for antiretroviral therapy and management of opportunistic infections for children, adolescents and adults living with HIV. Timor-Leste: Ministerio da Saude; 2021

RHD Australia (ARF/RHD writing group). The 2020 Australian guideline for prevention diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease (3rd edition); 2020

Schmitt S. Osteomyelitis associated with open fractures in adults. In Spelman D, Hall K, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021. https://www.uptodate.com/contents/osteomyelitis-associated-with-open-fractures-in-adults?search=prophylaxis%20for%20open%20fractures&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H7

Taplitz R, Kennedy E, Bow E, Crews J, Gleason C, Hawley D, et al. Antimicrobial prophylaxis for adult patients with cancer-related immunosuppression: ASCO and IDSA clinical practice guideline update. J Clin Oncol 2018; 36 (30): 3043-3054. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.18.00374>

The European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J Hepatol 2018; 69 (2):406-460. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>

Vila P, Zenga J, Jackson R. Antibiotic prophylaxis in clean-contaminated head and neck surgery: A systematic review and meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg 2017; 157 (4):580-588. doi: 10.1177/0194599817712215



Crecimiento de colonia mucosa fermentadora de lactosa en agar MacConkey (*Klebsiella pneumoniae*)

Capítulo 2. Infecciones de huesos y articulaciones

Patología	Antimicrobiano
Osteomielitis aguda Infección del hueso con síntomas durante <14 días. <i>Staphylococcus aureus</i> es el patógeno más común.	Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID <i>Alternativa:</i> Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID O Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina <i>Modificar a antibioterapia oral cuando sea apropiado (ver comentarios). Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, usar:</i> Cloxacilina 1 g (niños 25 mg/kg) VO QID
Osteomielitis crónica Infección ósea con síntomas durante meses o años. Puede haber destrucción cortical con sequestro (hueso necrótico) e involucro (hueso nuevo). La presencia de un trayecto sinusal es patognomónica de osteomielitis crónica. Considerar la tuberculosis como potencial patógeno.	No administrar antibióticos hasta después de que se haya desbridado el hueso y estén disponibles los resultados del cultivo, a menos que el paciente se encuentre séptico. Utilizar tratamiento dirigido siempre que sea posible. Cloxacilina 2g (niños 50mg/kg) EV QID. <i>Alternativa:</i> Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID O Dosis de Vancomicina EV de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina <i>Seguido por:</i> Cloxacilina 1 g (niños 25 mg/kg) VO QID
Infección del dispositivo de fijación de fracturas El manejo del material infectado se complica por la formación de	A menos que el paciente esté séptico, no administrar antibióticos (excepto profilaxis quirúrgica) hasta que el hueso haya sido desbridado y enviado para cultivo. Comenzar el tratamiento empírico después del desbridamiento o después de hemocultivos en caso de sepsis.

Comentarios y duración de la terapia

Extraer hemocultivos antes de administrar de antibioterapia.

La osteomielitis aguda es potencialmente curable con antibióticos. En adultos con respuesta rápida al tratamiento, se puede considerar un paso precoz a vía oral si se conocen las susceptibilidades y se usan antibióticos con buena biodisponibilidad oral (p. ej., clindamicina, cotrimoxazol, ciprofloxacino). Los adultos con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* asociada deben recibir al menos 4 semanas de terapia EV (consultar **bacteriemia por staphylococcus** en el capítulo sepsis y terapia dirigida para infecciones del torrente sanguíneo).

Duración:

Adultos: tratar durante un total de 6 semanas, con un mínimo de 2 a 4 semanas EV.

Niños: sin complicaciones: tratar durante al menos 3 semanas, con un mínimo de 3 días EV.

Complicado (hueso no largo, absceso asociado, presentación tardía, mejoría clínica lenta): tratar como adulto.

Enviar tejido y frotis de seno profundo para cultivos. Enviar hemocultivos en caso de afectación del estado general. Modificar los antibióticos según los resultados del cultivo. El desbridamiento agresivo del hueso necrótico es importante para lograr la curación. Los pacientes que reciben terapia antibiótica a largo plazo deben someterse a un hemograma completo y a un seguimiento periódico de la función hepática y renal.

Duración:

Adultos: cambio a antibióticos orales después de 2 semanas EV. Tratar por un total de 3 meses. Es posible que se requiera una terapia más prolongada si los marcadores inflamatorios (VSG, PCR) no se normalizan.

Niños: modificar a antibióticos orales cuando estén bien.

Tratar durante un mínimo de 6 semanas.

Enviar tejido y frotis de seno profundo para cultivos. Enviar hemocultivos en caso de afectación del estado general.

Cuando ya no se requiera material de fijación para la estabilidad del hueso, debe retirarse y desbridarse minuciosamente el hueso y el tejido necrótico.

biofilm para curar la infección. A menudo, se requiere la extracción del material para lograr la curación; sin embargo, debe buscarse un equilibrio entre la importancia de la estabilidad de la fractura para la consolidación y el tratamiento de la infección.

Cuando no se pueda retirar el material infectado, solicitar valoración por **Enfermedades infecciosas**

Artritis séptica

Suele presentarse como una artritis monoarticular, espontánea o posterior a un traumatismo. También puede ocurrir en el contexto de la enfermedad multifocal por *Staphylococcus aureus*. Consultar **Bacteriemia por Staphylococcus** en el capítulo Sepsis y terapia dirigida para infecciones del torrente sanguíneo.

Se requiere lavado quirúrgico. Enviar líquido articular para microscopía, cultivo y pruebas de sensibilidad.

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID

Alternativa:

Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID

O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID

O

Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina

En el caso de infección por *Staphylococcus aureus* con retención del dispositivo de fijación, después de un desbridamiento completo y un curso de antibióticos EV, considerar el uso de agentes activos de biofilms:

Rifampicina 300 mg VO BID

MÁS

Ciprofloxacino 500 mg VO BID

No usar ninguno de estos agentes en monoterapia. Descartar síntomas de TB activa antes de comenzar con la rifampicina.

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID

Alternativa:

Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID

O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID

O

Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina

En los neonatos, Streptococcus del grupo B y Haemophilus influenzae son patógenos comunes, AGREGAR:

Ampicilina 50 mg/kg EV QID

Si se confirma Neisseria gonorrhoeae, modificar a:
Ceftriaxona 2 g (niño: 50 mg/kg) EV OD

Cuando se deba retener el material por falta de unión de la fractura, continuar con los antibióticos hasta que se logre la consolidación de la fractura y posteriormente retirar el material de fijación.

Es más probable que se logre la curación conservando el material si la infección se ha producido dentro de las 3 semanas posteriores a la inserción del material de fijación.

Duración:

Con retirada del dispositivo de fijación: tratar durante 2 a 6 semanas EV, posteriormente modificar a antibióticos orales.

Mantener antibióticos durante 6 semanas después de retirar el dispositivo de fijación.

Sin retirada del dispositivo de fijación: si no se puede extraer el dispositivo de fijación, continuar con los antibióticos durante 12 semanas y posteriormente considerar la supresión continua a largo plazo.

Consultar **Profilaxis de Fracturas Abiertas** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica.

Enviar hemocultivos antes del inicio de los antibióticos. A menos que el paciente esté séptico, enviar líquido sinovial para cultivo antes de comenzar con los antibióticos.

Excluir fiebre reumática aguda en pacientes jóvenes.

Considerar artritis gonocócica en pacientes con factores de riesgo. Enviar orina y líquido sinovial para PCR gonocócica, y enviar hisopos uretrales, vaginales o rectales para PCR y cultivo.

Enviar líquido sinovial para PCR de TB si cuadro clínico consistente.

Si no hay respuesta al tratamiento empírico y no hay diagnóstico microbiológico, solicitar valoración por **Enfermedades Infecciosas**.

Duración:

Adultos: tratar durante un total de 4 semanas, con un mínimo de 2 semanas EV. Usar antibióticos con buena biodisponibilidad oral (ver más abajo) en caso de paso a antibióticos orales a las 2 semanas.

Niños: tratar por un total de 2-3 semanas. Si la respuesta clínica es rápida, Paso a antibióticos orales tras 5-7 días.

Neisseria gonorrhoeae: tratar durante 10 a 14 días, o más tiempo si la respuesta es lenta o en inmunodeprimidos.

Los antibióticos con buena biodisponibilidad oral incluyen:

- » Fluoroquinolonas
- » Cotrimoxazol
- » Clindamicina
- » Doxiciclina
- » Metronidazol
- » Azitromicina

En adultos, no utilizar ciprofloxacino en monoterapia para tratar una infección por *Staphylococcus aureus*.

Infección de prótesis articular (IPA)

El manejo de la **prótesis articular infectada** se complica por la formación de biofilms en el cuerpo extraño. Muchos antibióticos no alcanzan concentraciones lo suficientemente altas dentro de los biofilms para curar la infección. Para curar la IPA, se requiere un desbridamiento extenso con o sin retirada de la **prótesis articular**. En algunos casos, no se puede lograr la curación y se requiere la supresión de antibióticos a largo plazo.

Las opciones quirúrgicas para el tratamiento de la IPA incluyen artroplastia de intercambio en una y dos etapas, desbridamiento y reemplazo de prótesis, artroplastia de escisión y retención de implantes sin intención curativa. La artroplastia en dos etapas tiene las tasas de curación más altas (85- 95%).

Solicitar valoración por **Enfermedades Infecciosas** si está disponible.

A menos que el paciente esté séptico, no administrar antibióticos hasta después de que el líquido sinovial, el tejido y/o el material protésico hayan sido desbridados y enviados para cultivo. Enviar al menos 3-6 muestras de tejido y líquido sinovial para cultivo. Utilizar instrumentos quirúrgicos estériles nuevos para cada recogida de muestras, para evitar contaminación cruzada. En caso de sepsis, tomar 2 pares de hemocultivos antes de administrar antibioterapia.

Para el tratamiento empírico a la espera los resultados de cultivo, utilizar:

Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina

Ajustar la terapia antimicrobiana cuando los resultados del cultivo estén disponibles

Para la artroplastia de intercambio en dos tiempos:

Después de la extracción de la prótesis infectada y la inserción del espaciador, tratar al menos durante 6 semanas. Suspender los antibióticos durante 7 a 14 días antes de la segunda operación. Extraer cultivos intraoperatorios (3-6 muestras) de hueso/sinovio/líquido en la segunda operación y posteriormente reiniciar los antibióticos. Si los cultivos son positivos en la segunda operación, tratar durante 6 semanas más. Si los cultivos son negativos, suspender los antibióticos.

En artroplastia de reemplazo en un único tiempo:

Después del reemplazo, tratar con antibióticos intravenosos de 2 a 6 semanas. Posteriormente, para IPA por *Staphylococcus aureus*, tratar con rifampicina 300 mg BID MÁS ciprofloxacino 500 mg BID. Para IPA por gram negativos, tratar con ciprofloxacino 500 mg BID en caso de ser susceptible. Si se ha realizado tratamiento con antibióticos intravenosos durante 6 semanas, considerar agregar rifampicina 300 mg dos veces al día una vez que los hemocultivos hayan negativizado. Tratar un total de 6-12 semanas.

Para desbridamiento, antibiótico y reemplazo:

Después del desbridamiento y el reemplazo del material de reemplazo, tratar con antibióticos intravenosos dirigidos durante 2 a 6 semanas. Posteriormente, para *Staphylococcus aureus* IPA, tratar con rifampicina 300 mg BID MÁS ciprofloxacino 500 mg BID.

Considerar desbridamiento, antibioterapia y retención del implante en pacientes que cumplan todo lo siguiente:

- » Ausencia de tracto sinusal
- » < 30 días desde el reemplazo articular O < 3 semanas de síntomas
- » Artroplastia bien fijada
- » Buen estado de los tejidos blandos
- » Ausencia de sepsis asociada
- » Infección monomicrobiana (solo un único organismo cultivado)
- » Infección con bacterias sensibles a los antibióticos con buena biodisponibilidad oral y actividad de biofilm
- » Ausencia de múltiples comorbilidades o compromiso inmunológico.

En los pacientes que cumplen estas condiciones es posible la erradicación de la infección hasta en el 70% de los pacientes.

Los antibióticos con buena biodisponibilidad oral incluyen:

- » Fluoroquinolonas
- » Rifampicina
- » Cotrimoxazol
- » Clindamicina
- » Doxiciclina
- » Metronidazol
- » Azitromicina

No utilizar rifampicina en monoterapia, y descartar y síntomas de TB antes de inicio de tratamiento. No utilizar ciprofloxacino en monoterapia para tratar una infección por *Staphylococcus aureus*.

Los antibióticos con actividad de biofilm incluyen:

- » Fluoroquinolonas
- » Rifampicina

Para la IPA por gram negativos, tratar con ciprofloxacino 500 mg dos veces al día si es susceptible. Si se trata con 6 semanas de antibióticos intravenosos, considerar agregar rifampicina 300 mg dos veces al día desde la negativización de hemocultivos. Tratar un total de 3-6 meses.

Para artroplastia de resección:

Tratar con 2-6 semanas de antibióticos EV. Cambio a antibióticos orales con buena biodisponibilidad oral. Tratar durante 6-12 semanas en total.

Para retención de implantes sin intención curativa: Tratar con antibióticos intravenosos hasta que el paciente mejore clínicamente, posteriormente pasar a antibióticos orales según susceptibilidad. Elegir antibióticos que sean bien tolerados; la actividad del biofilm no es necesaria. Continuar tratamiento de por vida.

Referencias

Bernard L, Arvieux C, Brunschweiler B, Touchais S, Ansert S, Bru J-P, et al. Antibiotic therapy for 6 or 12 weeks for prosthetic joint infection. *NEJM* 2021; 384:1001-2001. DOI: 10.1056/NEJMoa2020198

Depypere M, Morgenstern M, Kuehl R, Senneville E, Moriarty T, Obrem-skey W, et al. Narrative review: Pathogenesis and management of fracture-related infection. *Clin Microbiol Infect* 2020; 26: 572-578. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.08.006>

eTG complete. Bone and Joint Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Fantoni M, Taccari F, Giovannenze F. Systemic antibiotic treatment of chronic osteomyelitis in adults. *Eur RIV Med Pharmacol Sci* 2019; 23 (2 Sup-pl):258-270. doi: 10.26355/eurrev_201904_17500

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Li H-K, Rombach I, Zambellas R, Walker A, McNally M, Atkins B, et al. Oral versus intravenous antibiotics for bone and joint infection. NEJM 2019; 380: 425-436. DOI: 10.1056/NEJMoa1710926 Malaysian antimicrobial guideline technical working group. National antimicrobial guideline. Ministry of Health Malaysia; 2019

Metsemakers W, Morgenstern M, Senneville E, Borens O, Govaert G, Onsea J, et al. General treatment principles for fracture-related infection: recommendations from an international expert group. Arch Orthop Trauma Surg 2020; 140: 1013-1027. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03287-4>

Nanchahal J, Nayagam S, Khan U, Moran C, Barrett S, Sanderson F et al. Standards for the management of open fractures of the lower limb. British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons, British Orthopaedic Association. London: Royal Society of Medicine Press Limited; 2009

Osmon D, Berbari E, Berendt A, Lew D, Zimmerli W, Steckelberf J, et al. Diagnosis and management of prosthetic joint infections: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2013; 56(1):e1-25. DOI: 10.1093/cid/cis803

Capítulo 3. Infecciones cardiovasculares

Patología	Antimicrobiano
Tratamiento empírico de la endocarditis de válvula nativa (sin shock séptico) La endocarditis infecciosa se diagnostica en base a los criterios de Duke modificados. Se deben administrar antibióticos empíricos a todos los pacientes hemodinámicamente inestables o con presentación aguda, después de la extracción de hemocultivos. En pacientes hemodinámicamente estables con una presentación subaguda e indolente, retrasar la administración de antibióticos hasta que estén disponibles los resultados del cultivo.	Bencilpenicilina 3 millones de UI (1,8 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV Q4H MÁS Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H MÁS Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años: 7,5 mg/ kg) EV OD <i>Alternativa:</i> Si la bencilpenicilina no está disponible, reemplazar con: Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H <i>En caso de alergia grave a la penicilina o si la cloxacilina no está disponible, utilizar:</i> Dosis de carga de 25-30 mg/kg de vancomicina EV y posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina MÁS Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años: 7,5 mg/ kg) EV OD
Tratamiento empírico para endocarditis de válvula protésica, Shock Séptico asociado a endocarditis, endocarditis asociada a la atención sanitaria, O sospecha de SARM.	Vancomicina Dosis de carga de 25-30 mg/kg de EV, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina MÁS Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H MÁS Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años: 7,5 mg/ kg) EV OD <i>Si el paciente está en shock séptico, reemplazar la gentamicina con:</i> Amikacina 28 mg/kg EV OD como dosis única en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Usar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para la dosificación posterior, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos. Niño 15 mg/kg EV OD Si la amikacina no está disponible y es probable que el paciente tenga una función renal normal, administrar el régimen anterior aumentando la dosis de gentamicina a 7 mg/kg EV para la primera dosis.

Comentarios y duración de la terapia

Si se sospecha de endocarditis bacteriana, se recomienda tomar al menos **3 pares de hemocultivos** antes de iniciar la terapia. Si el cultivo es positivo, ajustar antibioterapia para tratar el patógeno específico (ver más abajo).

Solicitar valoración por **Cardiología** y **Enfermedades Infecciosas** cuando esté disponible.

Los principios importantes de la gestión incluyen:

- » El tratamiento debe darse EV
- » El tratamiento suele durar de 4 a 6 semanas alcanzar concentraciones y duración adecuadas del fármaco es esencial

La cloxacilina se usa además de la vancomicina, ya que es más eficaz que la vancomicina para el *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina.

Solicitar valoración por **Cardiología** y **Enfermedades Infecciosas** cuando esté disponible.

Endocarditis infecciosa por *Streptococcus viridans* y del grupo bovis

Bencilpenicilina 3 millones de UI (1,8 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) Q4H

MÁS

Si se dispone de control de dosis de gentamicina y no hay contraindicaciones para su uso.

Gentamicina 1 mg/kg EV TID o 3 mg/kg (niño 5 mg/kg) EV OD durante 2 semanas y posteriormente suspender.

Consultar la sección de **dosificación de Amino-glucósidos**.

Alternativa:

Si la bencilpenicilina no está disponible, reemplazar por:

Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H

O

Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD

Para pacientes con alergia grave a la penicilina, utilizar:

Vancomicina IV, dosis según sección de **dosificación de vancomicina**

Endocarditis de válvula nativa por *Staphylococcus aureus*

La cloxacilina es más eficaz que la vancomicina para el *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina.

Para SASM:

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H

Alternativa:

Cefazolina 2g (niños 50mg/kg) EV TID

O

Vancomicina dosis de carga de 25-30 mg/kg EV, posteriormente ajustar dosis según la sección de dosificación de vancomicina

Para SARM:

Vancomicina dosis de carga de 25-30 mg/kg IV, posteriormente ajustar dosis según la sección de dosificación de vancomicina

Endocarditis de válvula protésica por *Staphylococcus aureus* o *Staphylococcus* spp. coagulasa-negativo

Para estafilococos sensibles a la meticilina:

Cloxacilina 2g EV Q4H

Considerar AGREGAR:

Gentamicina 1 mg/kg EV TID, o 3 mg/kg OD durante 2 semanas, si el organismo es susceptible, no hay contraindicaciones y se puede controlar la dosis de gentamicina. Consultar la sección de **dosificación de aminoglucósidos**.

A los pacientes tratados con gentamicina a largo plazo se les debe controlar la función renal cada dos días y se les debe interrogar periódicamente acerca de los síntomas de ototoxicidad, como vértigo o pérdida de la audición. Si se presentan síntomas, suspender gentamicina.

Duración:

Para valvulopatía nativa no complicada, con CMI de 0,125 mg/L o inferior, en la que se utiliza gentamicina durante dos semanas, tratar durante un total de 2 semanas.

Para pacientes con enfermedad complicada (vegetación grande, respuesta lenta al tratamiento, infección extra cardíaca), CMI de >0.125 mg/L, O donde no se pueden usar 2 semanas de gentamicina, tratar un total de 4 semanas.

Para pacientes con válvulas protésicas, tratar durante 6 semanas.

Si se usa vancomicina, tratar durante 6 semanas.

Duración:

SASM: En infecciones no complicadas, tratar durante 4 semanas. En pacientes con absceso perivalvular o complicaciones embólicas sépticas, tratar durante 6 semanas.

SARM: Tratar por 6 semanas EV

Consultar **Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo.

A los pacientes tratados con gentamicina a largo plazo se les debe controlar la función renal cada dos días y se les debe interrogar periódicamente acerca de los síntomas de ototoxicidad, como vértigo o pérdida de la audición. Si se presentan síntomas, suspender la gentamicina.

El inicio tardío de la rifampicina es importante para reducir el desarrollo de resistencia a la rifampicina cuando la carga bacteriana es alta al principio de la infección.

	<i>Considerar AGREGAR:</i> Rifampicina 300 mg VO TID tras 3-5 días de cloxacilina, durante 6 semanas, si el organismo es susceptible, se tolera el fármaco y se ha descartado TB activa. <i>Para SARM:</i> Reemplazar cloxacilina por: Vancomicina dosis de carga de 25-30 mg/kg EV de, posteriormente ajustar dosis según el apartado de dosificación de vancomicina. Agregar gentamicina y rifampicina cuando corresponda, según lo descrito anteriormente.
Endocarditis por Enterococos	<i>Para betalactámicos susceptibles:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H MÁS Gentamicina 1 mg/kg EV TID, o 3 mg/kg EV OD durante 2 semanas, si no hay contraindicaciones, y la gentamicina está disponible para monitorización. Consultar el apartado de dosificación de aminoglucósidos. <i>En caso de contraindicación o resistencia de alto nivel a la gentamicina AGREGAR:</i> Ceftriaxona 2g (niño >1 mes, 50mg/kg) EV BID a ampicilina. <i>Para betalactámicos resistentes:</i> Vancomicina IV, dosis según sección de dosificación de Vancomicina MÁS Gentamicina 1 mg/kg EV TID, o 3 mg/kg EV OD durante 6 semanas, si no hay contraindicaciones, y se dispone de monitorización de gentamicina. Consultar apartado de dosificación de Amino-glucósidos.
Endocarditis infecciosa por gérmenes del grupo HACEK <i>Haemophilus parainfluenzae, Aggregatibacter spp., Cardiobacterium spp., Eikenella corrodens y Kingella spp.</i>	Ceftriaxona 2g (niño >1 mes 50mg/kg) EV OD

Duración:

Tratar durante 6 semanas EV.

Si se usa rifampicina, continuar durante 6 semanas.

Si se usa gentamicina, suspenderla después de 2 semanas.

Consultar **Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia
Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo.

Duración:

Sensible a los betalactámicos: si la enfermedad de la válvula nativa no presenta complicaciones y responde rápidamente a la terapia, tratar durante 4 semanas.

De lo contrario, tratar durante 6 semanas. Suspenda la gentamicina después de 2 semanas.

Resistente a betalactámicos: si no hay contraindicaciones, tratar con ampicilina y gentamicina durante 6 semanas.

A los pacientes tratados con gentamicina a largo plazo se les debe controlar la función renal cada dos días y se les debe interrogar periódicamente acerca de síntomas de ototoxicidad, como vértigo o pérdida de la audición. Si se presentan síntomas, suspender la gentamicina.

Duración:

Tratar durante 4-6 semanas EV

Endocarditis con cultivo negativo

La endocarditis con cultivo negativo se debe comunemente a una terapia antibiótica previa, pero también puede ser causada por patógenos inusuales como *Bartonella*, *Brucella*, *Coxiella burnetii*, *Legionella*, *Mycoplasma* y *Tropheryma whippiei*. Estos patógenos no se pueden diagnosticar actualmente en Timor-Leste.

Siempre que sea posible, solicitar valoración por Enfermedades Infecciosas.

Brucella spp.:

Doxiciclina 100 mg VO BID

MÁS

Cotrimoxazol 160/800 mg VO BID

MÁS

Rifampicina 300 mg VO BID o 600 mg VO OD

Coxiella burnetii (fiebre Q):

Doxiciclina 100 mg VO BID

MÁS

Hidroxiclороquina 600 mg VO OD por vía oral

Bartonella:

Doxiciclina 100 mg VO BID

MÁS

Gentamicina 1 mg/kg TID o 3 mg/kg OD durante 2 semanas

Legionella spp.:

Levofloxacin 500 mg EV/VO BID

MÁS

Rifampicina 300 mg VO BID

Mycoplasma spp.:

Levofloxacin 500 mg EV/VO BID

Tropheryma whippiei:

Doxiciclina 100 mg VO BID MÁS

Hidroxiclороquina 600 mg VO OD

Pericarditis bacteriana

La pericarditis bacteriana puede ocurrir como consecuencia de la diseminación directa desde un foco intratorácico, diseminación hematológica o extensión desde un foco subdiafragmático. Antes del uso generalizado de antibióticos, la pericarditis bacteriana era una complicación frecuente de la neumonía neumocócica. Donde el uso de antibióticos es común, la pericarditis bacteriana se asocia más a menudo con bacteriemia nosocomial, cirugía torácica o inmunosupresión, y *Staphylococcus aureus* es la causa más común. La tuberculosis es la causa más frecuente de pericarditis purulenta subaguda o crónica.

El drenaje pericárdico debe realizarse en todos los pacientes.

Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD

MÁS

Dosis de carga de 25-30 mg/kg de vancomicina, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.

Paso a antibióticos orales cuando los signos clínicos de infección se hayan resuelto y el recuento leucocitario se haya normalizado, de acuerdo con los resultados de susceptibilidad antimicrobiana. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

Duración:

Brucella: tratar durante 3-6 meses

Coxiella burnetii (fiebre Q): tratar durante al menos 18 meses

Bartonella: Tratar durante 6 semanas. Suspender la gentamicina después de 2 semanas.

Legionella: tratar durante al menos 6 semanas Mycoplasma: tratar durante al menos 6 meses *Tropheryma whippelii*: tratar durante al menos 18 meses

Consultar la sección de **dosificación de aminoglucósidos** cuando relevante.

Realizar ecocardiografía en todos los pacientes con sospecha de enfermedad pericárdica. Enviar hemocultivos. Enviar líquido pericárdico para proteínas, glucosa, recuento de células, tinción y cultivo de Gram, cultivos de BAAR y micobacterias, TB GeneXpert y citología. Se debe considerar la biopsia pericárdica si hay dudas diagnóstica

Solicitar valoración por Solicitar valoración por **Cardiología** y **Enfermedades Infecciosas** si es posible.

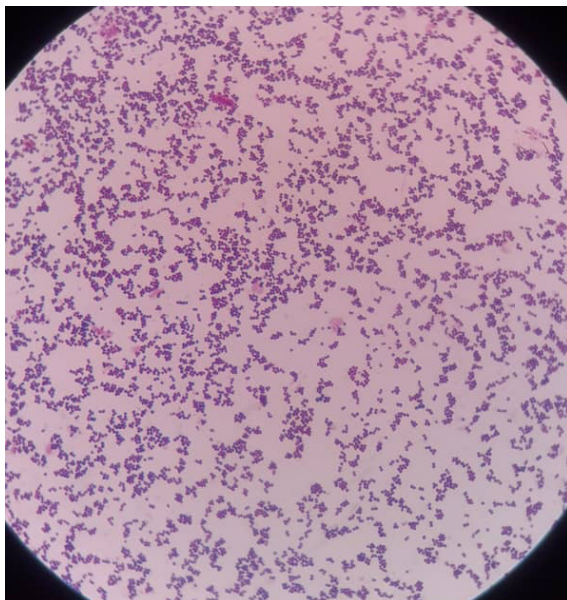
Duración:

Tratar durante un total de 2 a 4 semanas según la respuesta clínica y la idoneidad del drenaje.

eTG complete. Cardiovascular System Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta J-P, Del Zotti F, et al., ESC Scientific Document Group, 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM), Eur Heart J 2015; 36 (44): 3075–3128. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv319>



Tinción gram de cocos grampositivos en racimo.

Capítulo 4. Infecciones del sistema nervioso central

Patología	Antimicrobiano
Meningitis bacteriana aguda Los síntomas clásicos de la meningitis incluyen dolor de cabeza, fiebre y rigidez de nuca. Los organismos comunes incluyen <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Neisseria meningitidis</i> y <i>Haemophilus influenzae</i>. Los síntomas y signos clínicos en los bebés pueden ser sutiles e inespecíficos, como fiebre, letargo, irritabilidad, vómitos o fontanela abultada. La rigidez del cuello puede no estar presente. La terapia empírica debe iniciarse precozmente.	Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV BID MÁS Dexametasona 10 mg (niño 0,15 mg/kg) EV QID durante 4 días <i>Si inmunodeprimido, mayor de 50 años o recién nacido, para cubrir la posibilidad de Listeria,</i> AGREGAR: Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niños 100 000 UI (60 mg) /kg) EV Q4H <i>Alternativa:</i> Si la ceftriaxona no está disponible, utilizar: Cefotaxima 2 g (niños 50 mg/kg) EV QID O Cloranfenicol 1 g (niño 25 mg/kg) EV QID O Meropenem 2g (niño 40mg/kg) EV TID Si la bencilpenicilina no está disponible y el paciente está en riesgo de usar Listeria: Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H (No es necesario agregar cobertura adicional de listeria si se usa meropenem)
Meningitis después de un traumatismo craneoencefálico penetrante o neurocirugía Los organismos causales más frecuentes incluyen <i>Staphylococcus aureus</i>, estafilococos coagulasa negativos y bacilos gramnegativos, incluida <i>Pseudomonas aeruginosa</i>.	Meropenem 2g (niño 40mg/kg) EV TID MÁS Dosis de carga de vancomicina 25-30 mg/kg EV, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.
Meningitis por <i>Neisseria Meningitidis</i>	Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV BID <i>Si es sensible a la penicilina, utilizar:</i> Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niños 100 000 UI (60 mg) /kg) EV Q4H <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) Q4H

Comentarios y duración de la terapia

Realizar hemocultivos a todos los pacientes previa administración antes de administrar antibioterapia. Se debe realizar una punción lumbar (PL) para obtener proteínas, glucosa, microscopía y cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR) siempre que sea posible, idealmente antes del inicio de la antibioticoterapia. Sin embargo, el tratamiento no se debe retrasar si hay dificultad para obtener LCR.

La presión intracraneal (PIC) elevada es generalmente una contraindicación para realizar una PL. La PIC elevada puede causar coma o focalidad neurológica. La fundoscopia y la TC (para descartar una lesión ocupante de espacio) se pueden realizar antes de la punción lumbar, si existen dudas.

La tuberculosis del SNC es un importante diagnóstico diferencial. Si el paciente tiene síntomas de meningitis crónica con dolor de cabeza persistente o el paciente está inmunocomprometido, considerar también la meningitis criptocócica. Solicitar antígeno criptocócico en LCR o sangre si existe sospecha clínica.

Consultar **Meningitis Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños).

Hemocultivos en todos los pacientes, obtener LCR cuando sea posible.
Antibioterapia dirigida una vez que los resultados del cultivo estén disponibles.

Duración:

Tratar durante 5 días.

Suspender dexametasona empírica.

Meningitis por <i>Streptococcus Pneumoniae</i>	Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV BID <i>Si penicilina CMI <0.125mg/L utilizar:</i> Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niños 100 000 UI (60 mg) /kg) EV Q4H <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) Q4H <i>Si la CMI de penicilina es >0,125 mg/L Y la CMI de ceftriaxona es de 1 a 2 mg/L, además de la ceftriaxona AGREGAR:</i> Vancomicina, dosis según sección de dosificación de Vancomicina
Meningitis por <i>Haemophilus influenzae</i>	Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV BID <i>Si es sensible a la penicilina, utilizar:</i> Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niños 100 000 UI (60 mg) /kg) EV Q4H <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H
Meningitis por <i>Listeria monocytogenes</i>	Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niños 100 000 UI (60 mg) /kg) EV Q4H <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H <i>Después de 3 semanas de terapia IV, en pacientes inmunodeprimidos, administrar:</i> Cotrimoxazol (adulto >60 kg 320 mg/1600 mg; adulto 40-60 kg 240 mg/1200 mg; niño > 1 mes 6 mg/kg/30 mg/kg) VO BID.
Meningitis por <i>Streptococcus agalactiae</i>	Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niños 100 000 UI (60 mg) /kg) EV Q4H <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (child 50mg/kg) EV Q4H
Meningitis por <i>Cryptococcus</i> La meningitis criptocócica debe sospecharse en pacientes que presentan síntomas subagudos o crónicos, particularmente en pacientes inmunodeprimidos. También puede presentarse como una masa intracerebral.	<i>Inducción:</i> Fluconazol 1200 mg (niños 12 mg/kg) EV / VO OD DESPUÉS <i>Consolidación:</i> Fluconazol 800 mg (niño 6-12 mg/kg) VO OD. DESPUÉS <i>Erradicación:</i> Fluconazol 200 mg - 400 mg (niños 6 mg/kg) VO OD

Duración:

Tratar durante 10-14 días

Continuar con dexametasona durante 5 días.

Duración:

Tratar durante 7 días

Continuar con dexametasona durante 5 días.

Duración:

Tratamiento EV durante 3 semanas. Posteriormente, en pacientes inmunodeprimidos, pasar a tratamiento oral y tratar durante 3 semanas adicionales. En pacientes inmunocompetentes, suspender el tratamiento a las 3 semanas si adecuada evolución clínica. Suspender dexametasona.

Duración:

Tratamiento EV durante 2 semanas.

En infección complicada, extender el tratamiento hasta 3 semanas.

Suspender dexametasona.

Presión intracraneal (PIC) elevada:

Se deben realizar PL diarias para controlar la PIC elevada por la meningitis criptocócica, hasta que el paciente esté asintomático y la presión del LCR sea normal (<20 cm).

En pacientes sintomáticos con presión del LCR ≥ 50 cm, tratar de reducir la PIC en un 50 % de la presión de apertura.

Solicitar antígeno criptocócico en sangre y/o LCR

Solicitar valoración por Solicitar valoración por **enfermedades infecciosas** si es posible.

Solicitar VIH a todos los pacientes.

Ver **Pautas Integrales de TAR de Timor-Leste**

En pacientes con Criptococomas:

Extienda la duración de la inducción a por lo menos 6 semanas.

Después de la inducción, trate con fluconazol 400 mg-800 mg (niños 6 mg/kg) durante 12 a 18 meses.

En pacientes con VIH asintomáticos con LCR negativo, pero CrAg sérico positivo:

Fluconazol 400 mg (niño 6 mg/kg) VO OD

El TAR se puede iniciar sin demora.

Continuar hasta que el paciente reciba TAR Y tenga un recuento de CD4 >100 células/microL durante al menos 3 meses

Encefalitis

La encefalitis es una infección del tejido cerebral que se presenta con un nivel de disfunción cerebral y signos de infección como fiebre. En el contexto de la meningoencefalitis, a menudo puede ser difícil diferenciar entre causas virales y bacterianas, particularmente si no hay características típicas asociadas. Si hay dudas, es importante también el inicio precoz de antibiótico empíricos (ver el capítulo **Meningitis Bacteriana aguda** en infecciones del sistema nervioso central).

Se debe sospechar encefalitis por Virus varicela zoster (VVZ) si se asocia con una erupción cutánea típica (consultar el capítulo **Zoster/Culebrilla** en infecciones de la piel y tejidos blandos).

Absceso cerebral y empiema subdural

A menudo polimicrobiano. Requiere consulta quirúrgica.

Aciclovir 10 mg/kg (niños < 5 años 20 mg/kg, 5-12 años 15 mg/kg, > 12 años usar dosis para adultos) EV TID

Alternativa (no recomendada como primera línea):

Aciclovir 400 mg VO 5 veces al día

Considerar el tratamiento empírico para Listeria si factores de riesgo. Consultar **Meningitis Bacteriana aguda** más arriba.

Considerar la encefalitis por Toxoplasma en pacientes inmunodeprimidos. Ver **Toxoplasma gondii** en el capítulo Infecciones Especiales.

Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV BID
MÁS

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV TID

Si hay múltiples abscesos o probable diseminación hematógena AGREGAR:

La acetazolamida o el manitol no tienen ningún papel para reducir la PIC en la meningitis criptocócica.

Los corticosteroides no tienen ninguna función para reducir la presión intracraneal en la meningitis criptocócica, excepto en el contexto de síndrome de reconstitución inmune (SIRI) o edema cerebral periférico a un criptococoma.

Duración:

Inducción: al menos 2 semanas. Extender si no hay mejoría clínica, o si no se logra la esterilización del LCR (es decir, los cultivos de LCR positivos a las 2 semanas).

Consolidación: al menos 8 semanas. Extender si la respuesta clínica es lenta, la esterilización del LCR no se logra a las 2 semanas o el TAR se retrasa > 10 semanas.

Erradicación: al menos 12 meses.

En el caso **del VIH**, retrasar el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) hasta 2-10 semanas después de haber comenzado la terapia antifúngica.

Después de 12 meses se puede suspender el fluconazol si el paciente está en TAR, con un recuento de CD4 >100 y carga viral indetectable.

Dado que es difícil diferenciar clínicamente entre las causas virales y bacterianas de la infección del SNC, realizar se recomienda realizar hemocultivos y PL cuando no existan contraindicaciones.

Muchos otros trastornos pueden simular la encefalitis viral y deben considerarse. Esto puede incluir toxoplasmosis cerebral (particularmente si es VIH positivo), tuberculosis o encefalitis anti-NMDAR.

Muchos virus, como la encefalitis japonesa y el virus Nipah, no se tratan con antivirales y deben manejarse únicamente con tratamiento de soporte si se confirma el diagnóstico.

Duración:

Si se confirma la encefalitis por virus herpes simple (VHS), o no se puede descartar, tratar con aciclovir durante 14 a 21 días.

Véase también **Úlcera corneal dendrítica causada por el virus del herpes simple en el Capítulo 7: Infecciones Oculares**, **Virus del herpes simple genital en el Capítulo 8: Infecciones Genitales**, **Profilaxis/Tratamiento del herpes simple neonatal en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, bebés y niños)** y **Herpes Simplex en el Capítulo 13: infecciones de piel y tejidos blandos**

Se requiere drenaje quirúrgico. Se debe drenar el seno o el oído infectado y eliminar el hueso infectado cuando sea posible. Enviar hemocultivos y tejido para cultivo y prueba de TB. Enviar antígeno criptocócico. Ajustarlos antibióticos según los resultados del cultivo.

Las convulsiones son frecuentes y se deben administrar anticonvulsivos profilácticos.

La evaluación del foco de propagación es necesaria, aunque no siempre posible. Los potenciales focos incluyen sinusitis paranasal, otitis media, otitis externa maligna, infección dental, endocarditis o traumatismo penetrante. Los organismos pueden incluir anaerobios, *Streptococcus* y bacterias Gramnegativas. El empiema subdural comúnmente ocurre como consecuencia de una meningitis bacteriana o una infección del seno frontal.

Tuberculoma / Meningitis tuberculosa (adulto)

Absceso epidural

Causados en su mayoría por *Staphylococcus aureus*. La tuberculosis es un diagnóstico diferencial importante en entornos de alta prevalencia como Timor-Leste.

Neurocisticercosis

Causada por el estado larvario de la tenia del cerdo *Taenia solium*. Los pacientes con neurocisticercosis a menudo presentan convulsiones. El uso de albendazol reduce la frecuencia de las convulsiones a largo plazo en pacientes con lesiones activas. Los corticosteroides siempre deben administrarse con terapia antiparasitaria. Los corticosteroides también deben usarse en el tratamiento de la encefalitis cisticercal.

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID

O si aumenta el riesgo de SARM (hospitalización reciente prolongada o frecuente, colonización previa con SARM). **Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina.**

Para el absceso cerebral después de un traumatismo penetrante o neurocirugía, trate la **Meningitis después de un traumatismo craneal penetrante o neurocirugía (durante la duración, siga el absceso cerebral y el empiema subdural)**

Consultar las **Directrices integrales de TB de Timor-Leste para el Programa Nacional de Tuberculosis.**

Al régimen estándar de RHZE agregar corticosteroides durante 6-8 semanas.

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID

MÁS

Solo en adultos:

Ceftriaxona 2g EV BID

Si aumenta el riesgo de SARM (ingreso hospitalario prolongado o frecuente reciente, colonización previa con SARM) AGREGAR:

Vancomicina, dosis según sección de dosificación de vancomicina.

Si está indicado tratamiento antiparasitario (ver comentarios) UTILIZAR:

Albendazol 7 mg/kg (dosis máxima 600 mg) VO BID

MÁS

Dexametasona 0,1 mg/kg VO OD

O

Prednisona 1mg/kg VO OD (comenzar esteroides un día antes del antiparasitario)

Los pacientes también deben comenzar un tratamiento antiepiléptico.

En inmunodeprimidos, considerar otros diagnósticos como toxoplasmosis, criptococosis, nocardiosis y tuberculosis. También se debe considerar malignidad si no hay mejoría con terapia empírica.

Duración:

Tratamiento EV durante 6-8 semanas con un mínimo de 2-4 semanas. Si se utilizan antibióticos orales deben tener una buena penetración en el SNC (p. ej., cotrimoxazol, fluoroquinolonas). No utilizar betalactámicos orales. El tratamiento EV debe extenderse si no se puede realizar drenaje quirúrgico.

Realizar del VIH.

En pacientes con VIH y meningitis tuberculosa, retrasar el TAR durante 8 semanas después del inicio del tratamiento de la TB. Vigilar Desarrollo de IRIS.

Duración:

Tratar durante 9-12 meses

Retirar los corticosteroides a las 6-8 semanas.

Extraer dos pares s de hemocultivos antes de la administración de antibióticos. Realizar TC o resonancia magnética nuclear(RMN) para establecer el diagnóstico. Ajustar antibióticos según los resultados del cultivo. Si no se obtiene un diagnóstico microbiológico, modificar los antibióticos según la causa más probable de infección.

Duración:

Tratar durante al menos 6 semanas, con un mínimo de 2 a 4 semanas EV.

Diagnóstico basado en un cuadro clínico y radiológico consistente (TC y/o RMN). Las pruebas serológicas no están disponibles actualmente en Timor-Leste.

Todos los pacientes deben ser evaluados por cisticercosis ocular por oftalmología. Tratar únicamente a pacientes con lesiones activas. Los pacientes con quistes calcificados y sin quistes activos no se benefician del tratamiento. No administrar terapia antiparasitaria a pacientes con hidrocefalia no tratada, cisticercosis ocular o enfermedad con alta carga de quistes con edema cerebral difuso, ya que la inflamación periférica en los quistes en degeneración pueden empeorar los síntomas.

El edema periférico en las lesiones activas puede provocar un aumento de la PIC que debe manejarse con corticosteroides.

Duración:

Tratar durante 10 días

Referencias

Chang C, Hall V, Cooper C, Grigoriadis G, Beardsley J, Sorrell T, et al. Consensus guidelines for the diagnosis and management of cryptococcus and rare yeast infections in the haematology/oncology setting, 2021. Intern Med J 2021; 51 (Supl. 7): 118-142

Chen S, Sorrell T. Cryptococcus gattii infection: treatment. In: Kauffman C, Mitty J, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019. https://www.uptodate.com/contents/cryptococcus-gattii-infection-treatment?search=cryptococcoma&source=search_result&selectedTitle=3~16&usage_type=default&display_rank=3#H16486381

Cox G, Perfect J. Cryptococcus neoformans meningoencephalitis in patients with HIV: treatment and prevention. In: Bartell J, Bogorodskaya M, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021. https://www.uptodate.com/contents/cryptococcus-neoformans-meningoencephalitis-in-patients-with-hiv-treatment-and-prevention?search=cryptococcal%20meningitis&source=search_result&selectedTitle=3~79&usage_type=default&display_rank=3

Cox G, Perfect J. Cryptococcus neoformans: treatment of meningoencephalitis and disseminated infection in HIV seronegative patients. In: Kauffman C, Kaplan S, Bogorodskaya M, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019. https://www.uptodate.com/contents/cryptococcus-neoformans-treatment-of-meningoencephalitis-and-disseminated-infection-in-hiv-seronegative-patients?search=cryptococcal%20meningitis&topicRef=2447&source=see_link#H1351839573

eTG complete. Central Nervous System Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Kurniawan M, Suharjanti I, Pinzon R, editors. Panduan Praktik Klinis Neurologis. Indonesia: PERDOSSI; 2016

National HIV/AIDS programme Timor-Leste. Guidelines for antiretroviral therapy and management of opportunistic infections for children, adolescents and adults living with HIV. Timor-Leste: Ministerio da Saude; 2021

Ropper A, Samuels M, editors. Infection of the Nervous System (bacterial, fungal, spirochetal, parasitic) and sarcoidosis. In: Adams and Victor's Principles of Neurology. 9th ed. New York: McGraw Hill; 2014

Samuels M, Ropper A, editors. Samuel's Manual of Neurological Therapeutics. 8th ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2010 Scheld M, Whitley R, Marra C, editors. Infections of the central nervous system. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2004

White C. Cysticercosis: Treatment. In: Weller P, Baron E, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021. https://www.uptodate.com/contents/cysticercosis-treatment?search=neurocysticercosis&source=search_result&selectedTitle=2~24&usage_type=default&display_rank=2

Yeager C, Koffman L, Bleck T, editors. Treatment of infectious meningitis and encephalitis in neurocritical care unit. In: Nelson S, Nyquist P, editors, Neurointensive care unit: clinical practice and organization. Switzerland: Humana Press; 2020

Capítulo 5. Infecciones dentales

Patología	Antimicrobiano
Infecciones odontogénicas agudas El elemento más importante del tratamiento es el drenaje quirúrgico y la extracción del tejido necrótico con extracción dental cuando esté indicado.	Localizado sin síntomas sistémicos: No se recomienda el uso de antibióticos. <i>Infección con edema facial, pero sin síntomas graves o sistémicos:</i> Amoxicilina 500 mg (niños 25 mg/kg) VO TID MÁS Metronidazol 500 mg (niño 10 mg/kg) VO BID <i>Alternativa:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID O Clindamicina 300 mg (niño 7,5 mg/kg) VO TID <i>Infección con características graves o compromiso sistémico (incluida la angina de Ludwig):</i> Traslado urgente al hospital. Bencilpenicilina 3 millones de UI (1,8 g) (si está en UCI 4 millones de UI (2,4 g)) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV Q4H MÁS Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV BID <i>Alternativa:</i> Si la bencilpenicilina no está disponible, reemplazar con: Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H O Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID (no es necesario metronidazol si se usa clindamicina).
Periodontitis (incluida la periodontitis de rápida progresión) Rara vez se necesitan antibióticos para la periodontitis.	<i>Cuando los antibióticos están indicados:</i> Amoxicilina 500 mg (niños 25 mg/kg) VO TID MÁS Metronidazol 400 mg (niños 10 mg/kg) VO BID <i>Alternativa:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID O Clindamicina 300 mg (niños 7,5 mg/kg) VO TID

Comentarios y duración de la terapia

Para infecciones que requieran hospitalización, extraer hemocultivos y enviar especímenes operatorios para cultivo.

Las características graves incluyen:

- » Edema y dolor facial significativo
- » Edema de cuello
- » Trismo
- » Disfagia
- » Respiración dificultosa

Las características sistémicas incluyen:

- » Fiebre $>38^{\circ}$
- » Taquicardia
- » Palidez
- » Diaforesis

Duración:

Infección con edema facial, pero sin síntomas graves o sistémicos: tratar durante 5 días
Infección con características graves o compromiso sistémico (incluida la angina de Ludwig): Pasar a antibióticos orales si mejoría clínica significativa. Tratar hasta resolución signos y síntomas de infección (10-14 días).

Infección tras cirugía dentoalveolar:

La mayoría de las infecciones se pueden controlar solo con tratamiento odontológico. Si hay características sistémicas de infección o el paciente está inmunocomprometido, tratar como “Infección con edema facial, pero sin síntomas sistémicos o graves”, o “Infección con características graves o compromiso sistémico”, según la gravedad.

Consultar **infección necrotizante de tejidos blandos** en el capítulo 13: infecciones de piel y tejidos blandos.

El tratamiento de primera línea es el control mecánico de la placa con raspado y desbridamiento radicular.

Solo considerar antibióticos en pacientes con:

- » Periodontitis rápidamente progresiva
- » Periodontitis que no ha respondido al tratamiento dental
- » Pacientes inmunodeprimidos (incluyendo diabetes mal controlada).

Duración:

Tratar durante 7 días.

Osteomielitis mandibular de origen dental	Para la osteomielitis <i>crónica</i>, comenzar con antibioterapia únicamente cuando se identifiquen los organismos causantes después del desbridamiento. Para la osteomielitis aguda, tratar como “Infección con características graves o compromiso sistémico (incluida la angina de Ludwig)”. Modificar los antibióticos según los resultados del cultivo.
Osteitis Alveolar (alveolitis seca)	No se recomienda el uso de antibióticos sistémicos
Pulpitis (reversible e irreversible)	No se recomienda el uso de antibióticos sistémicos
Pericoronitis localizada	No se recomienda el uso de antibióticos sistémicos
Gingivitis crónica	No se recomienda el uso de antibióticos sistémicos
Caries dental	No se recomienda el uso de antibióticos sistémicos
Profilaxis para procedimientos odontológicos. (ver también Profilaxis para la prevención de la endocarditis infecciosa en el capítulo Profilaxis con antibióticos)	No se requiere profilaxis antibiótica para los siguientes procedimientos: » Extracción dental » Cirugía de tercer molar » Inserción de implantes dentales » Cirugía periodontal » Cirugía periapical » Eliminación de tejidos blandos y duros

Referencias

eTG complete. Acute Odontogenic Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Holmes C, Pellecchia R. Antimicrobial therapy in management of odontogenic infections in general dentistry. Dent Clin North Am 2016; 60 (2):497-507. Doi: 10.1016/j.cden.2015.11.013 Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Tentang pedoman penggunaan antibiotik. Indonesia; 2021

Ogle O. Odontogenic infections. Dent Clin North Am 2017; 61 (20):235-252. Doi: 10.1016/j.cden.2016.11.004.

Es importante el desbridamiento quirúrgico con extracción dental cuando esté indicado.

El cultivo y las pruebas de sensibilidad a los antibióticos son necesarios para guiar el tratamiento antibióticos. Enviar muestras de tejido del desbridamiento para cultivo. En caso de afectación sistémico, enviar hemocultivos.

Duración:

Osteomielitis aguda: tratar durante 6 semanas con al menos 4 semanas EV.

Osteomielitis crónica: tratar durante 3 meses con al menos 2 semanas EV.

Tratamiento local con irrigación salina y apósitos antisépticos/analgésicos, además de alivio sintomático del dolor.

Apósitos analgésicos y alivio sintomático del dolor.

Tratamiento local con irrigación antiséptica y enjuague bucal y alivio sintomático del dolor.

El tratamiento de primera línea es la descamación y el control químico de la placa y el enjuague bucal.

Oral health division, Ministry of Health Malaysia. Guidelines for treatment of odontogenic infections in hospitalized adults. 3rd ed. Malaysia; 2019 University of Michigan. Guidelines for treatment of odontogenic infections in hospitalized adult. Michigan; 2021

Wilder R, Moretti A. Overview of gingivitis and periodontitis in adults. In: Deschler D, Kunins L, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2019. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gingivitis-and-periodontitis-in-adults?search=Necrotising%20gingivitis&source=search_result&selectedTitle=1-9&usage_type=default&display_rank=1#H858625715

Capítulo 6. ORL / Infecciones del tracto respiratorio

Patología	Antimicrobiano
Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños La neumonía es una inflamación aguda del parénquima pulmonar. Los niños suelen presentar tos, dificultad para respirar y fiebre. Los signos clínicos incluyen ruidos respiratorios bronquiales y crepitantes focales. En lactantes <12 meses, la bronquiolitis es una causa más frecuente de respiración acelerada y tiraje torácico que la neumonía.	<i>Bebés menores de 3 meses:</i> Admitir en el hospital. Ampicilina 50 mg/kg EV TID MÁS Gentamicina 5 mg/kg EV OD <i>Lactantes y niños mayores de 3 meses:</i> <i>Leve:</i> Amoxicilina 40 mg/kg (máx. 1 g) VO BID <i>Moderada:</i> Ampicilina 50 mg/kg (máx. 2 g) EV TID <i>Si se sospecha infección atípica (Mycoplasma, Legionella, B. pertussis) AGREGAR:</i> Azitromicina 10 mg/kg IV/VO OD <i>Grave:</i> Ceftriaxona 50 mg/kg (máx. 2 g) EV OD MÁS Azitromicina 10 mg/kg IV/VO OD <i>Si hay un derrame paraneumónico o si se considera probable el Staphylococcus aureus, agregar:</i> Cloxacilina 50 mg/kg (máx. 2 g) EV QID (ver apéndice H para intervalos de dosificación en neonatos)
Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos Para adultos con neumonía, utilizar la puntuación CORB para evaluar la gravedad: C = confusión aguda = 1 O = saturación de oxígeno $\leq 90\%$ = 1 R = frecuencia respiratoria ≥ 30 = 1 B = presión arterial <90 mmHg sistólica o <60 mmHg diastólica = 1 Tratar como grave si la puntuación ≥ 2	<i>Leve:</i> Amoxicilina 1g VO TID <i>Alternativa:</i> Penicilina procaina 2,5 millones de UI (1,5 g) IM OD O Doxiciclina 100 mg VO BID <i>Moderado:</i> Bencilpenicilina 2 millones de UI (1,2 g) EV QID MÁS Doxiciclina 100 mg VO BID <i>Alternativa:</i> <i>Si la bencilpenicilina no está disponible, reemplazar con:</i> Ampicilina 1g EV QID

Comentarios y duración de la terapia

Si mal estado general, extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia.

Si la tos durante más de 3 semanas, o pérdida de peso asociada o contacto con TB, considerar la TB en el diagnóstico diferencial.

La neumonía grave en los niños se asocia con gruñidos, tiraje torácico, saturación de oxígeno <90% o signos de gravedad que incluyen incapacidad para alimentarse, letargo o convulsiones. Consultar **Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)** en adultos a continuación para saber cuándo sospechar una infección por *Staphylococcus aureus*.

Duración:

Leve-Moderado: Tratar durante 3-5 días

Grave: Paso a antibióticos orales cuando mejore. Tratar por un total de 5-7 días.

Azitromicina: suspender después de 5 días.

Consultar **neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos** en el capítulo 6: ORL / infecciones del tracto respiratorio, sección de comentarios para obtener más estudios si no mejora a pesar de los antibióticos de amplio espectro.

Enviar cultivo de esputo en pacientes ingresados con neumonía moderada o grave, y pacientes con neumonía leve que no responden al tratamiento empírico. Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia en pacientes con signos de infección sistémica. Considerar realizar hisopos nasofaríngeos para influenza, virus respiratorio sincitial (VRS) y COVID-19.

En pacientes con NAC grave sospechar *Staphylococcus aureus* si se presenta alguno de los siguientes:

- » Progresión rápida a sepsis
- » Neumonía cavitaria o necrotizante
- » Consolidación multilobular
- » Múltiples abscesos pulmonares o empiema
- » Antecedentes significativos de infección de piel y tejidos blandos por *Staphylococcus*
- » Cocos Gram positivos en racimos en tinción de Gram de esputo

La neumonía adquirida en la comunidad está causada habitualmente por *Streptococcus pneumoniae*. Las bacterias atípicas, incluidas *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydophila pneumoniae* y *Legionella* spp. También son causas importantes de NAC. Estos organismos atípicos no se tratan adecuadamente con antibióticos betalactámicos; esta es la justificación para la inclusión de doxiciclina o azitromicina en los regímenes de tratamiento empírico.

Si la tos persiste por más de 2 a 3 semanas, investigue en busca de TB.

Neumonía nosocomial

Neumonía que se desarrolla más de 48 horas después del ingreso al hospital. típicamente se presenta con fiebre, esputo purulento, nuevo infiltrado radiológico, marcadores inflamatorios elevados y deterioro en el intercambio de gases.

Modificar a antibióticos orales cuando el paciente mejore clínicamente y según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar tratamiento empírico para neumonía leve.

Grave:

Ceftriaxona 2 g EV OD

MÁS

Azitromicina 500 mg EV/VO OD

Si se considera probable Staphylococcus aureus
AGREGAR:

Dosis de carga de vancomicina EV 25-30 mg/kg EV, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.

Alternativa:

Cloxacilina 2g Q4H EV

Si no hay mejoría después de 48 horas o ingreso en la UCI con neumonía, modificar a:

Meropenem 1 g EV TID

MÁS

Azitromicina 500 mg EV OD

Y considerar agregar cobertura anti- SARM.

Modificar a antibióticos orales cuando el paciente mejore clínicamente, según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina 1g VO TID

Leve:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6.25 mg/kg) VO BID

Moderado a Grave:

Ceftriaxona 1g (niño: 50mg/kg) EV BID

Paso a antibióticos orales si mejoría clínica, según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

Si no mejora después de 48 horas y los resultados de microbiología no están disponibles para el tratamiento directo, modificar a:

Meropenem 1 g (niños 25 mg/kg) EV TID

Duración:

Leve: Tratar durante 5-7 días

Moderada: Cambio a antibiótico oral si mejoría clínica. Tratar durante un total de 7 días.

Grave: suspenda la azitromicina después de 5 días. Modificar a antibióticos orales si mejoría clínica y tratar durante un total de 7 a 10 días.

Si no mejora a pesar de los antibióticos de amplio espectro, considerar lo siguiente:

- » Pruebas de TB
- » CXR y/o TC para valorar empiema, absceso, tumor
- » Prueba de VIH

Causa de presentación no infecciosa (por ejemplo, edema pulmonar, enfermedad tromboembólica pulmonar)

Realizar hemocultivos antes de administrar antibióticos en pacientes con afectación sistémico y enviar cultivo de esputo en todos los pacientes.

La mayoría de las neumonías nosocomiales son causados por microaspiración de bacterias que colonizan la orofaringe. La hospitalización prolongada puede provocar cambios en la flora orofaríngea, con un aumento de la colonización por gramnegativos.

En ausencia de mejoría a pesar de los antibióticos de amplio espectro, considerar repetir la CXR y/o TC para buscar complicaciones como derrame pleural, empiema o absceso.

Duración:

Leve: Tratar durante 7 días

Moderado a Grave: paso a oral si mejoría clínica. Tratar durante 7-10 días

Neumonía asociada a ventilación mecánica

Neumonía que se desarrolla en pacientes que han estado ventilados mecánicamente más de 48 horas. Típicamente se presenta como fiebre, aumento o purulencia de las secreciones de las vías respiratorias inferiores, nuevos infiltrados radiológicos, marcadores inflamatorios elevados y deterioro en el intercambio de gases.

Meropenem 1 g (niños 25 mg/kg) EV TID

Si se considera probable Staphylococcus aureus
AGREGAR:

Dosis de carga de vancomicina 25-30 mg/kg EV, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.

Modificar a antibióticos orales si mejoría clínica, según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:
Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

Neumonía por aspiración

Infección bacteriana causada por la aspiración de organismos de la orofaringe. Las aspiraciones menores y la aspiración sin evidencia de infección no requieren tratamiento.

Bencilpenicilina 2 millones de UI (1,2 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV QID

Alternativa:

Ampicilina 1g (niño: 50mg/kg) EV TID

Si se sospecha de organismos anaerobios,
AGREGAR:

Metronidazol 500 mg (niños: 12,5 mg/kg) EV/VO BID

Si se considera probable Staphylococcus aureus
AGREGAR:

Dosis de carga de vancomicina 25-30 mg/kg EV, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.

O

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID

Modificar a antibióticos orales si mejoría clínica, según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina 1 g VO TID (niños: 40 mg/kg VO BID)

O (si se sospecha *Staphylococcus* o anaerobios)

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

En todos los pacientes enviar aspirado traqueal para cultivo y enviar hemocultivos previos a antibióticos.

Modificar de meropenem a cobertura antibiótica específica tan pronto como estén disponibles los resultados del cultivo y la sensibilidad a los antibióticos, para minimizar el desarrollo de resistencia a los antibióticos en la UCI.

Consultar **neumonía adquirida en la comunidad (NAC)** en adultos en el Capítulo 6: ORL / Infecciones del tracto respiratorio, revisar cuándo sospechar neumonía por *Staphylococcus aureus*.

Si no hay mejoría a pesar de los antibióticos de amplio espectro, considerar repetir la CXR y/o TC en busca complicaciones como derrame pleural, empiema o absceso.

Duración:

Modificar a orales si mejoría clínica. Tratar durante 7-10 días

Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia en pacientes con signos de infección sistémica y enviar cultivo de esputo en todos los pacientes.

Los organismos causales pueden ser estreptococos orales, anaerobios, ocasionalmente BGN y *Staphylococcus aureus*.

La cobertura anaeróbica solo debe considerarse en el contexto de enfermedad periodontal grave, esputo maloliente o consumo peligroso de alcohol.

Consultar **neumonía adquirida en la comunidad (NAC)** en adultos en el capítulo 6: orl / infecciones del tracto respiratorio, para saber cuándo sospechar neumonía por *Staphylococcus aureus*.

Duración:

Modificar a antibióticos orales si mejoría clínica. Tratar durante 7 días.

Absceso pulmonar y empiema en adultos

El absceso pulmonar se debe a la necrosis del tejido pulmonar y la formación de cavidades que contienen restos necróticos y líquido purulento. Los abscesos pulmonares pueden ser causados por la aspiración de bacterias orales (organismos polimicrobianos, incluidos los anaerobios), una complicación de neumonía (p. ej., *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*) o una complicación metastásica de bacteriemia (p. ej., *Staphylococcus aureus*).

El empiema es una acumulación de pus en el espacio pleural y generalmente ocurre como una complicación de la neumonía. El drenaje adecuado es esencial para la curación del empiema. Solicitar valoración por Cirugía.

Leve a moderado:

Bencilpenicilina 2 millones de UI (1,2 g) EV QID
MÁS
Metronidazol 500 mg EV/VO BID

Alternativa:

Si la bencilpenicilina no está disponible, :
Ampicilina 1g EV TID

Grave:

Ceftriaxona 2g EV BID
MÁS
Clindamicina 600 mg EV/VO TID

Alternativa:

Si la clindamicina no está disponible, reemplazar con:
Metronidazol 500 mg EV BID
Si el paciente está en shock séptico, tratar con:
Meropenem 1 g EV TID
Y

Vancomicina dosis de carga de 25-30 mg/kg IV, posteriormente ajustar dosis según el apartado de dosificación de vancomicina.

Alternativa:

Vancomicina dosis de carga de 25-30 mg/kg IV, posteriormente ajustar dosis según el apartado de dosificación de vancomicina.
MÁS

Amikacina 28 mg/kg EV OD como primera dosis en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar el apartado de **dosificación de aminoglucósidos.**

Si la amikacina no está disponible y es probable que el paciente tenga una función renal normal, agregar gentamicina 7 mg/kg EV en la primera dosis. Si es probable que la función renal sea anormal, administrar gentamicina 4-5 mg/kg.

Paso a antibióticos orales cuando el paciente mejore clínicamente, según resultados de susceptibilidad antimicrobiana. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO TID

Alternativa:

Cefuroxima 500 mg VO BID
MÁS
Metronidazol 500 mg VO BID
O
Amoxicilina 1 g VO TID
MÁS
Metronidazol 500 mg VO BID

Tomar hemocultivos previos a los antibióticos y enviar cultivo de esputo en todos los pacientes. Enviar aspirado de líquido pleural para cultivo, prueba de TB si está indicado y bioquímica.

Modificar antibióticos de acuerdo con los resultados de los cultivos y las susceptibilidades cuando estén disponibles.

Duración:

Modificar a antibioterapia oral cuando el paciente mejore clínicamente. Tratar durante un total de 3-4 semanas.

En ausencia de mejoría clínica a pesar de tratamiento antibiótico y drenaje, y si no hay resultados microbiológicos disponibles, considerar diagnóstico alternativo:

- » Tuberculosis
- » Nocardia
- » Criptococo
- » Melioidosis
- » Causa no infecciosa (por ejemplo, tumor, vasculitis).

Consultar **bacteriemia por *Staphylococcus aureus*** en el capítulo 12: sepsis y terapia dirigida para infecciones del torrente sanguíneo si está presente.

Absceso pulmonar y empiema en niños

Un drenaje adecuado es esencial. Solicitar valoración por Cirugía para considerar la inserción de un drenaje intercostal.

Ceftriaxona 50 mg/kg (máx. 2 g) EV BID
MÁS

Clindamicina 15 mg/kg (máx. 600 mg) EV/VO TID

Bronquiectasias – exacerbación aguda

La bronquiectasia es la dilatación anormal irreversible de uno o más bronquios con inflamación crónica de las vías respiratorias. Las características clínicas incluyen producción crónica de esputo, infecciones torácicas recurrentes y obstrucción del flujo de aire.

Una exacerbación de las bronquiectasias es un deterioro agudo de los síntomas de un paciente con respecto a su valor inicial habitual, que se manifiesta por un aumento de la tos, el volumen o la purulencia del esputo, la disnea, la hipoxia o la fiebre. Los pacientes solo deben ser tratados con antibióticos durante una exacerbación aguda.

Leve a moderada:

Amoxicilina 1 g (niños: 25 mg/kg) VO TID

Alternativa:

Doxiciclina 100 mg VO BID

O

Cloranfenicol 500 mg (niños 10 mg/kg) VO QID

Grave:

Bencilpenicilina 2 millones de UI (1,2 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV, QID

MÁS

Ciprofloxacino 500 mg (niños 10 mg/kg) VO BID

Si no mejora después de 48 horas y los resultados de microbiología no están disponibles, modificar a:
Meropenem 1 g (niños 25 mg/kg) EV TID

Modificar a antibióticos orales cuando el paciente mejore clínicamente, según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

*Ante sospecha de infección por *Pseudomonas*:*

Ciprofloxacino 500 mg (niños 15 mg/kg) VO BID

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – exacerbación aguda

Una exacerbación de la EPOC es un deterioro agudo de los síntomas de un paciente desde su línea de base habitual, que se

Solo utilizar antibióticos si el paciente tiene síntomas que sugieran una infección bacteriana.

Amoxicilina 500 mg VO TID

Alternativa:

Doxiciclina 100 mg VO BID

Extraer hemocultivos antes de administrar antibióticos. Enviar aspirado de líquido pleural para cultivo, prueba de TB si está indicado y bioquímica.

En ausencia de mejoría clínica a pesar del drenaje adecuado y ausencia de resultados microbiológicos, considerar diagnósticos alternativos como:

- » Tuberculosis
- » Infección por *Nocardia*
- » Melioidosis

Duración:

Desescalar a antibioterapia oral en función de las susceptibilidades cuando el paciente mejore clínicamente. Tratar por un total de 3-6 semanas.

Enviar cultivo de esputo y, si hay afectación general, enviar hemocultivos antes de administrar antibioterapia. Considerar realizar hisopos nasofaríngeos para influenza, VRS y COVID-19.

Los pacientes con bronquiectasias suelen estar colonizados por patógenos como *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Los cultivos de esputo deben interpretarse en el contexto clínico, ya que los organismos aislados pueden estar colonizando en lugar de causar infección. Si el paciente presenta mejoría clínica con los antibióticos empíricos, no hay necesidad de modificar los antibióticos si se aísla un organismo resistente a partir de cultivos de esputo.

Duración:

Tratar durante 10-14 días.

Considerar realizar hisopos nasofaríngeos para influenza, VRS y COVID.

El aumento del volumen del esputo, el aumento de la purulencia del esputo o el cambio de color y la fiebre pueden sugerir una causa bacteriana.

si hay consolidación en la cxr, tratar como **neumonía adquirida en la comunidad**.

manifiesta por un aumento de la tos, el volumen o la purulencia del esputo, la disnea, la hipoxia o la fiebre. Las exacerbaciones agudas pueden desencadenarse por una infección viral o bacteriana, o por causas no infecciosas. Los virus respiratorios son la causa más común.	
Asma – Exacerbación Aguda La mayoría de las infecciones respiratorias que desencadenan las exacerbaciones del asma son virus. El uso rutinario de antibióticos no es beneficioso.	Evite el uso rutinario de antibióticos.
Bronquitis aguda Caracterizado por inflamación y broncoespasmo de las vías respiratorias con tos, sibilancias y dificultad respiratoria.	Evitar el uso rutinario de antibióticos
Bronquiolitis La bronquiolitis aguda es una infección viral de las vías respiratorias bajas en niños <24 meses, que típicamente ocurre en epidemias anuales y se caracteriza por obstrucción de las vías respiratorias y sibilancias en el pecho. El VRS es la causa más común, y la infección bacteriana secundaria es poco común (<2%).	<i>Si se indican antibióticos, dar:</i> Ampicilina 50 mg/kg IM/IV QID
Tuberculosis (TB) La TB es una enfermedad infecciosa que se transmite por gotitas en el aire que contienen el complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Los síntomas y signos incluyen tos persistente durante más de dos semanas, hemoptisis,	<i>Adulto:</i> Fase intensiva: Combinación fija de cuatro fármacos (rifampicina 150 mg / isoniazida 75 mg / pirazinamida 400 mg / etambutol 275 mg) Dosificado según el peso corporal. <i>Fase de continuación:</i> Combinación fija de dos fármacos (rifampicina 150

Duración:

Tratar durante 5 días

Considerar realizar hisopos nasofaríngeos para influenza, VRS y COVID-19.
Si hay consolidación en la CXR, trate como **neumonía adquirida en la comunidad**.

La mayoría de los pacientes tienen una infección viral o antecedentes de exposición al humo del cigarrillo u otras sustancias tóxicas inhaladas.

Si hay consolidación en la cxr, esputo purulento y/o aumento del trabajo respiratorio, tratar como **neumonía adquirida en la comunidad**.

Considerar realizar hisopos nasofaríngeos para influenza, VRS y COVID.

Los antibióticos no están indicados de forma rutinaria, pero deben administrarse para enfermedades graves, lactantes < 2 meses o cuando se sospecha una infección bacteriana secundaria en base a los cambios en la CXR.

Si hay evidencia de sepsis, aspiración o consolidación aguda en la CXR, tratar como **neumonía adquirida en la comunidad**.

Duración:

Tratar durante 3 días.

Enviar esputo (y otras muestras relevantes) para TB GeneXpert, BAAR y cultivo. Si la sospecha de TB pulmonar es alta, pero el esputo es negativo, repetir la prueba de esputo dos veces más.

Todos los pacientes con TB deben hacerse la prueba del VIH. Controle la bioquímica y la función hepática en todos los pacientes en tratamiento antituberculoso.

Un caso de TB confirmado bacteriológicamente es aquel en el que una muestra biológica es positiva por microscopía o GeneXpert MTB/RIF, LPA o cultivo. Se considera

fiebre, dolor torácico, sudoración nocturna, letargo, anorexia y pérdida de peso.

Consultar las **Directrices integrales de TB de Timor-Leste para el Programa Nacional de Tuberculosis**.

Si se detecta o sospecha TB farmacorresistente, derivar a **Neumología y Enfermedades Infecciosas** si es posible.

mg / isoniazida 75 mg)

Dosificado según el peso corporal.

Niños:

Fase intensiva:

Combinación fija de tres fármacos (rifampicina 75 mg / isoniazida 50 mg / pirazinamida 150 mg)
Dosificado según el peso corporal.

Fase de continuación:

Combinación fija de dos fármacos (rifampicina 75 mg / isoniazida 50 mg)
Dosificado según el peso corporal.

Otitis media bacteriana aguda

Las infecciones virales de las vías respiratorias superiores suelen ir acompañadas de una inflamación leve del oído medio. La otitis media aguda es muy probable si hay un inicio agudo de los síntomas con una membrana timpánica eritematosa, protuberante e inmóvil o drenaje de pus del oído durante <2 semanas. El dolor por sí solo no es suficiente para el diagnóstico de otitis media. La mayoría no requiere antibióticos y se recupera solo con terapia de apoyo dentro de las 48 horas.

Sin perforación:

Amoxicilina 500 mg VO TID (niño 50 mg/kg VO BID)

Si no mejora después de 3 días, modificar a:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO BID

Alternativa:

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID

Con perforación:

Amoxicilina 500 mg VO TID (niño 50 mg/kg VO BID)
MÁS

Realizar limpieza del oído

MÁS

Solución de ciprofloxacino al 0,3 %, 5 gotas dos veces al día (el niño solo agrega si no responde después de 7 días de amoxicilina, dé 2 a 5 gotas cuatro veces al día).

Mastoiditis aguda

Infección de las celdillas mastoideas del hueso temporal. En los niños, la mastoiditis es una complicación rara de la otitis media aguda. En adultos, la mastoiditis puede ser una complicación de la otitis media suprativa crónica o del colesteatoma.

Adulto:

Ceftriaxona 2 g EV OD

MÁS

Cloxacilina 2g EV QID

Si no hay mejoras ni resultados de cultivo disponibles, considerar modificar a:

Meropenem 1g EV TID

diagnóstico clínico de TB cuando no se cumple con los criterios para la confirmación bacteriológica pero que ha sido diagnosticado con TB activa por un médico o cuando se ha administrado un ciclo completo de tratamiento de antituberculoso. Esta definición incluye casos diagnosticados sobre la base de anomalías radiológicas o histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio.

Duración:

Fase intensiva: tratar durante 2 meses.

Fase de continuación: tratar durante 4 meses.

Se debe interrogar a los pacientes adultos con TB pulmonar si tienen contactos familiares cercanos menores de 5 años, que tengan un alto riesgo de desarrollar la enfermedad después de una posible exposición. A los contactos cercanos se les debe ofrecer terapia preventiva contra la TB una vez que se excluya la TB activa.

Consultar **profilaxis de la tuberculosis neonatal** en el capítulo 11: **infecciones pediátricas** (neonatos, lactantes y niños) y tuberculosis pediátrica en el capítulo 11: **infecciones pediátricas** (neonatos, lactantes y niños)

Considerar enviar líquido del oído medio para cultivo si la respuesta a la terapia empírica es deficiente.

El aseo del oído consiste en limpiar el oído en seco con tiras de papel enrollado o similar, realizado QID hasta que el oído esté seco. Realizar antes de instilar gotas para los oídos. Las gotas para los oídos de gentamicina están contraindicadas en el caso de una membrana timpánica perforada debido al riesgo de ototoxicidad.

Duración:

Sin perforación: Tratar durante 5-7 días

Con perforación: Tratar durante 14 días

Puede ser necesaria la aspiración y drenaje del oído medio o mastoidectomía. Enviar muestras para cultivo.

Duración:

Adulto: tratar con antibióticos intravenosos durante 4 semanas y posteriormente modificar a antibióticos orales para completar el tratamiento total de 6 semanas.

Niño: tratar con antibióticos intravenosos durante al menos 5 días y posteriormente modificar a tratamiento oral cuando el paciente mejore clínicamente. Tratar un total de 12-15 días. Se requiere un tratamiento antibiótico más prolongado si hay complicaciones intracraneales.

Los síntomas incluyen pérdida auditiva conductiva y sensibilidad, hinchazón y dolor en zona retroauricular. Las complicaciones incluyen colecciones subperiósticas, subcutáneas, intratemporales o intracraneales y parálisis del nervio facial.

Considerar realización de TC y/o la RMN para detectar compromiso óseo o complicaciones intracraneales.
Consultar ORL

Otitis externa difusa aguda

A menudo causado por la ruptura de la piel en el canal auditivo externo después de una exposición excesiva al agua. *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* son organismos comunes.

La terapia tópica sola es suficiente en la mayoría de los casos de otitis externa difusa aguda.

Otitis externa necrotizante

Complicación rara de la otitis externa difusa aguda, que implica la propagación de la infección al cartilago y al hueso en el conducto auditivo externo y la base del cráneo. Ocurre principalmente en pacientes ancianos, inmunodeprimidos o diabéticos. *Pseudomonas aeruginosa* es la causa más frecuente

Considerar la TC y/o la RMN para detectar compromiso óseo o complicaciones intracraneales.

Niño:

Ceftriaxona 50 mg/kg EV OD

Adulto y niño: modificar a antibióticos orales cuando corresponda (ver duración), según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

Alternativa:

Azitromicina 10 mg/kg VO OD

O

Cefuroxima 15 mg/kg VO BID

Solución de Betametasona al 0,1 %/polimixina 5000U/bacitracina 400U 3 gotas en el oído(s) afectado(s) TID

MÁS

Aseo del oído (ver comentarios)

Alternativa:

Solución de betametasona al 0,1 %/ciprofloxacino al 0,3 % 3 gotas en los oídos afectados TID

MÁS

Aseo del oído (ver comentarios)

Para otitis externa con síntomas sistémicos, extensión de la inflamación al pabellón auricular o foliculitis, al tratamiento tópico AGREGAR:

Cloxacilina 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO QID

MÁS

Ciprofloxacino 750 mg (niños 15 mg/kg) VO BID

Meropenem 2g (niño 40mg/kg) EV TID

Alternativa:

Ciprofloxacino 400 mg (niños 10 mg/kg) EV TID

O

Ciprofloxacino 750 mg (niños 15 mg/kg) VO BID

Cambio a antibióticos orales al mejorar según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Ciprofloxacino 750 mg (niños 20 mg/kg) VO BID

Alternativa:

Levofloxacino 750 mg (niños 10 mg/kg) VO OD

Enviar un hiso para cultivo en pacientes con otitis externa grave o recurrente, y en pacientes inmunodeprimidos.

El canal auditivo debe mantenerse lo más seco posible durante el tratamiento y durante las 2 semanas siguientes. El aseo del oído consiste en limpiar el oído en seco con tiras de papel enrollado o similar, realizado QID hasta que el oído esté seco. Realizar antes de instilar gotas para los oídos.

Duración:

Otitis externa simple: tratar durante 5-7 días

Otitis externa con síntomas sistémicos, propagación de la inflamación al pabellón auricular o foliculitis: tratar durante 7 a 10 días

Considerar la posibilidad de otitis externa necrotizante en pacientes que no mejoran con el tratamiento anterior.

Enviar hisopos y muestras de tejido para cultivo antes de administrar antibioterapia. Enviar hemocultivos si signos de infección sistémica o paciente inmunocomprometido. Considerar biopsia si no se aísla ningún patógeno de otros cultivos y el paciente no mejora con la terapia empírica.

Duración:

Modificar a antibioterapia oral cuando el paciente mejore clínicamente. Tratar durante un total de 6-8 semanas.

Consultar a **ORL y Enfermedades infecciosas** cuando sea posible.

Sinusitis aguda

A menudo ocurre tras infecciones virales del tracto respiratorio superior. Las causas comunes de rinosinusitis bacteriana son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. La mayoría no requiere antibióticos y se recupera únicamente con tratamiento de soporte dentro de los 10 días.

Evitar el uso rutinario de antibióticos.

Si se indican antibióticos (ver comentarios), utilizar:

Amoxicilina 500 mg (niños: 15 mg/kg) VO TID

Alternativa:

Fenoximetilpenicilina 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO QID

0

Doxiciclina 100 mg dos veces al día

Si los síntomas empeoran después de la mejoría inicial, solicitar valoración por ORL y modificar pauta a:
Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD

Faringitis / amigdalitis

Los virus son una causa frecuente, pero también puede estar causada por *Streptococcus pyogenes*. No se ha demostrado que sea posible distinguir la faringitis viral de la bacteriana basándose únicamente en los hallazgos clínicos. En Timor-Leste, debido a la alta incidencia de cardiopatía reumática, alguien que presenta dolor de garganta con dolor o hinchazón o exudado, con o sin fiebre asociada o linfadenopatía, debe ser tratado por presunta faringitis por *Streptococcus pyogenes*.

Penicilina benzatínica 1,2 millones de UI (900 mg) (niño <20 kg 0,6 millones de UI (450 mg)) IM

Alternativa:

Fenoximetilpenicilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO BID

0

Amoxicilina 500 mg (niños 25 mg/kg) VO BID

0

Azitromicina 500 mg (niños 12 mg/kg) VO OD

Absceso periamigdalino

Se presenta con trismus, dolor de garganta unilateral grave, fiebre alta, cambio de voz. La mayoría de los abscesos son polimicrobianos; los patógenos incluyen *Streptococcus pyogenes* y *Fusobacterium* spp.

Vigilar a los pacientes en busca de signos de obstrucción de las vías respiratorias.

El drenaje adecuado es esencial, por lo general requiere aspiración en el hospital.

Bencilpenicilina 2 millones de UI (1,2 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV, QID

Alternativa:

Ampicilina 2 g (niño 50 mg/kg) EV QID

0

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID

Cambio a antibióticos orales cuando el paciente mejore clínicamente, según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:

Fenoximetilpenicilina 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID

0

Amoxicilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO TID

0

Clindamicina 450 mg (niños 10 mg/kg) VO TID

Considerar antibióticos en pacientes con fiebre alta durante más de 3 días o síntomas graves durante más de 5 días, que incluyen secreción nasal purulenta, sensibilidad en los senos paranasales o dolor de muelas maxilares.

Los pacientes con características graves o síntomas que empeoran después de mejoría inicial pueden requerir una revisión otorrinolaringológica y considerar una endoscopia nasal o una intervención quirúrgica.

Duración:

Tratar durante 7 días

Es importante completar el ciclo de antibióticos incluso después de la recuperación para prevenir la cardiopatía reumática.

Duración:

Penicilina benzatínica: dosis única solamente

Fenoximetilpenicilina o amoxicilina: tratar durante 10 días

Azitromicina: tratar durante 5 días

Consultar **Profilaxis Secundaria de la Fiebre Reumática** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica.

Enviar líquido de aspirado para cultivo.

Duración:

Modificar a antibioterapia oral 1-2 días después del drenaje del absceso una vez que el paciente mejore. Tratar por un total de 10 días.

Epiglotitis aguda / supraglotitis

Esta es una infección potencialmente mortal causada por la infección de la epiglotis y las estructuras circundantes. Los patógenos incluyen *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pyogenes*.

Todos los pacientes requieren hospitalización urgente, con vigilancia intensiva por obstrucción de la vía aérea. Derive a todos los pacientes a **ORL** y/o **Anestesia** para el manejo de las vías respiratorias.

Difteria

Causada por *Corynebacterium diphtheriae*, productor de toxinas. La difteria puede presentarse como una enfermedad respiratoria o cutánea con posibles complicaciones cardíacas, neurológicas o renales. La presentación respiratoria puede ser rápidamente fatal debido al riesgo de obstrucción de la vía aérea superior por una pseudomembrana.

Todos los pacientes requieren hospitalización urgente, con estrecha vigilancia de la obstrucción de las vías respiratorias. Remitir a todos los pacientes a **ORL**. La antitoxina diftérica es el tratamiento primario, sin embargo, actualmente no está disponible en Timor-Leste.

Ceftriaxona 1 g (niño 50 mg/kg) EV OD (si el paciente requiere UCI usar dosificación BID)

Alternativa:

Levofloxacin 750 mg (niños 10 mg/kg) EV OD

Cambio a antibióticos orales al mejorar según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:
Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID

Alternativa:

Levofloxacin 750 mg (niños 10 mg/kg) VO OD

Bencilpenicilina 2 millones de UI (1,2 g) (niño 50 000 UI (30 mg) /kg) EV, QID

Alternativa:

Ampicilina 2 g (niño 50 mg/kg) EV QID

O

Azitromicina 500 mg (niños 10 mg/kg) EV OD

Cambio a antibióticos orales al mejorar según resultados de susceptibilidad. Si los resultados de susceptibilidad no están disponibles, utilizar:
Fenoximetilpenicilina 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID

O

Amoxicilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO TID

O

Azitromicina 500 mg (niños 10 mg/kg) VO OD

Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia. En caso de sepsis, administrar antibióticos dentro de la primera hora de la presentación.

En niños, minimizar la angustia, los exámenes innecesarios y los procedimientos invasivos.

Duración:

Modificar a antibióticos orales cuando el paciente presenta mejoría clínica. Tratar por un total de 7-10 días

Limpiar la membrana y el material bajo la membrana para cultivo. Transportar los hisopos al laboratorio tan pronto como sea posible e informar al laboratorio de la sospecha de diagnóstico.

En ausencia de evidencia microbiológica, debe haber una fuerte sospecha clínica de difteria cuando se forma una membrana de color blanco azulado o gris en la garganta o en las amígdalas en el contexto de dolor de garganta, febrícula y linfadenopatía cervical. La membrana normalmente sangra al rasparla.

Un ECG puede ser útil para controlar la miocarditis inducida por toxinas y sus complicaciones, como arritmias graves.

Duración:

Paso a antibioticoterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica.

Fenoximetilpenicilina o Amoxicilina: Tratar por un total de 14 días.

Azitromicina: Tratar por un total de 5 días.

Referencias

American Academy of Pediatrics. Tables of antibacterial drug dosages. In: Kimberlin D, Brady M, Jackson M, Long S, editors. Red Book 2018 Report of the Committee on Infectious diseases. 31st ed. Itasca, IL; 2018

ARF/RHD technical working group. Timor-Leste guidelines for the prevention and management of acute rheumatic fever (ARF) and rheumatic heart disease (RHD). Timor-Leste: Ministerio da Saude; 2021

Brook I. Anaerobic bacteria in upper respiratory tract and head and neck infections: microbiology and treatment. *Anaerobe* 2012; 18(2):214-220. Doi: 10.1016/j.anaerobe.2011.12.014

Desrosiers M, Evans G, Keith P, Wright E, Kaplan A, Bouchard J, et al. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2011; 7(2). <https://doi.org/10.1186/1710-1492-7-2>

eTG complete. Ear, nose and throat infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Respiratory Tract Infections: other than pneumonia. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Respiratory Tract Infections: pneumonia. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Mathur S, Fuchs A, Bielicki J, Van Den Anker J, Sharland M. Antibiotic utilization for community-acquired pneumonia in neonates and children: WHO

evidence review. *Paediatr Int Child Health* 2018; 38 (suppl 1):S66-75. Doi: 10.1080/20469047.2017.1409455.

Ministerio da Saude. Comprehensive TB guidelines for national tuberculosis control program. 5th ed. Dili: Ministerio da Saude, World Health Organisation; 2020 National institute for health and care excellence. Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing, NICE guideline [NG79]. UK; 2017.

National institute for health and care excellence. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing, NICE guideline [NG84]. UK; 2018.

Rosenfeld R, Schwartz S, Cannon C, Roland P, Simon G, Kumar K, et al. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 150(Suppl 1): S1-24. Doi: 10.1177/0194599813517083

Rubin J. Malignant (necrotizing) external otitis. In: Edwards M, Durand M, Bogorodskaya M, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc;2022. https://www.uptodate.com/contents/malignant-necrotizing-external-otitis?search=necrotizing%20otitis%20externa&source=search_result&selectedTitle=1~13&usage_type=default&display_rank=1

Schilder A, Chonmaitree T, Cripps A, Rosenfeld R, Casselbrant M, Haggard M, et al. Otitis media. *Nat RIV Dis Primers* 2016; 2 (1):16063. Doi: 10.1038/nrdp.2016.63 Thomas J, Berner R, Zahnert T, Dazert S. Acute Otitis Media – a structured approach. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (9):151-160. Doi: 10.3238/arztebl.2014.0151

Capítulo 7. Infecciones Oculares

Patología	Antimicrobiano
Blefaritis Inflamación de los márgenes palpebrales divididos anatómicamente en anterior y posterior. Anterior se refiere a la inflamación centrada principalmente alrededor de las pestañas y los folículos, mientras que la blefaritis posterior involucra las glándulas de Meibomio.	<i>Anterior:</i> Higiene del párpado con compresas tibias diarias y frotamiento suave <i>Posterior:</i> Higiene de la tapa (como arriba) inicialmente. <i>Si no hay mejoría utilizar:</i> Doxiciclina 100 mg (niños ≥ 8 años: 2 mg/kg) VO OD
Orzuelo externo Absceso de pequeña glándula sebácea asociada a la pestaña. Cuando se infecta, generalmente es una infección estafilocócica. La mayoría de los orzuelos no requieren ninguna terapia aparte de las compresas calientes. Si la lesión no se reduce de tamaño en 1-2 semanas, consultar a oftalmología para considerar la incisión y el drenaje.	Considerar compresas calientes BID. Hay poca evidencia de que el tratamiento con antibióticos tópicos mejore el resultado, solo considerar esto en pacientes con orzuelo frecuente que no logran una mejoría adecuada con compresas tibias y eliminación de restos del borde del párpado. <i>Adultos:</i> Pomada de tetraciclina al 1 % aplicada en el ojo afectado por la noche + pomada de cloranfenicol al 1 % o colirio al 0,5 % QID. <i>Niño:</i> Pomada de tetraciclina al 1% aplicada en el ojo afectado TID-QID
Orzuelo Interno (Absceso de Meibomio) Absceso de la glándula de Meibomio generalmente causado por <i>Staphylococcus aureus</i>. La glándula es a menudo sensible.	Considerar compresas calientes BID. Si hay signos de celulitis, consultar el capítulo Celulitis Pre-septal y Orbitaria en infecciones oculares.
Endoftalmitis Patología inflamatoria de la cavidad intraocular generalmente causada por una infección. La presentación suele ser aguda	<i>Intravítreo:</i> Vancomicina 2mg en 0,1ml MÁS Ceftazidima 2mg en 0,1ml MÁS Dexametasona 0,01 mg en 0,1ml

Comentarios y duración de la terapia

La etiología exacta no está clara, pero la infección puede ser una complicación de la dermatitis seborreica o acné rosácea con participación secundaria de *Staphylococcus* o *Streptococcus*.

Duración:

Tratar durante 3-8 semanas

La eliminación de la pestaña a menudo ayuda a la resolución

Los antibióticos tópicos no están indicados. La incisión y el drenaje a veces son necesarios para el absceso de Meibomio persistente o recurrente

Enviar muestras de humor vítreo para cultivo.

El retraso en el tratamiento puede resultar en pérdida de la visión/pérdida del ojo.

No utilizar antibióticos tópicos si sospecha una lesión ocular abierta, ya que los conservantes son tóxicos para el endotelio/contenido intraocular.

con deterioro de la visión, edema palpebral, ojo congestionado, enrojecimiento y dolor. También puede ocurrir como una complicación grave de la cirugía de cataratas, después de una lesión ocular penetrante o como resultado de una infección bacteriana metastásica.

Requiere revisión **oftalmológica**.

Consultar el capítulo Sepsis y Terapia Dirigida para Infecciones del torrente sanguíneo.

Conjuntivitis bacteriana

Se presenta como ojo rojo e irritación ocular con secreción purulenta pegada al párpado. Los síntomas suelen comenzar de forma unilateral. Muchos casos se resolverán espontáneamente dentro de 5 a 7 días.

La conjuntivitis en el período neonatal requiere tratamiento urgente. Consultar el capítulo **Conjuntivitis Neonatal u Oftalmía Gonocócica Neonatorum** en infecciones pediátricas (neonatos, lactantes y niños).

Tracoma

Un diagnóstico clínico en el contexto de la conjuntivitis crónica. Causado por *Chlamydia trachomatis*, el tracoma es la principal causa de ceguera infecciosa prevenible en el mundo.

Celulitis pre-septal

Infección de tejidos blandos de los párpados anteriores al tabique orbitario. La visión y el rango de movimiento ocular son normales.

En caso de demora de revisión oftalmológica, administrar:

Ciprofloxacino 750 mg (niños 20 mg/kg) VO BID MÁS

Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina

A menudo no se requieren antibióticos.

Si es grave o no se resuelve, utilizar:

Pomada de cloranfenicol al 1 % o colirio al 0,5 % 1 gota en el ojo afectado 1 o 2 horas durante las primeras 24 horas. A partir de entonces QID.

Alternativa:

Pomada de tetraciclina al 1 % para el ojo afectado TID

Azitromicina 1g (niños >6 meses 20mg/kg) VO por 1 dosis

Alternativa o si tiene menos de 6 meses:

Pomada de tetraciclina al 1% BID en ambos ojos durante al menos 6 semanas. Repita después de un intervalo de 6 meses durante otras 6 semanas si es necesario.

Leve:

Cloxacilina 500 mg (niños 12,5 mg/kg) PO QID

Alternativa:

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID

La endoftalmitis endógena resulta de la siembra de microorganismos a partir de una infección del torrente sanguíneo. Si este es el diagnóstico, extraer dos pares de hemocultivos antes de administrar antibioterapia y considerar la posibilidad de endocarditis. Identificar y tratar la infección subyacente primaria con antibióticos sistémicos además de antibióticos intravítreos. Si la infección primaria no está clara, utilizar ciprofloxacino y vancomicina.

Duración:

Depende de la respuesta clínica y del origen de la infección. Solicitar valoración por oftalmología.

El cloranfenicol puede causar reacciones de hipersensibilidad por contacto que pueden ser graves.

Si no responde a la terapia con antibióticos, dolor significativo, pérdida de visión o fotofobia, remitir inmediatamente al oftalmólogo.

Duración:

Tratar durante un total de 7 días.

En áreas con alta prevalencia de tracoma, se recomienda lavarse la cara con regularidad y tratar a todos los contactos del hogar. No es frecuente en Timor-Leste.

Tomar hemocultivos si el paciente presenta mal estado general.

Duración:

Modificar a antibióticos orales cuando mejore, tratar por un total de 7 días.

	O Clindamicina 450 mg (niños 10 mg/kg) VO TID <i>Moderado o Grave:</i> Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID <i>Alternativa:</i> Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID
Celulitis orbitaria Por lo general, surge de la infección de los senos paranasales o después de un traumatismo orbitario. Los síntomas clínicos incluyen visión reducida, movimiento extraocular limitado o doloroso o proptosis. Se requiere derivación urgente a Oftalmología por posible drenaje. Considerar la realización de TC	Cloxacilina 2g (niño: 50mg/kg hasta 2g) EV QID MÁS Ceftriaxona 2 g (niño: 50 mg/kg) EV OD <i>Alternativa:</i> Si la cloxacilina no está disponible, reemplazar con: Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID O Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID <i>Al mejorar, cambia a:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID
Úlcera corneal Los síntomas incluyen dolor y empeoramiento de la fotofobia. A menudo es evidente una pequeña mancha blanca en la córnea. Referir a Oftalmología. Si tiene apariencia dendrítica (patrón ramificado), consultar Ulceración Corneal Dendrítica a continuación.	Cloranfenicol al 1 % pomada o solución al 0,5 % 1 gota en el ojo afectado Q1H inicialmente <i>Alternativa:</i> Ciprofloxacino 0,3% solución Q1H La frecuencia debe disminuirse de acuerdo con la respuesta clínica bajo la supervisión de un oftalmólogo.
Úlcera corneal dendrítica causada por el virus Herpes Simplex (VHS)	Ungüento de aciclovir al 3 % para el ojo afectado cinco veces al día

Tomar hemocultivos si hay afectación general.

Los patógenos incluyen *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus spp.*, *Streptococcus spp.* y bacterias anaerobias. La infección puede ser causada por hongos en pacientes inmunodeprimidos o diabéticos. Ante sospecha clínica, se requiere cobertura antimicótica.

Duración:

Tratar durante un total de 14 días.

Considerar la posibilidad de un absceso cerebral si se observa una diseminación intracranial de la infección en la tc.

Consultar **absceso cerebral y empiema subdural** en el capítulo 4: infecciones del sistema nervioso central.

El oftalmólogo debe realizar un raspado corneal para el cultivo de la muestra.

La dosificación estricta por hora (incluso durante la noche) durante las primeras 48 horas mejora los resultados. Es posible que el tratamiento deba complementarse con inyección subconjuntival por parte de un oftalmólogo si hay pus presente en la cámara anterior.

La tinción con fluoresceína de la córnea facilita un diagnóstico clínico presuntivo de úlcera dendrítica. Como se trata de una infección viral, los antibióticos no tienen cabida en el tratamiento de esta afección.

Duración:

Tratar durante 14 días o hasta al menos 3 días después de la resolución completa

Consultar también **encefalitis** en el capítulo 4: infecciones del sistema nervioso central, **virus del herpes simplex genital** en el capítulo 8: infecciones genitales, **profilaxis/tratamiento del herpes simplex neonatal** en el capítulo 11: infecciones pediátricas (neonatos, bebés y niños) y **herpes simplex** en el capítulo 13: infecciones de piel y partes blandas

Úlcera corneal fúngica Sospechar si antecedente de traumatismo especialmente por madera o ramas de árboles. Referir a oftalmología inmediatamente	Colirio de natamicina, 1 gota cada 1-2 horas. Reduzca a TDS / QID después de 3-4 días.
Lesiones oculares no-perforantes	<i>Si no hay evidencia de infección:</i> Solo tratamiento sintomático, enjuague de ojos con agua limpia. <i>Si está infectado (secreción pegajosa):</i> Pomada de cloranfenicol al 1 % o solución al 0,5 % 1 gota en el ojo afectado 1 a 2 horas durante las primeras 24 horas. A partir de entonces QID.
Lesiones oculares perforantes/ lesiones de globo abierto Remitir inmediatamente a Oftalmología	Aplicar protector ocular. Dar: Ciprofloxacino 750 mg (niños 20 mg/kg) VO BID
Abrasión corneal sin infección	Pomada de cloranfenicol al 1 % y/o solución al 0,5 % 1 gota en el ojo afectado QID.
Dacriocistitis aguda Infección del saco naso lagrimal	Cloxacilina 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO QID Alternativa: Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID O Clindamicina 450 mg (10 mg/kg) VO TID
Dacriocistitis crónica Se presenta como lagrimeo ocular unilateral (ocasionalmente bilateral) con síntomas parecidos a la conjuntivitis durante meses o años.	Sin necesidad de antibióticos

El oftalmólogo debe realizar un raspado corneal con cultivo de la muestra.

Duración:

Tratar durante 2-3 semanas hasta la resolución de la infección.

Duración:

Tratar durante 7 días.

Duración:

Tratar durante 5-7 días

En caso de abrasión/lesión corneal con evidencia de infección, tratar como una **Úlcera Corneal**. La infección se sugiere por opacificación corneal alrededor de la lesión, enrojecimiento y secreción.

Duración:

Tratar durante 3 días.

Descarga de hisopado para cultivo.

Referir a Oftalmología para cirugía de dacriocistorrinostomía.

Duración:

Tratar durante 7 días

Remitir a Oftalmología para cirugía de dacriocistorrinostomía.

Referencias

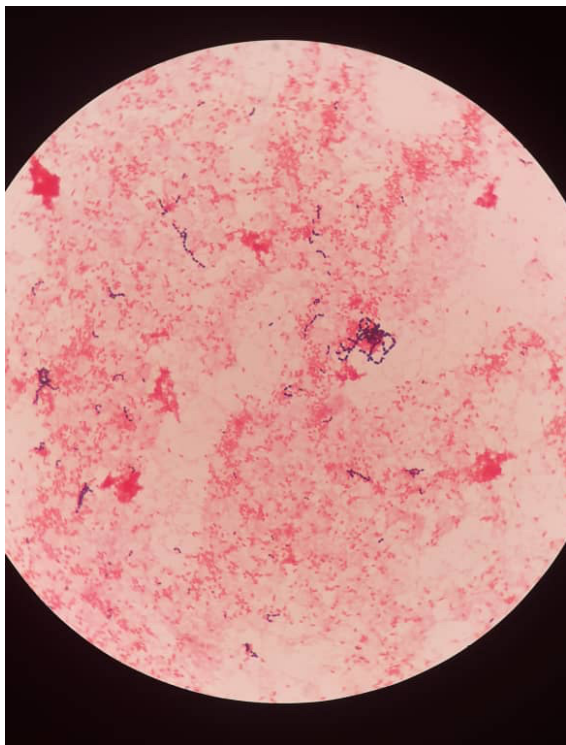
American Academy of Ophthalmology. 2019-2020 Basic and clinical science course: Pediatric ophthalmology and strabismus. USA; American Academy of Ophthalmology; 2020 American Academy of Ophthalmology. 2019-2020 Basic and clinical science course: Oculofacial plastic and orbital surgery. USA; American Academy of Ophthalmology; 2020 American Academy of Ophthalmology. 2019-2020 Basic and clinical science course: External Ocular disease and cornea. USA; American Academy of Ophthalmology; 2020 Chaudhuri Z, Vanathi M. Postgraduate ophthalmology. New Delhi; Jaypee Brothers Medical Publishers; 2012

eTG complete. Eye infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Pre-emptive treatment following a penetrating eye injury. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Kanski J, Bowling B. Clinical Ophthalmology: a systematic approach. 7th ed. Oxford: W B Saunders Co limited; 2011



Cocos grampositivos en cadena y bacilos gramnegativos en tinción gram

Capítulo 8. Infecciones Genitales

Cap
8

Patología	Antimicrobiano
Tricomoniasis <i>Trichomonas vaginalis</i> es un protozoo de transmisión sexual que infecta el epitelio escamoso del tracto urogenital. Es más frecuente en mujeres, en las que se presenta con una secreción espumosa maloliente, de color amarillo verdoso, prurito, ardor, disuria, dolor pélvico o dispareunia. En los hombres, la infección suele ser asintomática, pero puede causar secreción uretral o disuria. La infección por <i>Trichomonas</i> durante el embarazo se asocia con parto prematuro, ruptura temprana de membranas y bajo peso al nacer.	Metronidazol 500 mg VO BID (opción preferente en el embarazo) <i>Alternativa:</i> Metronidazol 2g VO dosis única Tratar empíricamente a las parejas sexuales con metronidazol en dosis única. Evitar la actividad sexual durante 7 días después del inicio del tratamiento.
Gonorrea <i>Neisseria gonorrhoeae</i> es una infección predominantemente de transmisión sexual. Se presenta como uretritis en hombres y cervicitis en mujeres. También puede afectar la garganta (faringitis), el recto (proctitis) o causar conjuntivitis. Los síntomas en las mujeres incluyen disuria, polaquiuria y flujo vaginal. Los síntomas en los hombres incluyen secreción uretral, disuria y polaquiuria. Los pacientes infectados también pueden ser asintomáticos. La infección diseminada se presenta como bacteriemia, erupción cutánea pustulosa y/o artritis infecciosa aguda.	Ceftriaxona 500 mg EV/IM dosis única MÁS Azitromicina 1g VO dosis única <i>Para la infección gonocócica diseminada:</i> Ver el capítulo Artritis Séptica en infecciones óseas y articulares, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> confirmada <i>Para profilaxis y tratamiento neonatal:</i> Consultar el Capítulo 11: Infecciones pediátricas (neonatos, lactantes y niños). Realizar pruebas y tratar a todas las parejas sexuales del paciente de los 60 días anteriores. Recomendar abstinencia sexual durante 7 días después del inicio del tratamiento.

Comentarios y duración de la terapia

Realizar microscopía en preparación húmeda de flujo vagina para detectar la presencia de tricomonas móviles. Medir pH: en la infección por tricomonas puede ser $>4,5$.

Si el diagnóstico no se ha podido confirmar, enviar un hisopo bacteriano para microscopía y cultivo, y enviar un hisopo viral (seco) para PCR multiplex.

Examinar a todos los pacientes para detectar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidos VIH y sífilis.

Duración:

Metronidazol 2g: Administrar dosis única. Metronidazol 500mg: Tratar durante 7 días. Prueba de curación con PCR 2 semanas después de finalizado el tratamiento.

Enviar la primera muestra de orina para PCR, torunda vaginal, uretra masculina, garganta y/o recto (lo que esté clínicamente indicado) con hisopo bacteriano para cultivo, e hisopo con hisopo viral (seco) para PCR. Si se sospecha infección sistémica enviar hemocultivo.

Las complicaciones incluyen abscesos uretrales y labiales, inflamación del epidídimo y los testículos, salpingitis aguda, peritonitis pélvica, absceso pélvico, embarazo ectópico, infertilidad, conjuntivitis grave e iritis.

Examinar a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluidos el VIH y la sífilis.

Duración:

Tratar con una sola dosis de ambos antibióticos.

Prueba de curación 2-3 semanas después de completar el tratamiento.

Infección por clamidia de uretra, endocérnix o recto.

Chlamydia trachomatis es una bacteria intracelular que puede causar dos enfermedades de transmisión sexual en adultos dependiendo del serotipo.

En los hombres, la clamidia se presenta con uretritis o proctitis y complicaciones, incluida la epididimitis. En mujeres, la infección suele ser subclínica o inespecífica. Las complicaciones incluyen cervicitis, salpingitis y endometriosis. La clamidia es la principal causa de infertilidad femenina en todo el mundo.

Clamidia - Linfogranuloma Venéreo (LGV).

Se manifiesta como una úlcera genital indolora transitoria seguida de linfadenopatía que se ulcera. Los hombres que tienen sexo con hombres a menudo presentan síntomas de proctitis. La infección por LGV puede complicarse con estenosis y fístulas anales.

Chancroide

Infección ulcerosa de transmisión sexual causada por *Haemophilus ducreyi*. Inicialmente se presenta con pápulas vesiculares dolorosas, que rápidamente se convierten en úlceras blandas con bordes irregulares y socavados. Las úlceras son hemorrágicas y pegajosas, y con frecuencia presentan infección secundaria. Una o dos semanas más tarde, los ganglios inguinales forman un "bubón" doloroso. Puede desarrollarse un seno con secreción y, con el tiempo, convertirse en una úlcera que se propaga. Las lesiones curan lentamente y recidivan de manera frecuente.

Azitromicina 1g VO dosis única

Alternativa:

Doxiciclina 100 mg BID

Si se trata empíricamente, para cubrir la posibilidad de infección por gonorrea AGREGAR:

Ceftriaxona 500 mg EV/IM dosis única

O

Cefixima 400mg VO monodosis

Realizar pruebas y tratar a todas las parejas sexuales del paciente durante los 60 días anteriores. Recomendar abstinencia sexual durante 7 días después del inicio del tratamiento.

Doxiciclina 100 mg VO BID

Alternativa:

Azitromicina 1g semanal

Examinar y tratar a todas las parejas sexuales del paciente. Recomendar abstinencia sexual hasta 3 semanas después del inicio del tratamiento.

Azitromicina 1g VO dosis única

Alternativa:

Ceftriaxona 500 mg EV/IM dosis única

O

Ciprofloxacino 500 mg VO BID

O

Pack ITS (Cefixima 400mg VO y Azitromicina 1g VO) monodosis

Tratar a todas las parejas sexuales del paciente en los 10 días anteriores al inicio de los síntomas, independientemente de los síntomas. Evitar actividad sexual hasta resolución de la úlcera.

Enviar primera muestra de orina para PCR, torunda vaginal, uretra masculina y/o recto (lo que esté clínicamente indicado) con hisopo bacteriano para cultivo, e hisopo con hisopo viral (seco) para PCR.

Examinar a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluidos el VIH y la sífilis.

Duración:

Azitromicina, Ceftriaxona, Cefixima: Administrar dosis única Doxiciclina: tratar durante 7 días.

Pruebe la cura 3 semanas después del inicio del tratamiento en pacientes embarazadas, con enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) o con infección anorrectal.

Consultar **Profilaxis Neonatal Contra Clamidia** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños).

Realizar frotis de la úlcera, el recto o el aspirado (lo que esté clínicamente indicado) con un hisopo viral (seco) para PCR.

Examinar a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluidos el VIH y la sífilis.

Duración:

Tratar durante 21 días

Test de curación con PCR a las 4 semanas de finalizado el tratamiento en pacientes que continúan sintomáticos, pacientes embarazadas y pacientes tratados con azitromicina.

Haemophilus ducreyi es difícil de cultivar; si se sospecha este diagnóstico, comunicarse con el laboratorio para obtener asesoramiento sobre cómo recolectar una muestra. Un cultivo negativo no excluye esta infección.

Examinar a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluidos el VIH y la sífilis.

Duración:

Azitromicina, Ceftriaxona: Administrar dosis única

Ciprofloxacino: Tratar durante 3 días

Si no hay evidencia de mejoría clínica dentro de una semana de tratamiento, considerar un diagnóstico alternativo.

Sífilis

Una ITS causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

Sífilis temprana (< 2 años)

Primaria: chancro indoloro.

Úlcera bien delimitada con bordes indurados y base limpia.

Secundaria: Fiebre, síntomas sistémicos, linfadenopatía y exantema no pruriginoso (lesiones maculopapulares, pustulosas, ulcerativas o mucosas). También puede ocurrir compromiso del SNC, tracto gastrointestinal, ocular, renal y del sistema musculoesquelético.

Latente temprana: Asintomática.

Sífilis tardía (> 2 años) Progresión de sífilis temprana no tratada.

Latente tardía: Asintomática

Terciaria: sífilis cardiovascular.

Neurosífilis. Goma sífilítica con granulomas de piel, huesos y vísceras. Debe realizarse punción lumbar para descartar neurosífilis.

Neurosífilis

Puede ocurrir en cualquier etapa de la sífilis. En todos los pacientes con sífilis, evaluar la disfunción cognitiva, la pérdida motora o sensorial, los trastornos oculares o auditivos, las parálisis de los nervios craneales o los síntomas o signos de meningitis. Si está presente, tratar como neurosífilis.

Sífilis temprana:

Penicilina benzatínica 2,4 millones de UI (1,8 g) dosis única IM

Alternativa:

Bencilpenicilina procaína 2,5 millones de UI (1,5 g) IM OD durante 10 días

O

(no recomendado como primera línea) Doxiciclina 100 mg VO BID durante 14 días

Sífilis latente tardía o terciaria sin afectación neurológica:

Penicilina benzatínica 2,4 millones de UI (1,8 g) IM semanalmente durante 3 semanas.

Alternativa:

Bencilpenicilina procaína 2,5 millones de UI (1,5 g) IM OD durante 15 días

O

(no recomendado como primera línea) Doxiciclina 100 mg VO BID durante 28 días

En la sífilis primaria, testar y tratar a todas las parejas sexuales del paciente desde los 3 meses anteriores, en la secundaria desde los 6 meses anteriores y en la sífilis latente temprana desde los 12 meses anteriores. En la sífilis tardía, evaluar y tratar a las parejas sexuales actuales y otras de acuerdo con el historial sexual.

Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) EV Q4H

Alternativa (no recomendada como primera línea):

Ceftriaxona 2 g EV OD

La confirmación del diagnóstico de sífilis requiere una prueba treponémica (TPPA, TPHA, EIA) y una prueba no treponémica (RPR, VDRL). Las pruebas treponémicas son específicas, pero siguen siendo positivas de por vida independientemente del tratamiento. Las pruebas no treponémicas no son específicas y pueden dar falsos positivos, pero sus títulos aumentan y disminuyen con la actividad de la enfermedad y pueden usarse para monitorear la respuesta al tratamiento.

Las pruebas treponémicas pueden tardar 2 semanas y las pruebas no treponémicas 4 semanas en volverse reactivas en la sífilis primaria.

Después del tratamiento, controlar la respuesta con una prueba no treponémica a los 3, 6 y 12 meses, y, en pacientes con VIH, a los 18 y 24 meses. La sífilis se considera tratada si los títulos se reducen al menos cuatro veces. Si esto no ocurre o aumentan, considerar fracaso terapéutico o reinfección y repetir el tratamiento. Considerar la neurosífilis como posible causa de fracaso del tratamiento.

En la sífilis temprana y tardía, en caso de compromiso del ocular o del SNC, considerar una punción lumbar y tratar como **neurosífilis**.

Realizar pruebas a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluido VIH.

Duración:

Tratar durante 14 días

Repetir la PL 6 meses después de finalizar el tratamiento. Si leucocitosis persistente, retratar.

Sífilis en el embarazo

Todas las mujeres embarazadas deben ser examinadas en la primera visita prenatal, durante el tercer trimestre y en el momento del parto. Todas las mujeres embarazadas que son contactos sexuales de pacientes con sífilis deben recibir tratamiento empírico.

Sífilis temprana y tardía:

Penicilina benzatínica 2,4 millones de UI (1,8 g) IM semanalmente durante 3 semanas.

Virus del Herpes Simple (VHS) genital

El herpes genital es la causa más común de enfermedad genital ulcerosa en todo el mundo. La mayoría de las infecciones son causadas por VHS-2, pero la infección genital por VHS-1 es cada vez más común. Las lesiones se presentan como vesículas, pústulas y úlceras eritematosas. Los síntomas asociados incluyen prurito, dolor, disuria, linfadenopatía inguinal sensible y síntomas sistémicos (dolor de cabeza, fiebre, afectación general, mialgia). La infección primaria puede ser grave o asintomática.

Infección primaria:

Aciclovir 400 mg VO TID

Infección recurrente:

Aciclovir 800 mg VO TID

Terapia supresora para la infección recurrente al final del embarazo:

Aciclovir 400 mg VO TID

Recomendar abstinencia sexual durante los brotes y durante 1 ó 2 días después. Recomendar utilización de preservativos.

Verrugas genitales

ITS causada por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Las infecciones por VPH se transmiten principalmente a través del contacto de piel con piel o de piel con mucosas. Las verrugas pueden estar presentes en la vulva, la vagina, el pene, el escroto, el meato uretral, el ano y en otras partes del perineo. Las lesiones pueden ser pápulas bien definidas, planas o filiformes.

Solución de podofilina al 0,5% por vía tópica a cada verruga BID (Contraindicado en madres embarazadas y lactantes).

Repetir las pruebas no treponémicas (RPR, VDRL) mensualmente tras el tratamiento durante el embarazo. Repetir el tratamiento si los títulos no se reducen a las 6 semanas o si la pareja sexual no se trató simultáneamente. Todos los bebés nacidos de madres con sífilis deben ser examinados en busca de evidencia de sífilis congénita.

Consultar **Profilaxis/Tratamiento de la Sífilis Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños).

La terapia antiviral no es curativa, pero acorta la duración de los síntomas si se administra dentro de las 72 horas posteriores al inicio de estos.

Examinar a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluidos el VIH y la sífilis. El VHS genital es un factor de riesgo importante para la adquisición y transmisión del VIH.

Los niños nacidos de madres con infección primaria necesitan terapia profiláctica. Consultar el capítulo **profilaxis/tratamiento del Herpes Simple Neonatal** en pediatría (neonatos, lactantes y niños). Si hay signos y síntomas de infección activa está indicado el parto por cesárea.

Duración:

Infección primaria: tratar durante 10 días

Infección recurrente: tratar durante 2 días

Terapia supresora para infecciones recurrentes en el último periodo del embarazo: iniciar en semana 36 y continuar hasta el parto.

Ver también **encefalitis** en el capítulo 4: infecciones del Sistema nervioso central, **úlceras dendríticas de la córnea Causada por el virus del herpes simple** en el capítulo 7: Infecciones oculares, **profilaxis/tratamiento del herpes Simple neonatal** en el capítulo 11: infecciones pediátricas (Neonatos, bebés y niños) y **herpes simple** en el Capítulo 13: infecciones de piel y tejidos blandos

Considerar ofrecer vacunación contra el VPH a parejas sexuales, si está disponible. La vacunación contra el VPH protege contra las verrugas genitales y las neoplasias asociadas al VPH. Los tipos de VPH que causan verrugas no se han asociado con cáncer.

Examinar a todos los pacientes para detectar otras ITS, incluidos VIH y sífilis.

Duración:

Podofilina: Aplicar durante 3 días, cesar durante 4 días, posteriormente repetir este ciclo semanalmente de 4 a 6 aplicaciones hasta que desaparezcan las verrugas.

Referencias

Ahronowitz I, Leslie K. Yeast Infection. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2952 – 2964

Cheng L, Wang Y, Du J. Human papillomavirus vaccines: an updated review. Vaccines 2020; 8 (3):391.<https://doi.org/10.3390/vaccines8030391>.

eTG complete. Genital and Sexually Transmitted Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Ghannoum M, Salem I, Christensen. Antifungals. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3436 – 3450

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Hicks C, Clement M. Syphilis: Screening and diagnostic testing. On: Marrazzo J, Mitty J, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021. https://www.uptodate.com/contents/syphilis-screening-and-diagnostic-testing?search=syphilis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H219329901

Jeffrey I, Cohen. Herpes Simplex. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3021 – 3024

Lautenschlager S, Brockmeyer N. Chancroid. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3186 – 3192

Lautenschlager S, Brockmeyer N. Lymphogranuloma Venereum. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3193 – 3201

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Kandidosis Vulvovaginalis (KVV). Dalam: Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta; 2017. 365-367

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Vaginosis Bakterial. Dalam: Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta; 2017. 379 – 380

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Tricomoniasis. Dalam: Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta; 2017. 375 – 376

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Gonorrhoeae. Dalam: Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta; 2017. 362 – 364

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Syphilis. Dalam: Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta; 2017. 372 – 373

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). Kutil Anogenital. Dalam: Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia. Jakarta; 2017. 368 – 371

Sterling J. Human Papillomavirus Infections. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3095 – 3106

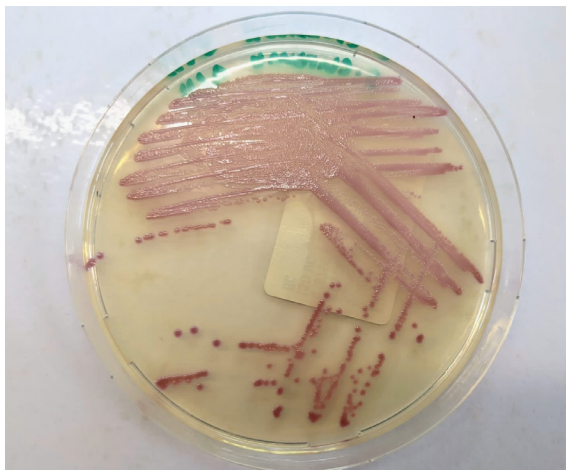
Strowd L, McGregor S, Pichardo R. Gonorrhoeae, Mycoplasma, and Vaginosis. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors.

Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3207 – 3221

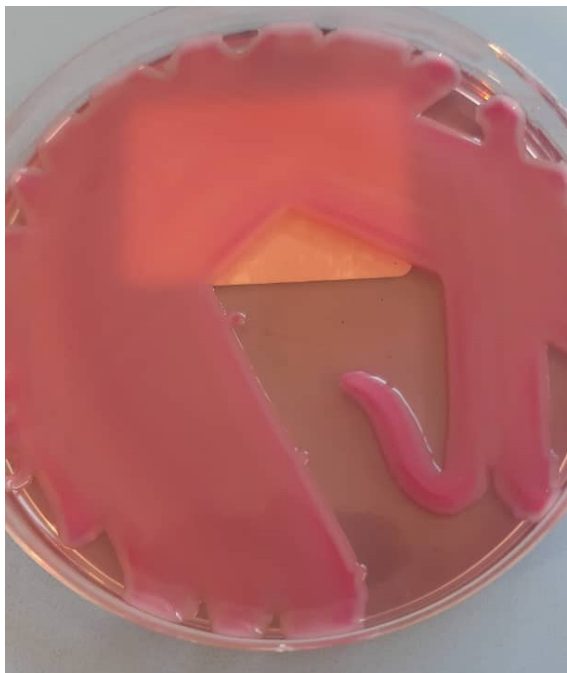
Tuddenham S, Zenilman, J. Syphilis. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3144 - 3172

Winer R, Koutsky L. Genital Human Papillomavirus Infection. In: Holmes K, Sparling P, Stamm W, Piot P, Wasserheit J, Corey L, et al. editors. Sexually Transmitted Disease. 4th ed. New York: McGraw- Hill; 2007. 489 – 508

Zeena Y, Nguyen Q, Sanber K, Tying S. Antiviral Drug. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3493 - 3516



S. aureus en *S. aureus* chrom agar



Crecimiento de colonia mucosa fermentadora de lactosa en agar MacConkey

Capítulo 9. Infecciones gastrointestinales

Cap. 9

Patología	Antimicrobiano
Candidiasis oral Infección fúngica de la mucosa bucal causada por diferentes especies de <i>Candida</i> . Se evidencian placas blanquecinas en lengua, la cara interna de las mejillas o el paladar. Los factores de riesgo incluyen inmunosupresión como infección por VIH o diabetes, el uso de esteroides inhalados, antibióticos concomitantes o mala higiene oral.	Suspensión oral de nistatina 100,000U (1mL) VO QID después de ingerir alimentos. Aplicar sublingual o en la cavidad bucal y posteriormente ingerir.
Esofagitis por Candida Se observa con mayor frecuencia en contexto de inmunosupresión. Realizar prueba a todos los pacientes para el VIH.	<i>En pacientes asintomáticos no inmunodeprimidos:</i> Comprimido de nistatina 500,000U VO QID O Suspensión oral de Nistatina 100,000U (1mL) VO QID <i>En pacientes sintomáticos o inmunodeprimidos:</i> Fluconazol 200 mg para la primera dosis (niño 6 mg/kg), seguido de 100 mg al día (niño 3 mg/kg)
Gastroenteritis aguda Aumento en la frecuencia de heces líquidas o semilíquidas. La terapia con antibiótico únicamente está indicada ante sospecha de infección bacteriana (fiebre alta, taquicardia, leucocitosis, sensibilidad abdominal, dolor abdominal intenso o sangre en las heces). Si esto ocurre, consultar Disentería Grave a continuación.	La mayoría de las gastroenteritis agudas no requieren tratamiento antibiótico. La principal preocupación con la diarrea es la pérdida rápida de líquidos y el riesgo de deshidratación. Habitualmente únicamente requiere rehidratación oral y/o intravenosa
Disentería grave Diarrea grave asociada a sangre y mucosidad. Comúnmente causada por especies de <i>Salmonella</i> o	Ceftriaxona 2 g (niño: 50 mg/kg) EV OD MÁS Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) PO/IV TID

Comentarios y duración de la terapia

Duración:

Tratar durante 7 a 14 días o hasta varios días después de la resolución de los síntomas.

Ver **esofagitis candidiásica** en el capítulo 9: infecciones gastrointestinales, **candidiasis cutánea** en el capítulo 13: infección de piel y tejidos blandos y **candidiasis vulvovaginal** en el capítulo 17: salud de la mujer

Duración:

En pacientes asintomáticos no inmunodeprimidos: tratar de 10 a 14 días

Para pacientes sintomáticos o inmunodeprimidos: Tratar durante 14-21 días.

Para infección refractaria: extender el tratamiento a 28 días

Consultar **Aftas Orales (candidiasis)** en el Capítulo 9: Infecciones Gastrointestinales, **Candidiasis Cutánea** en el Capítulo 13: Infecciones de piel y partes blandas, y **candidiasis vulvovaginal** en el capítulo 17: salud de la mujer.

En caso de diarrea aguda, enviar heces para pruebas de rotavirus. Los cultivos de heces deben reservarse para heces con abundantes restos hemáticos, deshidratación grave, signos de enfermedad inflamatoria, síntomas que duran más de 3 a 7 días, inmunosupresión y sospecha de infecciones nosocomiales. Se deben obtener hemocultivos de lactantes menores de 3 meses de edad, personas de cualquier edad con signos de sepsis o ante sospecha de fiebre entérica, manifestaciones sistémicas y en personas inmunodeprimidas.

Solicitar microscopía de heces (incluyendo óvulos, quistes y parásitos), cultivo y antibiograma.

La rehidratación y la corrección hidroelectrolítica son el componente más importante del tratamiento.

<i>Shigella</i>, o <i>Entamoeba histolytica</i>. El tratamiento es especialmente necesario en lactantes menores de 12 meses debido al riesgo de bacteriemia y otras manifestaciones sistémicas.	<i>Cambio a antibióticos orales si mejoría clínica según pruebas de sensibilidad. En caso de no estar disponible, utilizar:</i> Cotrimoxazol 160/800 mg (niño: 4/20mg/kg) VO BID MÁS Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) VO TID <i>Alternativa:</i> Ciprofloxacino 500 mg (niños: 10 mg/kg) VO BID
Amebiasis intestinal La invasión del revestimiento intestinal por los trofozoítos de <i>Entamoeba histolytica</i> causa diarrea sanguinolenta amebiana o colitis. La colitis grave puede complicarse con perforación intestinal.	Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) VO TID
Absceso hepático Acumulación de pus en el parénquima hepático. Los síntomas y signos incluyen fiebre, letargo, molestias y dolor en cuadrante superior derecho, anorexia, hepatomegalia y derrame pleural. En ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico, o si el absceso supera los 5 cm, solicitar valoración por cirugía para considerar drenaje.	<i>Amebiano:</i> Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) PO/IV TID <i>Bacteriano:</i> Ceftriaxona 2 g (niño: 50 mg/kg) EV OD MÁS Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) PO/IV TID <i>Cambio a antibióticos orales después de 2 semanas. Si las pruebas de sensibilidad antimicrobiana no están disponibles, utilizar:</i> Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID
Giardiasis A menudo se caracteriza por diarrea amarillenta, meteorismo, dolor abdominal tipo cólico y/o náuseas.	Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) VO TID
Estrongiloidiasis La enfermedad no complicada suele ser asintomática o puede presentar síntomas gastrointestinales como dolor abdominal o diarrea. Los síntomas pulmonares pueden ocurrir durante la fase de migración pulmonar. Las manifestaciones dermatológicas incluyen erupiones urticariales y <i>larva currens</i>.	<i>En pacientes inmunocompetentes:</i> Albendazol 400 mg (niños ≤ 10 kg 200 mg) VO TID durante 3 días. Repetir después de 7 días <i>Alternativa (adultos o niños >15kg):</i> Ivermectina 200mcg/kg VO con alimentos grasos por 1 dosis. Repetir 7 días después. <i>En pacientes inmunodeprimidos con enfermedad no complicada:</i> Ivermectina (adulto y niño >15 kg) 200 mcg/kg VO con alimentos grasos los días 1, 2, 15 y 16.

Duración:

Tratar durante 3-5 días

Si se sospecha o se confirma fiebre entérica, consultar **Tifoidea (fiebre entérica)** en el Capítulo 9: Infecciones gastrointestinales.

Si se sospecha **Amebiasis Intestinal**, consultar amebiasis Intestinal en el Capítulo 9: Infecciones gastrointestinales.

Actualmente, los amebicidas lumbinales para eliminar quistes en el colon no están disponibles en la lista de medicamentos esenciales de Timor-Leste (p. ej., paromomicina, diloxanida). El riesgo de recaída aumenta sin su uso.

Duración:

Tratar durante 7-10 días.

Se deben realizar hemocultivos en todos los pacientes con absceso hepático, antes de administrar antibioterapia cuando sea posible. En caso de drenaje, enviar pus para cultivo. Se requiere ultrasonido o TC para el diagnóstico.

Duración:

Amebiano: tratar durante 7-10 días

Bacteriano: modificar a antibióticos orales después de 2 semanas si adecuada evolución clínica. Tratar durante un total de 6 semanas.

Actualmente, los amebicidas lumbinales para eliminar los quistes en el colon (por ejemplo, la paromomicina) no están en la lista de medicamentos esenciales de Timor-Leste. El riesgo de recaída aumenta sin su uso.

Duración:

Tratar durante 5-7 días.

El diagnóstico de *Strongyloides* depende de la identificación microscópica de las larvas en las heces o en el esputo en la infección diseminada. La eosinofilia en sangre periférica apoya el diagnóstico.

La estrongiloidiasis diseminada ocurre cuando pacientes con estrongiloidiasis crónica se inmunosuprimen, lo que puede resultar fatal. Para pacientes con estrongiloidiasis diseminada, se recomienda reducir la inmunosupresión si es posible.

La ivermectina no debe administrarse a niños <15 kg y no debe usarse durante el embarazo. Se recomienda redondear las dosis al 1,5 mg más cercano.

	<i>Para pacientes con estrongiloidiasis diseminada:</i> Ivermectina (adultos y niños >15 kg) 200 mcg/kg VO con alimentos grasos diariamente hasta que los síntomas desaparezcan y la microscopía de heces o esputo demuestre la eliminación de las larvas. <i>Seguido por:</i> Ivermectina los días 7 y 8 tras completar la pauta diaria.
Diarrea asociada a antibióticos La mayoría de las diarreas asociadas con antibióticos son un efecto secundario de la medicación. <i>Clostridium difficile</i> es la causa de solo una pequeña proporción.	Suspender el resto de los antibióticos si es posible. <i>Confirmación o fuerte sospecha de Clostridium difficile:</i> Metronidazol 500 mg (niños: 10 mg/kg) VO BID <i>Para Clostridium difficile recurrente o refractario:</i> Vancomicina 125 mg (niños 10 mg/kg) PO QID <i>(Las formulaciones EV de vancomicina se pueden administrar por vía oral para esta indicación)</i>
Fiebre tifoidea (fiebre entérica) - Confirmación o sospecha diagnóstica Provocada por la ingestión de agua contaminada por malas prácticas de higiene durante la manipulación de los alimentos. Sospechar fiebre tifoidea en presencia de fiebre >38 °C durante >3 días, puede asociarse con tos seca, cambios intestinales (estreñimiento en adultos, diarrea en niños), cefalea, afectación general, o exantema.	Ceftriaxona 2 g (niño: 50 mg/kg) EV OD <i>Alternativa:</i> Azitromicina 1g (niño 20mg/kg) VO OD <i>Desescalar a antibioterapia oral si mejoría clínica de acuerdo con sensibilidad antibiótica. Si los resultados de sensibilidad no están disponibles, usar:</i> Azitromicina 1g (niño 20mg/kg) VO OD O Ciprofloxacino 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID
Helmintos: anquilostomiasis, ascariis, tricocéfalo	Albendazol 400 mg VO OD <i>Alternativa:</i> <i>(En el embarazo)</i> Pyrantel 250mg VO OD
Helicobacter Pylori Los pacientes infectados con <i>H. pylori</i> tienen un riesgo del 10 al 20 % de desarrollar úlceras pépticas a lo largo de su vida y un riesgo del 1 al 2 % de desarrollar cáncer gástrico.	<i>Terapia óptima si está disponible:</i> Omeprazol 20 mg VO BID MÁS Amoxicilina 1g VO BID MÁS Claritromicina 500 mg VO BID

Enviar heces para cultivo y solicitar específicamente prueba de *Clostridium difficile*.

Duración:

Tratar durante 10 días.

Solicitar hemocultivos previos a la administración de antibióticos. Solicitar cultivo de heces.

Duración:

Modificar pauta a antibioterapia oral si mejoría clínica. Tratar por un total de 7-10 días.

Duración:

Adultos y niños > 2 años: Tratar durante 3 días. En caso de infección grave, repetir 7 días después.

Niños de 1 a 2 años: dosis única.

Todo paciente con úlcera duodenal, úlceras pépticas por *H. pylori* o MALT debe recibir tratamiento.

Duración:

Tratar durante 10-14 días.

	<i>Alternativa:</i> Omeprazol 20 mg VO BID MÁS Amoxicilina 1 gramo VO BID MÁS Metronidazol 500 mg VO BID
Hepatitis B crónica Las indicaciones para el tratamiento incluyen ADN-VHB ≥ 2000 UI/ml, ALT elevada y/o pacientes cirróticos con ADN-VHB detectable.	Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) 300 mg VO OD
Peritonitis bacteriana espontánea (PBE) Suele ser una complicación de la ascitis de gran volumen en pacientes con cirrosis. Los patógenos más comunes son organismos gram negativos, incluidos <i>E. coli</i> y <i>Klebsiella</i> spp. En niños, <i>Streptococcus pneumoniae</i> es la causa más común. Sospechar en pacientes con ascitis cuyo estado clínico se deteriora. La PBE se diagnostica cuando el recuento total de leucocitos en líquido ascítico es ≥ 500 células/μL o el recuento de neutrófilos es ≥ 250 células/μL.	Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD <i>Alternativa:</i> Ciprofloxacino 500 mg (niños 10 mg/kg) VO BID

Referencias

Clinical practice guidelines panel, European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical practice guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol 2017; 67:370-398

eTG complete. Acute Infectious Diarrhoea. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Calcular aclaramiento de creatinina al inicio del de tratamiento. Realizar el aclaramiento de creatinina, fosfato sérico, glucosa en orina y proteínas en orina al menos una vez al año.

Realizar prueba del VIH a todos los pacientes.

Los pacientes con coinfectados con VIH deben recibir un régimen antirretroviral con actividad contra el VHB.

Solicitar hemocultivos. Realizar paracentesis diagnóstica y enviar líquido para análisis bioquímico, recuento de células y cultivo (el líquido para cultivo debe inyectarse en frascos de hemocultivo para aumentar el rendimiento). Solicite BAAR y GeneXpert si se sospecha peritonitis tuberculosa.

Modificar de antibiótico según cultivo y resultados de susceptibilidad.

Duración:

Si hay una mejoría clínica rápida, suspender antibióticos después de 5 días.

Ver **cirrosis, profilaxis antibiótica** en el Capítulo 1: **profilaxis antibiótica** para la profilaxis después del primer episodio de PBE en pacientes con cirrosis.

eTG complete. Gastrointestinal helminths (worms). In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Liver Abscess. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

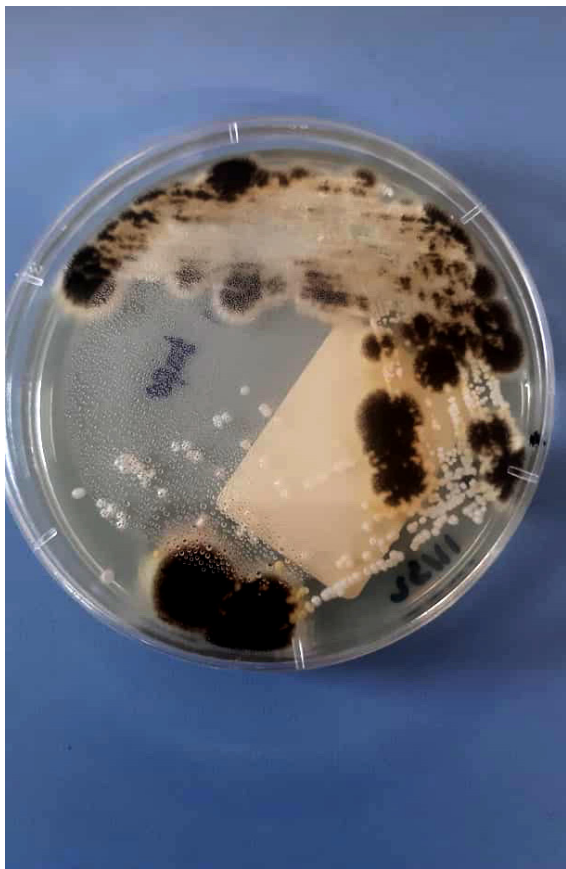
eTG complete. Oesophageal candidiasis. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Pappas P, Kauffman C, Andes D, Clancy C, Marr K, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical Practice Guidelines for the management of candidiasis: 2016 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2016; 62(4):e1-e50. <https://doi.org/10.1093/cid/civ933>

Shah S, Iyer P, Moss S. AGA Clinical practice update on the management of refractory *Helicobacter pylori* infection: expert review. Gastroenterology 2021; 160(5):1831-1841. Doi: 10.1053/j.gastro.2020.11.059

Terrault N, Lok A, McMahon B, Chang K-M, Hwang J, Jonas M et al. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B: AASLD 2018 hepatitis B guidance. Hepatology 2018; 67 (4):1560-1599



Crecimiento de hongos filamentosos en agar SDA

Capítulo 10. Infecciones de catéter venoso

Patología	Antimicrobiano
Infección de catéter de hemodiálisis / Infección de vía central Pacientes que presentan sepsis clínica en presencia de un catéter de hemodiálisis o un catéter central.	Dosis de carga de vancomicina 25-30 mg/kg EV. En pacientes en hemodiálisis, administrar dosis adicionales después de sesión de hemodiálisis (generalmente 3 veces por semana). Para la dosificación posterior, consultar el apartado de dosificación de vancomicina. MÁS Gentamicina 4-5 mg/kg EV OD Dosis única solo para pacientes en diálisis. En caso de shock séptico, reemplazar la gentamicina por: Amikacina 28mg/kg EV como primera dosis en pacientes con aclaramiento de creatinina >60ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Dosis única solo para pacientes en diálisis. Para dosis posteriores, consultar el apartado de dosificación de aminoglucósidos. Niño 15 mg/kg EV OD. Si la amikacina no está disponible y es probable que el paciente tenga una función renal normal, administrar el régimen anterior, pero aumente la gentamicina a 7 mg/kg EV para la primera dosis. <i>Alternativa:</i> <i>Si la vancomicina no está disponible, usar:</i> Cloxacilina 2g EV QID

Referencias

Allon M, Sexton D, Tunnell hemodialysis catheter-related bloodstream infection (CRBSI): management and prevention. In: Berns J, Lam A, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2020.

eTG complete. Bloodstream infections associated with an intravascular device. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Comentarios y duración de la terapia

Extraer hemocultivos periféricos y del catéter antes de administrar antibioterapia. Si se retira el catéter, enviar punta para cultivo.

Modificar de antibiótico según cultivo y resultados de susceptibilidad.

Siempre que sea posible, retirar el catéter.

Duración:

Si hay una mejoría clínica rápida después de retirar el catéter, tratar durante 5 a 7 días.

Infecciones por *Staphylococcus aureus* y *Candida* spp. requieren duraciones más prolongadas, consultar **Bacteriemia por *Staphylococcus Aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo, y **Candidemia** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo.

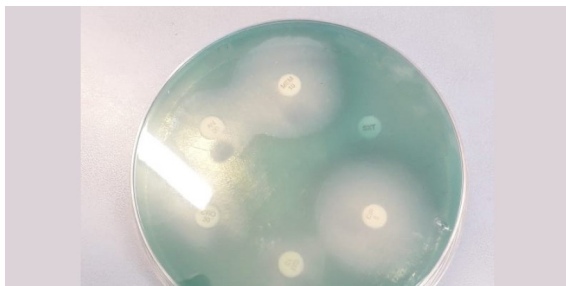
Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Capítulo 11. **Pediatría (neonatos, lactantes y niños)**

El tratamiento de las infecciones en los niños se incluye a lo largo de la guía. Consultar las secciones correspondientes. Principios de dosificación de antibióticos en pediatría

- » Los niños mayores de 12 años pueden recibir dosis para adultos.
- » Se recomienda precaución con los neonatos, ya que las dosis y los intervalos pueden diferir de niños más mayores.
- » La dosis no debe exceder la dosis máxima para adultos a menos que se especifique lo contrario.
- » Las infusiones intravenosas deben administrarse con precaución de acuerdo con las pautas para inyectables de cara a evitar la tromboflebitis.

Patología	Antimicrobiano
Neonato sano con factores de riesgo obstétricos de infección Las infecciones tempranas se presentan en los primeros 3 días después del nacimiento y a menudo se asocian con factores de riesgo obstétricos. Los síntomas de sepsis neonatal pueden ser inespecíficos y el inicio puede ser gradual. Deben iniciarse antibióticos empíricamente a los neonatos de madres con factores de riesgo obstétricos de cara a prevenir complicaciones de la sepsis neonatal temprana.	Ampicilina 50 mg/kg EV BID MÁS Gentamicina 5 mg/kg EV OD (<2 kg cada 48 horas)
Sepsis neonatal de inicio temprano y tardío Puede presentarse como fiebre sin foco, o signos más evidentes de sepsis. Los antibióticos recomendados son apropiados para estos cuadros clínicos, así como para neumonía o infección del	<i>Sepsis de aparición temprana (≤7 días):</i> Ampicilina 50 mg/kg EV BID MÁS Amikacina 15 mg/kg EV OD <i>Sepsis de inicio tardío (>7 días):</i> Ampicilina 50 mg/kg EV TID MÁS Amikacina 15 mg/kg EV OD



La prueba de difusión en *Pseudomonas aeruginosa* muestra colonias verdes en MHA

Comentarios y duración de la terapia

Los factores de riesgo obstétricos para la sepsis neonatal temprana incluyen:

- » Parto extrahospitalario
- » Rotura de membranas >18 horas
- » Líquido amniótico meconial.
- » Parto prematuro
- » Fiebre o sepsis materna
- » Antecedentes maternos de muerte neonatal previa por sepsis.

Duración:

Tratar de 2 a 5 días.

Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia. Enviar orina, LCR y pus para cultivo si está clínicamente indicado.

Administrar antibióticos dentro de la primera hora de la presentación.

Consultar la guía de **Procedimiento de Sepsis Neonatal** para obtener más orientación sobre la investigación y el manejo.

tracto urinario en el período neonatal. Los organismos infecciosos más comunes incluyen *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* del grupo B y raramente *Listeria monocytogenes*

Sepsis neonatal con posible infección por *Staphylococcus aureus*

Sospechar *Staphylococcus aureus* en el contexto de:

- » Fiebre y pústulas en la piel
- » Absceso cutáneo
- » Onfalitis
- » Neumonía con neumatocele o empiema
- » Infección nosocomial de aparición tardía

Para neonatos prematuros, consultar la sección de **dosificación en neonatos (apéndice H)**

Alternativa:

Si amikacina no está disponible, reemplazarla por:
Gentamicina 5 mg/kg EV OD (<2 kg cada 48 horas)
 O
Cefotaxima 50mg/Kg EV TID
 O
Ceftriaxona 50 mg/kg EV BID (si cefotaxima no disponible)

En ausencia de mejoría clínica, especialmente en infecciones nosocomiales, y en ausencia de resultados microbiológicos que posibiliten tratamiento dirigido, se recomienda extraer nuevos hemocultivos y considerar modificar pauta a:

Meropenem 40 mg/kg EV TID
 MÁS
Vancomicina 15 mg/kg EV TID

Cloxacilina 50 mg/kg EV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID, QID si > 21 días.
 MÁS

Amikacina 15 mg/kg EV BID

Para neonatos prematuros, consultar el apartado de **dosificación en neonatos (apéndice H)**.

Alternativa:

Si la amikacina no está disponible, reemplazarla por:
Gentamicina 5 mg/kg EV OD (<2 kg cada 48 horas)
 O
Cefotaxima 50 mg/kg EV TID en la primera semana de vida, posteriormente QID
 O
Ceftriaxona 50mg/kg EV BID (si cefotaxime no disponible)

En ausencia de mejoría clínica, especialmente en infecciones nosocomiales, y en ausencia de resultados microbiológicos que posibiliten tratamiento dirigido, se recomienda extraer nuevos hemocultivos y considerar modificar pauta a:

Meropenem 40 mg/kg EV TID
 MÁS
Vancomicina 15 mg/kg EV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID.

Duración:

Modificar pauta antibiótica de acuerdo con los resultados de microbiología. Tratar durante 7-10 días.

Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia. Administrar antibióticos dentro de la primera hora de la presentación.

Los abscesos pueden requerir incisión y drenaje. Solicitar cultivo de pus y de secreción de heridas. El cordón umbilical debe limpiarse con una solución antiséptica y dejarse secar. En onfalitis, considerar tétanos neonatal.

Duración:

Modificar pauta antibiótica de acuerdo con resultados de microbiología. Tratar durante 7-10 días

Meningitis neonatal

La meningitis en el período neonatal es causada con mayor frecuencia por *estreptococos* del grupo B, *Listeria monocytogenes* y organismos gramnegativos.

Ampicilina 100 mg/kg EV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID.

MÁS

Cefotaxime 50mg/kg EV TID en la primera semana de vida, QID después de la primera semana

MÁS

Amikacina 15 mg/kg EV OD durante 72 horas.

Para neonatos prematuros, consultar la sección de **dosificación neonatal**.

Alternativa:

Si la amikacina no está disponible, reemplazarla con: **Gentamicina 5 mg/kg EV OD (<2 kg cada 48 horas)**

Si la cefotaxima no está disponible, reemplazarla por: **Ceftriaxona 50 mg/kg EV BID**

En neonatos q hospitalizados desde el nacimiento que desarrollan meningitis después de 7 días, reemplazar ampicilina en el régimen anterior por:

Vancomicina 15 mg/kg EV TID

En ausencia de mejoría clínica, especialmente en infecciones nosocomiales, y en ausencia de resultados microbiológicos que posibiliten tratamiento dirigido, se recomienda extraer nuevos hemocultivos y considerar modificar pauta a:

Meropenem 40 mg/kg EV TID

MÁS

Vancomicina 15 mg/kg EV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID.

Enterocolitis necrotizante

Esta infección es común en neonatos extremadamente prematuros. Se presenta como distensión abdominal, intolerancia alimentaria, fiebre, recuento anormal de leucocitos y trombocitopenia. Se asocia con altas mortalidad. La cobertura antibiótica está dirigida a microorganismos entéricos, incluidos patógenos grampositivos, gramnegativos y anaerobios.

Ampicilina 50 mg/kg EV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID.

MÁS

Amikacina 15 mg/kg EV OD

MÁS

Metronidazol 7,5 mg/kg EV TID (<2 kg BID)

Para neonatos prematuros, consultar la sección de **dosificación neonatal**.

En ausencia de mejoría clínica, especialmente en infecciones nosocomiales, y en ausencia de resultados microbiológicos que posibiliten tratamiento dirigido, se recomienda extraer nuevos hemocultivos y considerar modificar pauta a:

Meropenem 40 mg/kg EV TID

MÁS

Vancomicina 15 mg/kg EV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID.

Enviar hemocultivos previo inicio de antibioterapia. Enviar LCR para proteína, glucosa, recuento celular, cultivo y sensibilidad antimicrobiana y PCR.

Duración:

Modificar pauta antibiótica de acuerdo con los resultados de microbiología. Tratar durante un mínimo de 10 días y hasta 21 días en casos graves, especialmente en meningitis por BGN.

Solicitar hemocultivos previo inicio de antibioterapia.

Duración:

Tratar durante 7-10 días

Pústulas cutáneas (sin síntomas sistémicos) en recién nacido Las infecciones cutáneas en neonatos suelen estar causadas por <i>Staphylococcus aureus</i>. En caso de fiebre u otros síntomas sistémicos, el lactante debe recibir tratamiento con antibióticos intravenosos en dosis altas para cubrir la posibilidad de sepsis.	Cloxacilina 25 mg/kg PO/IV BID en la primera semana de vida, posteriormente TID.
Malaria neonatal Consultar las Directrices Nacionales sobre Paludismo de Timor-Leste.	Artesunato 3 mg/kg EV/IM dosis a las 0, 12 y 24h, posteriormente una vez al día. <i>Alternativa:</i> Quinina 20 mg/kg en 10 ml/kg de líquido EV en infusión de 4 horas. Posteriormente, 8 horas después de la dosis inicial, administrar 10 mg/kg en infusión intravenosa durante 2 horas y repetir cada 8h durante un total de 7 días.
Profilaxis de gonorrea neonatal Si la madre ha recibido tratamiento exitoso antes del parto, no se requiere profilaxis para el recién nacido. En caso de que la madre no haya recibido tratamiento, el riesgo de transmisión vertical es del 30-40%. Una dosis única de ceftriaxona proporciona una profilaxis eficaz para el recién nacido.	Ceftriaxona 50mg/kg EV/IM dosis única.
Profilaxis de clamidia neonatal Si la madre tiene una infección activa por clamidia que no ha recibido tratamiento, el riesgo de que el recién nacido desarrolle conjuntivitis por clamidia es del 20 al 50 % y el riesgo de neumonía por clamidia es del 5 al 10 %.	Los antibióticos profilácticos no son eficaces para prevenir la conjuntivitis por Clamidia o la neumonía en los neonatos.

Lavar la piel con agua y jabón, secar y limpiar con solución antiséptica. Por lo general, no se requiere la ruptura y el drenaje de las pústulas.

Duración:

Tratar durante 5-7 días.

En todos los casos, tratar también a la madre y a la pareja sexual. Ver **Gonorrea** en el Capítulo 8: Infecciones Genitales.

En caso de infección activa, consultar **Conjuntivitis Neonatal u Oftalmía Gonocócica Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (Neonatos, Bebés y Niños).

En todos los casos, tratar también a la madre y a la pareja sexual. Consultar **Infección por clamidia de la uretra, el endocérvix o el recto** en el Capítulo 8: Infecciones Genitales.

Recomendar a las familias vigilar la aparición de signos de conjuntivitis o neumonía en el recién nacido, y buscar atención médica en caso de que suceda.

Conjuntivitis neonatal u oftalmía gonocócica neonatal

La conjuntivitis puede estar asociada con la obstrucción de un conducto lagrimal o con la colonización bacteriana con flora orofaríngea. Las infecciones adquiridas congénitamente, como la gonorrea y la clamidia, también pueden causar una conjuntivitis grave que supone una amenaza para la visión. Generalmente la conjuntivitis gonocócica se presenta en las dos primeras semanas de vida como conjuntivitis súbita, grave y muy purulenta. Puede conducir rápidamente a la perforación del globo ocular y a la ceguera. El tratamiento con antibióticos tópicos es insuficiente.

Solicitar revisión urgente por **Oftalmología**.

Se recomienda irrigación ocular con solución salina varias veces al día hasta que desaparezca la purulencia.

Ceftriaxona 50mg/kg EV/IM dosis única

MÁS

Azitromicina 20 mg/kg VO OD

Si hay evidencia de enfermedad gonocócica diseminada:

Cefotaxime 50mg/kg EV TID en la primera semana de vida, posteriormente QID

O

Ceftriaxona 50 mg/kg EV OD

Profilaxis de la candidiasis oral neonatal

Se indica si se da alguno de los siguientes:

- » edad gestacional < 32 semanas
- » Tratamiento antibiótico durante > 7 días
- » CPAP

Nistatina 100 000 UI/ml VO 1ml TID

Tratamiento de la candidiasis oral neonatal

Nistatina 100 000 UI/ml VO 1ml QID

Tratar el pecho materno con:

Miconazol al 2% vía tópica BID

O

Violeta de genciana vía tópica BID

Profilaxis/tratamiento de sífilis neonatal

Los neonatos de madres con sífilis deben ser evaluados para descartar sífilis congénita. El riesgo de transmisión de madres con sífilis temprana es 40-90%, en sífilis tardía es <10%.

Neonatos asintomáticos nacidos de madres con sífilis (incluso si se trataron durante el embarazo):

Penicilina benzatínica 50 000 UI (37,5 mg) /kg IM dosis única

Neonatos con probable sífilis congénita (resultados positivos de examen clínico u otras investigaciones, y/o prueba no treponémica ≥ cuatro veces el título materno):

Bencilpenicilina 100 000 UI (60 mg) /kg EV/IM BID

Enviar hisopo bacteriano para cultivo. Enviar hisopo viral (seco) para PCR. Si se sospecha enfermedad diseminada (ver más abajo), solicitar hemocultivos, LCR y líquido sinovial según indicación clínica.

Descartar infección gonocócica diseminada mediante un examen físico cuidadoso. La enfermedad diseminada puede presentarse como sepsis, artritis, meningitis o abscesos cutáneos.

La infección gonocócica neonatal se puede prevenir con tratamiento antibiótico profiláctico para los neonatos nacidos de madres con infección gonocócica conocida (ver arriba).

Se recomienda realizar pruebas diagnósticas a la madre y a su pareja sexual; consultar **Gonorrea** en el Capítulo 8: Infecciones Genitales.

Duración:

Azitromicina: tratar durante 3 días.

Enfermedad gonocócica diseminada: tratar durante 10 días.

Duración:

Mantener tratamiento hasta tolerancia enteral completa y hasta 48 horas después de fin de tratamiento antibiótico.

Duración:

Neonato: tratar durante 7-10 días

Madre: continuar hasta 2 semanas después de la resolución de los síntomas.

Consultar **aftas orales (candidiasis)** en el Capítulo 9: Infecciones gastrointestinales, **Esofagitis por Candida** en el Capítulo 9: Infecciones gastrointestinales, **Candidiasis Cutánea** en el Capítulo 13: Infección de piel y partes blandas y **Candidiasis vulvovaginal** en el Capítulo 17: Salud de la Mujer.

Enviar suero para pruebas no treponémicas (VDRL, RPR). Si los títulos no treponémicos del neonato son mas de 4 veces los títulos maternos, es muy probable que se trate de sífilis congénita. Considerar PL en todos los neonatos con posible sífilis congénita.

En todos los casos, indicar tratamiento a la madre y pareja sexual y notificar el caso al Ministerio de Salud. Consultar **Sífilis** en el Capítulo 8: Infecciones genitales y **Sífilis en el Embarazo** en el Capítulo 8: Infecciones Genitales.

Los síntomas o signos pueden incluir enlentecimiento del crecimiento, dificultad respiratoria, erupción cutánea (palmas/plantas de los pies), lesiones de las mucosas, anemia, ictericia, hepatoesplenomegalia, secreción nasal, sensibilidad ósea o periostitis en la radiografía.

Ver también **Sífilis en el Embarazo** en el capítulo Infecciones Genitales.

Profilaxis neonatal del VIH

En ausencia de medidas para prevenir la transmisión vertical del VIH, el riesgo de transmisión de una madre infectada al bebé es de aproximadamente un 40%. Es posible reducir este riesgo mediante el uso de terapia antirretroviral (TAR) durante el período prenatal para controlar la replicación viral en la madre. Todas las mujeres embarazadas con VIH deben comenzar con TAR de inmediato. Todos los bebés expuestos deben recibir tratamiento con TAR tan pronto como sea posible, idealmente dentro de las 6 horas posteriores al nacimiento.

Solicitar valoración por el **equipo local de VIH** y Enfermedades Infecciosas si es posible.

Consultar las **Pautas Integrales de TAR de Timor-Leste**.

Profilaxis de la tuberculosis (TB) neonatal

El riesgo de transmisión se reduce una vez que una mujer embarazada ha estado en tratamiento durante más de 2 semanas.

Considerar tratar como probable sífilis congénita a los neonatos con examen físico normal y títulos de prueba no treponémica < 4 veces el título materno, cuyas madres no fueron tratadas, fueron tratadas inadecuadamente o tienen evidencia de reinfección o recaída.

Recién nacido de bajo riesgo (ver comentarios):

Zidovudina VO BID

≥ 35 semanas de gestación:

4 mg/kg VO BID durante 4 semanas

30-34 semanas de gestación:

2 mg/kg VO BID durante 2 semanas, posteriormente TID durante 2 semanas

<30 semanas de gestación:

2 mg/kg VO BID durante 4 semanas

Si no puede tolerar la VO, administrar:

Zidovudina EV. Recién nacido a término: 1,5 mg/kg

EV QID Prematuro: 1,5 mg/kg EV BID

Bebés de alto riesgo (ver comentarios):

Zidovudina (dosis como la anterior) durante 4 semanas
MÁS

Lamivudina 2 mg/kg VO BID durante 4 semanas
MÁS

Nevirapina 2 mg/kg VO OD durante 1 semana, posteriormente 4 mg/kg durante 1 semana y posteriormente suspender

(si la madre estaba tomando nevirapina durante al menos 3 días antes del parto, utilizar 4 mg/kg durante 2 semanas)

MÁS

Cotrimoxazol 5+25mg/kg VO OD a partir de las 6 semanas de edad, hasta que se descarte el diagnóstico de VIH.

Isoniazida 10 mg (rango 7-15 mg, máximo 300 mg) VO OD durante 6 meses

Alternativa:

Rifampicina 15 mg (rango 10-20 mg, máximo 600 mg) VO OD

Duración:

Bebés con probable sífilis congénita (incluyendo enfermedad del SNC):

Tratar durante 14 días.

Repetir las pruebas no treponémicas en todos los bebés nacidos de madres con sífilis cada 2-3 meses hasta que esta se vuelva no reactiva o los títulos haya disminuido cuatro veces. En caso de que esto no ocurra de 6 a 12 meses, se recomienda realizar PL y repetir pauta de tratamiento durante 14 días.

Todos los bebés con riesgo de transmisión materno infantil del VIH deben someterse a la prueba mediante PCR de ADN proviral o ARN del VIH a la 1, 6 semanas y 3 meses. La prueba de anticuerpos contra el VIH debe realizarse a los 18 meses. Consultar las Directrices nacionales sobre TAR si se confirma la infección por VIH.

Se considera recién nacido de bajo riesgo si:

- » La madre está en TAR y carga viral <50 copias/ml en las 4 semanas posteriores al parto

Y

- » La madre no adquirió el VIH durante el embarazo

Se considera recién nacido de alto riesgo si:

- » La madre ha recibido TAR, pero la carga viral >50 copias/ml dentro de las 4 semanas posteriores al parto
- » Primoinfección maternal de VIH durante el embarazo
- » La madre no ha recibido TAR durante el embarazo
- » La madre solo ha recibido TAR intraparto

Se debe fomentar la lactancia materna exclusiva hasta que el bebé tenga 6 meses. La alimentación mixta con leche materna y fórmula aumenta considerablemente el riesgo de transmisión del VIH.

Ver **Infección por VIH** en el Capítulo 14: Infecciones especiales.

Los neonatos de madres con TB confirmada cuyo tratamiento se inició <2 semanas antes del parto, deben examinarse cuidadosamente para excluir la enfermedad activa. Los bebés asintomáticos no deben recibir la vacuna BCG hasta que hayan completado la terapia preventiva.

La transmisión de TB congénita y perinatal es infrecuente, pero la mortalidad asociada cuando ocurre la transmisión es alta (~50%).

MÁS
Isoniazida 10 mg/kg (rango 7-15 mg, máximo 300 mg)

Tras completar el tratamiento, administrar:
vacunación BCG

Profilaxis/Tratamiento del virus del herpes simple (VHS) neonatal

Los neonatos asintomáticos de madres con un primer episodio de herpes genital periparto tienen un alto riesgo (~30 %) de herpes neonatal. Aquellos que están infectados tienen un alto riesgo (~30%) de enfermedad grave, diseminada o del SNC. En estos casos, se recomienda profilaxis antiviral.

Neonatos asintomáticos y tratamiento en sintomáticos:

Aciclovir 20 mg/kg EV TID

Alternativa (no recomendada como primera línea):
Aciclovir 20 mg/kg VO 5 veces al día

Supresión para bebés sintomáticos después de completar el tratamiento inicial:

Aciclovir 20 mg/kg VO TID

Profilaxis/tratamiento del virus de la varicela zóster neonatal

El mayor riesgo de varicela neonatal ocurre cuando los bebés nacen de madres que tienen su primer episodio de varicela entre los 7 días antes y los 28 días después del parto. La transmisión horizontal también puede ocurrir por parte de otros miembros del hogar a un recién nacido de una madre sin antecedentes de varicela.

Los bebés asintomáticos nacidos de madres con varicela reciente (7 días antes - 28 días después del parto) usan:

Inmunoglobulina contra la varicela zóster (si está disponible)

Neonatos sintomáticos:

Aciclovir 20 mg/kg EV TID

Alternativa (no recomendada como primera línea):
Aciclovir 20 mg/kg VO 5 veces al día

Hepatitis B en neonatos

En ausencia de vacunación, la transmisión del VHB de madre a hijo es común en madres con hepatitis B crónica y antígeno y positivo (HBeAg) sin tratamiento antiviral, (hasta el 90%).

Vacuna contra la hepatitis B IM tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de las 12 horas posteriores al parto

Y

Inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG) 0,5 ml IM (si está disponible)

Si se confirma la TB, consultar las **Directrices Integrales sobre la Tuberculosis de Timor-Leste para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis**.

Durante el curso de tratamiento, ajustar las dosis a la ganancia de peso del niño.

Duración:

Monoterapia con isoniazida: tratar durante 6 meses.

Rifampicina + isoniazida: tratar durante 3 meses.

Consultar **Tuberculosis Pediátrica** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños) y **Tuberculosis (TB)** en el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio.

Realizar punción lumbar y solicitar PCR VHS (Biofire multiplex) si está disponible. En caso de afectación de SNC, repetir PL a las 2-3 semanas para comprobar la curación.

Duración:

Asintomático: tratar durante 10 días

Tratamiento inicial en afectación cutánea, ocular y oral: tratar durante 14 días.

Tratamiento inicial enfermedad diseminada o del SNC: tratar durante al menos 21 días.

Mantener durante más tiempo si la PCR para VHS en LCR persiste siendo positiva.

Supresión: continuar durante 6 meses.

Ver también **Encefalitis** en el Capítulo 4: Infecciones del Sistema Nervioso Central, **Úlcera Corneal Dendrítica causada por el Virus Herpes Simplex** en el Capítulo 7: Infecciones Oculares, **Virus Genital del Herpes Simplex** en el Capítulo 8: Infecciones Genitales y **Herpes Simplex** en el Capítulo 13: Infecciones de piel y partes blandas.

La varicela neonatal es potencialmente mortal, con tasas de letalidad estimadas de hasta el 30%. El cuadro clínico puede incluir fiebre, erupción vesicular, neumonía, meningoencefalitis o hepatitis.

Se recomienda aislamiento de contacto de otros bebés y utilizar precauciones de contacto.

Duración:

Neonatos sintomáticos: tratar durante 10 días

Consultar **Herpes Zóster/culebrilla** en el Capítulo 13: Infección de piel y partes blandas, **infección por varicela (varicela)** en el Capítulo 14: Infecciones especiales.

En caso de dificultad para acceder a la vacuna contra la hepatitis B en Timor-Leste, se debe priorizar la administración de la vacuna contra la hepatitis B a los bebés nacidos de madres con hepatitis B.

Ver **Hepatitis B Crónica** en el Capítulo 9: Infecciones gastrointestinales

La vacuna al nacimiento contra la hepatitis B previene aproximadamente el 75 % de la transmisión, mientras que la adición de inmunoglobulina contra la hepatitis B (HBIG) puede reducir la transmisión en aproximadamente un 90 %.

Debe fomentarse la lactancia materna en madres portadoras de VHB.

Desnutrición infantil

En la malnutrición aguda grave (SAM), los signos habituales de infección

bacteriana, como la fiebre, suelen estar ausentes. Las coinfecciones múltiples son comunes. Si se identifican infecciones específicas, se recomienda tratamiento específico de las mismas. De lo contrario, en todos los niños con desnutrición aguda grave, administrar los siguientes antibióticos de manera empírica.

Tos ferina en los niños

Considerar diagnóstico de tos ferina si el niño tiene tos persistente, vómitos posteriores a la tos o episodios de apnea o cianótica. La fiebre es poco común.

Seguido por:

Consultar el calendario de vacunación infantil para realizar un régimen completo de vacunación contra la hepatitis B

Los neonatos con bajo peso al nacer (<2 kg) presentan una peor respuesta a la vacunación. Considerar una vacunación de refuerzo a los 12 meses una vez completado el régimen habitual.

Desnutrición aguda grave en niños sin signos de infección y con adecuado estado general:

Amoxicilina 40-45 mg/kg VO BID

Alternativa:

Cotrimoxazol 4/20 mg/kg VO BID

Desnutrición complicada aguda grave con edema o mal estado general:

Ampicilina 50 mg/kg EV/IM QID

MÁS

Gentamicina 7,5 mg/kg EV OD

Desnutrición aguda grave con signos de infección grave o meningitis:

Ceftriaxona 50 mg/kg EV BID

Si diarrea refractaria AGREGAR:

Metronidazol 12,5 mg/kg EV BID

Bebés < 6 meses:

Azitromicina 10 mg/kg VO OD

Lactantes ≥ 6 meses y niños:

Azitromicina 10 mg/kg dosis única el día 1; posteriormente 5 mg/kg VO OD

Alternativa:

Cotrimoxazol niño 4/20 mg/kg VO BID para lactantes y niños > 1 mes

O

Clarithromicina 7,5 mg/kg VO BID

Enviar hemocultivos.

Considerar tratar como sepsis si el paciente se encuentra letárgico, hipotérmico o hipoglucémico.

Duración:

SAM en niños sin signos de infección y con adecuado estado general:

Tratar durante 7 días

SAM con edema o mal estado general:

Paso a antibioterapia oral cuando presente mejoría clínica. Tratar durante un total de 7 días.

SAM con signos de infección grave o meningitis:

Tratar de acuerdo con el foco de infección. Si no es evidente, mantener tratamiento durante 7 días.

No hay evidencia concluyente de que los antibióticos alteren el curso de la enfermedad, pero el tratamiento de la tos ferina minimiza la transmisión a los contactos susceptibles. Los pacientes deben evitar el contacto con otras personas, especialmente con niños pequeños y bebés, hasta al menos 5 días de tratamiento antibiótico.

Duración:

Azitromicina: tratar durante 5 días.

Cotrimoxazol, Claritromicina: tratar durante 7 días

Ver **Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en niños** en el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio

Tuberculosis pediátrica

Sospecha de TB si dos de los siguientes:

- » Contacto reciente de TB
- » Tos > 2 semanas
- » Fiebre >2 semanas
- » Déficit de crecimiento
- » Fatiga/disminución del juego > 2 semanas
- » Linfadenopatía (>1cm) >2 semanas
- » Sudoración nocturna profusa

Ver **Guías completas de TB de Timor-Leste para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis**

Consultar también la sección **Tuberculosis (TB)** en el capítulo ORL / Respiratorio.

Referencias

American Academy of Pediatrics. Evaluation and treatment of infants with possible, probable, or confirmed congenital syphilis. In: Kimberlin D, Brady M, Jackson M, Long S, editors. Red Book 2018 Report of the Committee on Infections diseases. 31st ed. Itasca, IL; 2018

American Academy of Pediatrics. Hepatitis B. In: Kimberlin D, Barnett E, Lynfield R, Sawyer M, editors. Red Book 2021-2024 Report of the Committee on Infections diseases. 32nd ed. Itasca, IL; 2021

American Academy of Pediatrics. Pertussis (whooping cough). In: Kimberlin D, Barnett E, Lynfield R, Sawyer M, editors. Red Book 2021-2024 Report of the Committee on Infections diseases. 32nd ed. Itasca, IL; 2021

American Academy of Pediatrics. Tables of antibacterial drugs for neonates (≤ 28 postnatal days of age). In: Kimberlin D, Brady M, Jackson M, Long S, editors. Red Book 2018 Report of the Committee on Infections diseases. 31st ed. Itasca, IL; 2018

Examinar en busca de signos de tuberculosis extrapulmonar:

- » Derrame pleural.
- » Adenopatías no dolorosas, principalmente cervicales.
- » Signos de meningitis
- » Distensión abdominal con o sin masas palpables
- » Edema o deformidad progresiva del hueso o de una articulación, incluida la columna vertebral

Enviar esputo, aspirado gástrico, pus, adenopatía, aspirado articular, LCR para GeneXpert, BAAR y cultivo. Considerar realizar hemocultivos (solicitar una incubación prolongada en Bactec) si se sospecha TB diseminada o si hay compromiso inmunológico significativo.

Realizar prueba de VIH a todos los pacientes.

Consultar **Profilaxis de la Tuberculosis Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones pediátricas (neonatos, lactantes y niños) y **Tuberculosis (TB)** en el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio.

American Academy of Pediatrics. Zidovudine regimen for decreasing the risk of mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. In: Kimberlin D, Brady M, Jackson M, Long S, editors. Red Book 2018 Report of the Committee on Infections diseases. 31st ed. Itasca, IL; 2018

Brook I. Microbiology and management of neonatal necrotizing enterocolitis. Am J Perinatol 2008; 25(2):111-118. doi: 10.1055/s-2008-1040346

eTG complete. HIV infection in pregnancy. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Neonatal herpes simplex infection. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Flynn P, Abrams E, Fowler M. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-limited settings. In: Mofenson L, Bogorodskaya M, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021.

https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-mother-to-child-hiv-transmission-in-resource-limited-settings?search=neonatal%20transmission%20HIV&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H472064793

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Jones K, Thitiri J, Ngari M, Berkley J. Childhood malnutrition: toward an understanding of infections, inflammation, and antimicrobials. *Food Nutr Bull* 2014;35 (2 Suppl):S64-70. doi: 10.1177/15648265140352S110

Lazzerini M, Tickell D. Antibiotics in severely malnourished children: systematic review of efficacy, safety and pharmacokinetics. *Bull World Health Organ* 2011; 89:593-606. doi:10.2471/BLT.10.084715

Ministerio da Saude Timor-Leste. In-patient management of children with severe acute malnutrition protocol for Timor-Leste. Dili: Ministerio da Saude, World Health Organisation; 2019. Ministerio da Saude. Comprehensive TB guidelines for national tuberculosis control program. 5th ed. Dili: Ministerio da Saude, World Health Organisation; 2020

National HIV/AIDS programme Timor-Leste. Guidelines for antiretroviral therapy and management of opportunistic infections for children, adolescents and adults living with HIV. Timor-Leste: Ministerio da Saude; 2021

Palasanthiran P, Starr M, Jones C, Giles M, editors. Management of perinatal infections. Sydney: Australasian Society for Infectious Diseases; 2014

Smith M, Boutzoukas A, Autmizguine J, Hudak M, Zinkhan E, Bloom B, et al. Antibiotic safety and effectiveness in premature infants with complicated intraabdominal infections. *Pediatr Infect Dis J* 2021; 40(6):550-555. doi: 10.1097/INF.0000000000003034

Solomkin J, Mazuski J, Bradley J, Rodvold K, Goldstein E, Baron E, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and Infectious Disease Society of America. *Clin Infect Dis* 2010; 50(2):133-164. doi: 10.1086/649554

Standing J, Ongas M, Ogwang C, Kagwanja N, Murunga S, Mwaringa S, et al. Dosing of ceftriaxone and metronidazole for children with severe acute malnutrition. *Clin Pharmacol Ther* 2018; 104(6):1165-1174. doi: 10.1002/cpt.1078. Epub 2018 Apr 19.

Tiwari T, Murphy T, Moran J. Recommended antimicrobial agents for the treatment and postexposure prophylaxis of pertussis: 2005 CDC Guidelines. *MMWR* 2005; 54 (RR14):1-16

Wodi A, Ault K, Hunter P, McNally V, Szilagyi P, Bernstein H. Advisory committee on immunization practices recommended immunization schedule for children and adolescents aged 18 years of younger – United States, 2021. *MMWR* 2021; 70(6):189-192. doi: 10.15585/mmwr.mm7006a1

Workowski K, Bolan G. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR* 2015; 64(RR3):1-137

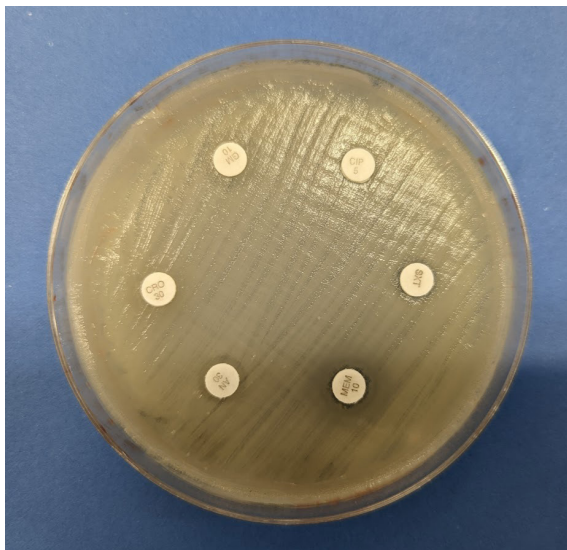
World Health Organization. Hepatitis B vaccines: WHO position paper, July 2017 Recommendations. *Vaccine* 2019; 37(2):223-225. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.07.046.

Capítulo 12. Sepsis y terapia dirigida para la infección del torrente sanguíneo

El desarrollo de la sepsis comienza con una infección (invasión de tejidos), que posteriormente puede progresar a bacteriemia (afectación del torrente sanguíneo) y conducir a una sepsis grave (infección con disfunción de un solo órgano). Los pacientes con sepsis grave pueden desarrollar shock séptico (con hipotensión que no responde a la administración endovenosa de fluidos) y/o fracaso multiorgánico (FMO) con disfunción de 2 o más órganos. Los síntomas y signos de sepsis pueden o no incluir signos específicos de un foco infeccioso, como tos o disuria.

Se debe considerar la sepsis en un niño con fiebre con signos de gravedad y diagnóstico probable de infección. Por lo general, se asocia con taquicardia, taquipnea, leucocitosis y disfunción orgánica. La hipotensión es un signo tardío de shock séptico en niños. Los signos de alarma en adultos incluyen hipotensión arterial (<90mmHg sistólica), fiebre >38°C, taquicardia, taquipnea y estado mental alterado. Es importante destacar que muchos de estos signos indican una disminución de la perfusión de los órganos y se pueden mejorar con una reanimación precoz con fluidoterapia, un tratamiento antibiótico apropiado y reevaluaciones periódicas (al menos cada media hora). La instauración de un tratamiento precoz en la sepsis salva vidas.

Los organismos causales comunes incluyen: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*. Organismos gram-negativos entéricos como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Salmonella* spp. son más comunes en niños con desnutrición subyacente.



La prueba de difusión de antibiótico muestra resistencia a todos los antibióticos con actividad contra gramnegativos

Patología	Antimicrobiano
Sepsis sin foco Extraer hemocultivos y posteriormente iniciar antibióticos en la primera hora. Proseguir con la evaluación clínica y exploraciones del foco infeccioso. Consultar la sección correspondiente una vez que se encuentre un foco infeccioso y ajustar los antibióticos en consecuencia.	<i>Inmunocompetentes y de bajo riesgo para organismos multi-resistentes (MDR):</i> Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD MÁS Gentamicina 4-5 mg/kg (niño 7,5 mg/kg) EV OD MÁS Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID <i>Alto riesgo de MDR o compromiso inmunológico significativo:</i> Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD MÁS Amikacina 28 mg/kg EV OD como primera dosis en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos. Niño 15 mg/kg EV OD. Si la amikacina no está disponible y se considera probable que el paciente tenga una función renal normal, administre gentamicina 7 mg/kg EV como primera dosis. Si es alta probabilidad de que el paciente tenga una función renal anormal, administre gentamicina 4-5 mg/kg EV OD. MÁS Dosis de carga de 25-30 mg/kg de vancomicina, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina. No mantener gentamicina o amikacina más de 72 horas.
Shock séptico Un subconjunto de la sepsis asociado con anomalías circulatorias, celulares y metabólicas. Esto se presenta como hipotensión refractaria a la reposición de líquidos IV, que requiere terapia vasopresora para mantener PAM > 65 mmHg, y que se asocia con hipoperfusión tisular (lactato > 2 mmol/L), en ausencia de hipovolemia.	<i>Adquirida en la comunidad:</i> Ceftriaxona 2 g EV (niño 50 mg/kg) EV OD MÁS Amikacina primera dosis 28 mg/kg EV OD en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos.

Comentarios y duración de la terapia

Considerar pacientes de alto riesgo para MDR si cualquiera de los siguientes:

- » Uso reciente de antibióticos
- » Ingreso hospitalario reciente
- » Colonización previa por gérmenes MDR

En caso de que se utilice gentamicina, amikacina o vancomicina para la sepsis, es particularmente importante el control diario del aclaramiento de creatinina (consultar el cálculo de Cockcroft- Gault).

La fiebre tifoidea (fiebre entérica) puede presentarse como fiebre con pocas características focales. Ante sospecha fiebre tifoidea, consultar **Tifoidea (fiebre entérica), Comprobada o Sospechada**, en el Capítulo 9: Infecciones Gastrointestinales.

Extraer hemocultivos y posteriormente administrar antibióticos dentro de la primera hora.

Proseguir investigación de foco infeccioso. Consultar la sección correspondiente una vez que se evidencie un foco y ajustar los antibióticos en consecuencia.

El diagnóstico de shock séptico se establece en aquellos pacientes que mantienen presión arterial media (PAM) < 65 mmHg tras una adecuada reposición de fluidos por vía intravenosa, o requieren tratamiento vasopresor.

La administración precoz de antibióticos se asocia con mejor pronóstico. Los pacientes deben recibir antibióticos durante la primera hora de presentación.

Referir a UCI.

Niño 15 mg/kg EV OD.

Si la amikacina no estuviese disponible y baja probabilidad disfunción renal, Se recomienda administrar primera dosis de gentamicina 7 mg/kg IV. Si alta probabilidad de disfunción renal, administrar gentamicina 4-5 mg/kg EV OD.

MÁS

Vancomicina 25-30 mg/kg (dosis de carga), posteriormente ajustar de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.

Ante ausencia de mejoría clínica tras 48 horas de antibioterapia y en ausencia de resultados de cultivo, cambiar a pauta antibiótica recomendada para shock séptico nosocomial.

Para consultar la frecuencia de administración, ver la sección de **dosificación de aminoglucósidos**. *No mantener gentamicina o amikacina más de 72 horas.*

Nosocomial:

Meropenem 1 g (niño 40 mg/kg) EV TID

MÁS

vancomicina de 25-30 mg/kg (dosis de carga), posteriormente de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina.

Bacteriemia por gramnegativos

Tratar según susceptibilidad antimicrobiana.

Si se identifica el foco de la infección, consultar la sección correspondiente de la guía.

Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*

Consideraciones generales

- » Siempre que sea posible, eliminar el foco de la bacteriemia (p. ej., cánula, absceso, hueso necrótico).
- » Evaluar clínicamente en busca de focos metastásicos de infección (por ejemplo, endocarditis, artritis séptica, osteomielitis, abscesos).

*Para **Staphylococcus aureus** sensible a meticilina (SASM):*

Cloxacilina 2g QID (niño 50mg/kg hasta 2g) (para shock séptico usar la dosificación Q4H)

*Para **Staphylococcus aureus** resistente a la meticilina (SARM):*

Vancomicina EV, dosis según apartado Vancomicina

Se recomienda monitorización de creatinina cada 2 ó 3 días mientras el paciente esté en tratamiento con vancomicina.

Duración:

En caso de foco infeccioso desconocido, buena respuesta al tratamiento, paciente no inmunocomprometido y ausencia de foco de infección profundo o descontrolado, se recomienda un total de 5 a 7 días de tratamiento antibiótico.

Para la bacteriemia por *Burkholderia pseudomallei*, ver **Melioidosis** en el Capítulo 14: Infecciones especiales.

Tratar como complicado si cualquiera de los siguientes está presente:

- » Persistencia de hemocultivo positivo >48 horas después de iniciar los antibióticos apropiados.
- » Persistencia de fiebre 72 horas después de iniciar los antibióticos apropiados.
- » Válvulas cardíacas anormales.
- » No se ha identificado ningún foco de infección.
- » Foco de infección identificada pero no abordado.
- » Evidencia de focos metastásicos de infección.
- » Material protésico intravascular.

- » Repetir una serie de hemocultivos cada 48 horas hasta negativización.
- » Realizar ecografía transtorácica a todos los pacientes.

Candidemia

Consideraciones generales

- » Siempre que sea posible, eliminar el foco de candidemia (por ejemplo, vía intravenosa, catéter)
- » Evaluar clínicamente en busca de focos metastásicos de infección.
- » Repetir una serie de hemocultivos cada 48 horas hasta negativización
- » Realizar ecografía transtorácica
- » Realizar examen de fondo de ojo para evaluar endoftalmitis.

Fluconazol 800 mg (niños 12 mg/kg hasta 800 mg) EV (dosis inicial), seguido de 400 mg (niños 6 mg/kg hasta 400 mg) EV OD.

Cuando haya mejorado clínicamente, modificar a:
Fluconazol 400 mg (niño 6 mg/kg) VO OD

Especies de *Candida* diferentes a *C. albicans* pueden necesitar dosis más elevadas.

Referencias

eTG complete. Sepsis and bacteraemia. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith C, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021. Intensive Care Med 2021; 47(11):1181-1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y

Gavelli F, Castello L, Avanzi G. Management of sepsis and septic shock in the emergency department. Intern Emerg Med 2021; 16(6):1649-1661. doi: 10.1007/s11739-021-02735-7

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Duración:

Bacteriemia no complicada: tratar durante 2 semanas EV.

Bacteriemia complicada: tratar durante al menos 4 semanas EV. Extender el tratamiento a 6 semanas en caso de respuesta lenta al tratamiento.

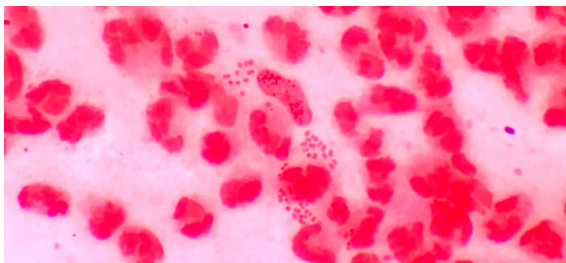
Las complicaciones metastásicas de la candidemia incluyen:

- » Endocarditis.
- » Endoftalmitis.
- » Abscesos.

Duración:

Sin complicaciones metastásicas: tratar durante 2 semanas.

Con complicaciones metastásicas: tratar durante 4-6 semanas.



Diplococos gramnegativos intracelulares en tinción gram

Capítulo 13. Infecciones de piel y partes blandas

Patología	Antimicrobiano
Impétigo El impétigo es una infección bacteriana superficial de la piel causada con mayor frecuencia por <i>Streptococcus pyogenes</i> o <i>Staphylococcus aureus</i>. Ocasionalmente, las lesiones pueden ser ampollas o tener una costra color miel sobre la lesión.	Todo impétigo debe lavarse con agua y jabón y una solución antiséptica tópica tres veces al día para suavizar las costras. <i>Para enfermedad moderada a grave:</i> Cloxacilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO QID <i>Alternativa:</i> Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID O Penicilina benzatínica 1,2 millones de UI (900 mg) (niños <20 kg 0,6 millones de UI (450 mg)) IM, 1 dosis (no usar para el impétigo ampolloso)
Foliculitis, forúnculos, antrax y abscesos cutáneos La foliculitis es la infección de un folículo piloso con exudado inflamatorio purulento. Un furúnculo (o furúnculo) es un simple absceso subcutáneo. Los ántrax son lesiones más profundas y anchas con trayectos interconectados de los folículos pilosos vecinos. Los principales patógenos son <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus pyogenes</i>.	Para abscesos < 5 cm no siempre son necesarios los antibióticos. <i>Después de una incisión y drenaje adecuados, si la celulitis persiste, administrar:</i> Cloxacilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO QID <i>Alternativa:</i> Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID O Clindamicina 450 mg (niños 10 mg/kg) VO TID <i>En caso de signos de afectación sistémica, tratar según el apartado de Celulitis.</i>
Celulitis La celulitis es una infección común de la dermis profunda y el tejido subcutáneo causada con mayor frecuencia por <i>Streptococcus pyogenes</i> y <i>Staphylococcus aureus</i>. Se presenta como eritema, edema, calor y dolor, y puede ser purulenta con pústulas o abscesos asociados. La exposición al agua aumenta el	<i>Infección leve:</i> Cloxacilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO QID <i>Alternativa:</i> Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID O Clindamicina 450 mg (10 mg/kg) VO TID <i>Infección moderada a grave:</i> Cloxacilina 2 g (niños: 50 mg/kg) EV QID

Comentarios y duración de la terapia

Exudado con hisopo para cultivo si la infección es moderada o grave o si el paciente no mejora con el tratamiento de primera línea.

El impétigo *no ampolloso* surge en la cara, especialmente en el área perinasal o las extremidades. Comienza como pápulas eritematosas que se convierten en vesículas, y posteriormente pústulas que se rompen y dan lugar a lesiones costrosas color miel sobre una base eritematosa.

El impétigo *ampolloso* se caracteriza por la progresión de vesículas a ampollas flácidas que se rompen fácilmente y posteriormente se forman costras. Por lo general, es causada por *Staphylococcus aureus*. En adultos con impétigo ampolloso debe realizarse la prueba del VIH.

Duración:

Tratar durante 5 días

La incisión y el drenaje son claves para el tratamiento de forúnculos y ántrax. Enviar pus para cultivo. En caso de mal estado general o síntomas sistémicos, solicitar hemocultivos.

Duración:

En ausencia de afectación sistémica, tratar durante 5 a 7 días.

Consultar ***Bacteriemia por Staphylococcus aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia. Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo si está presente.

Si hay abscesos, la incisión y el drenaje son importantes; si hay signos de fascitis necrotizante, tratar como tal. Considerar SARM si la celulitis es purulenta. Enviar hemocultivos en caso de malestar general. En presencia de pus enviar muestra de para cultivo microbiológico.

Los factores predisponentes para la celulitis, como la infección por tiña de los pies, la linfedema y la dermatitis. Si hay abscesos, la incisión y el drenaje son importantes; si hay signos de fascitis necrotizante, tratar como tal. Considerar SARM si la celulitis es purulenta. Solicitar hemocultivos en caso de mal estado clínico. En presencia de pus solicitar muestra de para cultivo microbiológico.

riesgo de ciertos organismos como *Aeromonas* (agua dulce/salobre) o *Vibrio* (agua salada).

En pacientes con **shock séptico** tratar como **Infección necrotizante de tejidos blandos**.

En pacientes con celulitis que, con afectación periocular, consultar el capítulo **celulitis orbitaria y pre-orbitaria** en infecciones oculares.

Heridas por mordedura

Las infecciones de heridas por mordedura son causadas por bacterias asociadas con la piel humana (*Staphylococcus aureus*) y la flora bucal animal (*Pasteurella* spp., *Capnocytophaga canimorsus*, *Streptococcus* spp., bacterias anaerobias). Las infecciones por mordeduras marinas están asociadas con *Aeromonas* spp., *Shewanella putrefaciens* y *Vibrio* spp.

Se requieren antibióticos para las mordeduras infectadas. Para mordeduras que no están infectadas, se requieren antibióticos si la herida es de alto riesgo.

En presencia de signos de **shock séptico**, tratar como una **infección necrotizante de tejidos blandos**. Ver **Infección necrotizante de tejidos blandos (fascitis necrotizante, mionecrosis, gangrena gaseosa, gangrena de Fournier)** en el Capítulo 13: Infecciones de piel y partes blandas.

Alternativa:

Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID

O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID

O

Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina

Si hay exposición al agua, AGREGAR:

Ciprofloxacino 500 mg (niños 10 mg/kg) VO BID

Considerar la profilaxis antitetánica para todas las heridas por mordedura. Consultar **Profilaxis del Tétanos** en el capítulo Profilaxis antibiótica.

Para mordeduras de humanos (puño) / gatos / perros:

Profilaxis para heridas de alto riesgo o infección leve:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO BID

Alternativa:

Doxiciclina 100 mg (niños ≥ 8 años: 2 mg/kg) VO OD
MÁS

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID
O

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID
MÁS

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID

Infección moderada a grave:

Ceftriaxona 2 g (niño 25 mg/kg) EV OD
MÁS

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV/VO BID

Para mordeduras marinas y heridas contaminadas con agua:

Profilaxis para heridas de alto riesgo o infección leve:

Cloxacilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO QID
MÁS

Ciprofloxacino 500 mg (niños 12,5 mg/kg) BID

Infección moderada a grave:

Cloxacilina 2 g (niños: 50 mg/kg) EV QID
MÁS

Ciprofloxacino 400 mg (niños 10 mg/kg) EV TID

Los factores predisponentes para la celulitis, como la infección por tiña de los pies, la linfedema y la dermatitis fisurada, si están presentes, deben tratarse para prevenir la recurrencia.

El reposo y la elevación de la zona afectada mejora la respuesta clínica.

Duración:

Infección leve: tratar durante 5-7 días

Infección moderada a grave: modificar a antibióticos orales cuando mejore clínicamente. Tratar por un total de 7-10 días.

Consultar ***Bacteriemia por Staphylococcus aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo si está presente.

En presencia de signos de infección, limpiar la herida con un hisopo para cultivo. Ante signos de afectación sistémica realizar hemocultivos. Si se realiza desbridamiento, enviar tejido para cultivo.

Las heridas por mordedura presentan un alto riesgo de infección si cualquiera de los siguientes factores está presente:

- » Presentación tardía para desbridamiento (>8 horas).
- » Herida punzante que no se puede desbridar adecuadamente.
- » Herida en manos, pies o cara.
- » Herida que involucra huesos, articulaciones o tendones.
- » Paciente inmunodeprimido.
- » Herida por mordedura de gato.

Duración:

Profilaxis o infección leve: en ausencia de signos de infección, tratar durante 3 días.

En presencia de signos de infección, tratar de 5 a 7 días dependiendo de la respuesta clínica.

Infección moderada a grave: modificar a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica. Tratar un total de 10-14 días.

Profilaxis e infección de heridas traumáticas

La profilaxis antibiótica no se recomienda de forma rutinaria para heridas traumáticas, pero puede considerarse en heridas que requieren tratamiento quirúrgico o que están muy contaminadas.

Ver **profilaxis para fracturas abiertas** en infecciones óseas y articulares si está presente.

En caso de **shock séptico**, tratar como una **Infección necrotizante de tejidos blandos**.

Ver **Infección necrotizante de tejidos blandos (fascitis necrotizante, mionecrosis, gangrena gaseosa, gangrena de Fournier)** en el Capítulo 13: Infecciones de piel y partes blandas.

Infección del lecho quirúrgico

Paciente posoperatorio que ha desarrollado una infección en el lecho quirúrgico, ya sea en la sala o posterior al alta hospitalaria.

Los patógenos más comunes son *Staphylococcus aureus* y otras especies de estafilococos, especies de estreptococos y enterococos.

En caso de **shock séptico**, tratar como una **infección necrotizante de tejidos blandos**.

Considerar profilaxis antitetánica para todas las heridas. Consultar **Profilaxis del Tétanos** en el capítulo Profilaxis antibiótica.

El desbridamiento y la limpieza a fondo son esenciales.

Para la profilaxis de heridas muy contaminadas que no requieren cirugía y para infecciones leves, utilizar:
Cloxacilina 500 mg (niños 15 mg/kg) VO QID.

Alternativa:

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID
O

Clindamicina 450 mg (niños 10 mg/kg) VO TID

Para la profilaxis de heridas que requieren cirugía y para infecciones moderadas o graves, utilizar:
Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID

Alternativa:

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID
O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID
O

Vancomicina EV, dosis según sección de dosificación de vancomicina

En caso de herida muy contaminada o que penetra en viscera hueca, AÑADIR:

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV/PO BID

Cloxacilina 2g (niño 50mg/kg) EV QID

Alternativa:

Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID
O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID

Ante sospecha de infección por gramnegativos (por ejemplo, una herida muy contaminada que se comunica con el tracto gastrointestinal o urinario), considerar AGREGAR:

Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años 7,5 mg/kg) EV OD

Consultar la sección **de dosificación de aminoglucósidos**.

Si hay evidencia de infección, limpie la herida con un hisopo para cultivo. En presencia de signos de afectación sistémica, enviar hemocultivos.

Duración:

Profilaxis de heridas muy contaminadas que no requieren cirugía: tratar de 24 a 72 horas.

Profilaxis de heridas que requieren cirugía: suspender los antibióticos $\leq$ 24 horas después del cierre de la herida.

Suspender los antibióticos a las 72 horas si no se realiza previamente el cierre de la herida.

Infección leve: tratar de 5 a 7 días dependiendo de la respuesta clínica.

Infección moderada a grave: paso a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica. Tratar durante un total de 10-14 días.

Hisopado de herida para cultivo. En presencia de signos de afectación sistémica, solicitar hemocultivos.

Se recomienda desbridamiento de la herida si hay tejido necrótico o colección profunda. Enviar tejido para cultivo.

Duración:

Paso a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica significativa. Tratar durante 7-14 días dependiendo de la gravedad de la infección.

Infección del pie diabético

Las infecciones de pie diabético pueden afectar la piel y los tejidos blandos o extenderse más profundamente a los músculos y huesos subyacentes. Estas infecciones a menudo son mixtas e involucran aerobios y anaerobios, organismos grampositivos y gramnegativos. Sin embargo, *Staphylococcus aureus* y estreptococos son la causa más común de infecciones agudas del pie diabético en pacientes que no han recibido antibióticos recientemente.

En caso de **shock séptico**, tratar como una **infección necrotizante de tejidos blandos**.

Infección necrotizante de tejidos blandos (fascitis necrotizante, mionecrosis, gangrena gaseosa, gangrena de Fournier)

las características clínicas que sugieren una infección necrotizante de la piel y tejidos profundos incluyen: dolor intenso y constante, ampollas, necrosis o decoloración de la piel, Induración de tejido subcutáneo, presencia de gas en el tejido blando, edema más allá del margen del eritema, propagación rápida, signos de afectación sistémica, fiebre, delirium, insuficiencia renal y leucocitosis.

Se recomienda valoración por Cirugía para considerar desbridamiento.

Leve:

Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO BID

Alternativa:

Cloxacilina 500 mg VO QID

MÁS

Metronidazol 500 mg VO BID

O

Cotrimoxazol 160/800mg BID

MÁS

Metronidazol 500 mg VO BID

Moderada-Grave:

Cloxacilina 2g EV QID

MÁS

Ciprofloxacino 500 mg VO BID (o 400 mg EV TID)

MÁS

Metronidazol 500 mg PO/IV BID

Alternativa:

Clindamicina 600 mg EV TID

MÁS

Ciprofloxacino 500 mg VO BID (o 400 g EV TID)

Meropenem 1 g (niños 20 mg/kg) EV TID

MÁS

Vancomicina 25-30 mg/kg dosis de carga EV, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina

MÁS

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV / VO TID

Alternativa:

Reemplazar meropenem en el régimen anterior por:

Piperacilina/Tazobactam 4/0,5 g (niños 100/12,5 mg/kg) EV QID

O

Reemplazar meropenem en el régimen anterior por:

Amikacina 28 mg/kg EV OD dosis inicial en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos.

Niño 15 mg/kg EV OD.

El cultivo de tejido obtenido por biopsia o aspiración puede ayudar a guiar la terapia antibiótica. Los cultivos de hisopos de heridas superficiales deben interpretarse en el contexto clínico, ya que los organismos aislados pueden colonizar la herida en lugar de infectarla. Tomar hemocultivos si hay mal estado general.

Las infecciones del pie diabético suelen ser peores de lo que parecen. Las complicaciones que deben tenerse en cuenta incluyen la osteomielitis y la infección necrotizante de los tejidos blandos. El cuidado adecuado de las heridas y los apósitos son tan importantes como los antibióticos.

Duración:

Infección leve: tratar durante 5-7 días

Infección moderada a grave: si no hay osteomielitis, Paso a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica significativa. Tratar de 10 a 14 días.

Si la extremidad infectada se amputa con márgenes claros, suspender los antibióticos de 2 a 5 días después de la cirugía.

Consultar **Osteomielitis Aguda** en el Capítulo 2: Infecciones de huesos y articulaciones, y **Osteomielitis Crónica** en el Capítulo 2: Infecciones de Huesos y Articulaciones para conocer la duración del tratamiento si está presente.

Solicitar hemocultivos previo inicio de antibioterapia. Solicitar muestras de tejido del quirófano para cultivo.

Modificar a antibioterapia dirigida tan pronto como estén disponibles los resultados del cultivo.

La clindamicina se incluye en el régimen empírico por sus efectos teóricos antitoxina. Debe continuarse además de un betalactámico en caso de aislamiento de *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* o *Clostridium* spp. como organismos causales.

Duración:

Paso a antibioterapia oral cuando ya no sea necesario desbridamiento, el paciente presente una mejoría clínica significativa y haya permanecido afebril de 48 a 72 horas.

En caso de que en ese momento el paciente se encuentre todavía bajo tratamiento con clindamicina, se recomienda suspender. Continuar con antibioterapia hasta resolución de los signos de infección, pero no necesariamente hasta que la herida haya cicatrizado.

Consultar **Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo si está presente.

Considerar esta posibilidad diagnóstica en cualquier paciente crítico con infección de piel y tejidos blandos. Iniciar antibióterapias en la primera hora de la presentación. El desbridamiento quirúrgico urgente es fundamental.	Reemplazar vancomicina en el régimen anterior por: Cloxacilina 2 g (niños: 50 mg/kg) EV QID <i>Si la herida se ha sumergido en agua AÑADIR:</i> Ciprofloxacino 400 mg (niños 10 mg/kg) EV TID O Ciprofloxacino 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID al régimen de tres fármacos anterior.
Infección necrotizante de tejidos blandos por <i>Streptococcus pyogenes</i>	Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV Q4H MÁS Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID / PO <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H MÁS Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID / PO <i>Cuando sea apropiada el tratamiento oral, modificar a:</i> Amoxicilina 1 g (niños 25 mg/kg) VO TID
Infección necrotizante de tejidos blandos por <i>Clostridium spp.</i> (gangrena gaseosa)	Bencilpenicilina 4 millones de UI (2,4 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV Q4H MÁS Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID / PO <i>Alternativa:</i> Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H MÁS Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID / PO
Infección necrotizante de tejidos blandos por SARM Consultar <u>Bacteriemia por <i>Staphylococcus aureus</i></u> en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia dirigida para infecciones del torrente sanguíneo si está presente.	Dosis de carga de 25-30 mg/kg de vancomicina, posteriormente dosis de acuerdo con la sección de dosificación de vancomicina MÁS Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID / PO

Duración:

Paso a antibioterapia oral cuando ya no sea necesario desbridamiento, el paciente presente una mejoría clínica significativa y haya permanecido afebril de 48 a 72 horas. En caso de que en ese momento el paciente se encuentre todavía bajo tratamiento con clindamicina, se recomienda suspender. Continuar con antibioterapia hasta resolución de los signos de infección, pero no necesariamente hasta que la herida haya cicatrizado.

Duración:

Paso a antibioterapia oral cuando ya no sea necesario desbridamiento, el paciente presente mejoría clínica significativa haya permanecido afebril durante 48 - 72 horas. Mantener antibióticos orales hasta la resolución de los signos de infección, pero no necesariamente hasta que la herida haya cicatrizado.

Duración:

Paso a antibioterapia oral cuando ya no sea necesario desbridamiento, el paciente presente mejoría clínica significativa haya permanecido afebril durante 48 - 72 horas. En este punto se recomienda suspender la clindamicina. Mantener antibióticos orales hasta la resolución de los signos de infección, pero no necesariamente hasta que la herida haya cicatrizado.

Pero no necesariamente hasta que la herida haya cicatrizado.

Quemaduras

La profilaxis antibiótica no está indicada para pacientes con quemaduras que no requieren cirugía de desbridamiento inmediato. Para los pacientes que requieren desbridamiento, utilizar profilaxis quirúrgica rutinaria (consultar **Profilaxis Quirúrgica** en el capítulo Profilaxis con antibióticos). No hay evidencia que apoye el uso de antibióticos profilácticos sistémicos después del desbridamiento. Se recomienda vigilancia estrecha de signos infección e inicio de tratamiento en caso de que esto ocurra.

Considerar la profilaxis contra el tétanos para todas las quemaduras. Consultar **Profilaxis antitetánica** en el capítulo Profilaxis antibiótica.

Leve:

Apósito de gasa esterilizada impregnada de parafina blanda blanca

Moderado a grave con signos de infección:

Crema de sulfadiazina de plata al 1% (no penetra en las escaras)

Administrar antibióticos sistémicos si hay signos de celulitis circundante. Consultar el capítulo **celulitis** en infecciones de piel y tejidos blandos.

Mastitis

La mastitis aguda generalmente se asocia con la lactancia y con frecuencia está causada por *Staphylococcus aureus*.

Leve:

Cloxacilina 500 mg (niños: 15 mg/kg) VO QID

Alternativa:

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID
O

Clindamicina 450 mg (10 mg/kg) VO TID

Moderado a Grave:

Cloxacilina 2 g (niños: 50 mg/kg) EV QID

Alternativa:

Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID
O

Clindamicina 600 mg (niños 15 mg/kg) EV TID

Herpes simple

Común en niños y adultos. El episodio primario generalmente ocurre en la infancia y puede estar asociado con fiebre y linfadenopatías. Las lesiones suelen estar precedidas de dolor, ardor u hormigueo durante varias horas o días. Las lesiones comienzan como máculas y rápidamente evolucionan a papulares, apareciendo vesículas dentro de las 48 horas y costras dentro de los 3-4 días.

Leve:

manejo sintomático

Moderada-Grave:

Aciclovir 400 mg (niños 10 mg/kg) VO 5 veces al día

Supresión a largo plazo:

Aciclovir 400 mg (niños 10 mg/kg) VO BID

Para todos los casos de quemaduras, el desbridamiento y/o la escarotomía adecuados son fundamentales.

Los cultivos de hisopos de heridas superficiales pueden ser útiles para dirigir la terapia antibiótica en caso de infección. Sin embargo, deben interpretarse en el contexto clínico, ya que los organismos aislados pueden colonizar la herida en lugar de infectarla. Solicitar hemocultivos si mal estado general. Solicitar cultivos de tejido del desbridamiento en caso de infección.

Solicitar hemocultivos en caso de malestar general. Enviar torunda de herida, pus o muestras quirúrgicas para cultivo, si están disponibles.
Modificar antibiótico según los resultados de susceptibilidad antimicrobiana.

Duración:

Infección leve: tratar durante 5-7 días

Infección moderada a grave: modificar a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica. Tratar por un total de 7-10 días.

Consultar ***Bacteriemia por Staphylococcus aureus*** en el Capítulo 12: Sepsis y Terapia
Dirigida para Infecciones del Torrente Sanguíneo en caso de bacteriemia.

El tratamiento es eficaz si se inicia dentro de las 48 horas siguientes a la aparición de las lesiones.

Se puede considerar la supresión a largo plazo en pacientes con recurrencias incapacitantes frecuentes, eritema multiforme o en pacientes inmunodeprimidos.

Duración:

Moderado a Grave: Tratar durante 7 días

Supresión a largo plazo: tratar hasta durante 6 meses

Ver también **Encefalitis** en el Capítulo 4: Infecciones del Sistema Nervioso Central, **Úlcera Dendrítica de la córnea causada por el virus del Herpes Simple** en el Capítulo 7: Infecciones Oculares, **Virus del Herpes Simple Genital** en el Capítulo 8: Infecciones genitales y **Herpes Simple Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, bebés y niños)

Ecema herpético

Infección cutánea generalizada por herpes que complica la dermatitis atópica activa o recientemente curada. Se presenta con una erupción aguda de vesículas o múltiples erosiones costrosas en un área de dermatitis. Puede asociarse con fiebre, linfadenopatías y malestar general.

Aciclovir 400 mg (niños 10 mg/kg) VO 5 veces al día

Si hay una infección bacteriana secundaria, tratar como **celulitis**.

Herpes zoster/culebrilla

Causado por la reactivación del virus varicela zoster. Caracterizado por dolor en zona de dermatoma unilateral, con una erupción vesicular sobre una base eritematosa. Más común en adultos mayores y pacientes inmunodeprimidos. Puede complicarse con neuralgia post-herpética. Es más probable que el manejo de esta complicación tenga éxito si la analgesia se inicia precozmente.

Si el tratamiento está indicado (ver comentarios) utilizar:

Aciclovir 800 mg (niño 20 mg/kg) VO 5 veces al día

Para pacientes inmunodeprimidos con enfermedades diseminadas:

Aciclovir 10 mg/kg (niños < 5 años 20 mg/kg, 5-12 años 15 mg/kg, > 12 años usar dosis para adultos) EV TID

Si hay una infección bacteriana secundaria, trate como **celulitis**.

Para la neuralgia post-herpética considerar:

Amitriptilina 25 – 50mg por la noche

Tiña

Causada por hongos dermatofitos. El exantema típico es anular, pruriginoso y escamoso con un borde definido y aclaramiento central.

Tinea capitis Infección por dermatofitos del cabello y cuero cabelludo.

Tineacorporis Infección por dermatofitos de la piel, excepto las palmas de las manos, las plantas de los pies, la ingle y la cara.

Tinea cruris Infección dermatofita del área inguinal y pliegue crural.

Tinea pedis Infección por dermatofitos de los pies.

Tinea manuum Infección por dermatofitos de la mano.

Miconazol 2% crema BID

Alternativa:

Champú de ketoconazol 2% OD dos veces por semana

O

Ketoconazol gel 2% tópica OD

O

Clotrimazol 1% crema tópica BID

O

Crema de terbinafina al 1% BID

Si está indicada la terapia oral (ver comentarios) utilizar:

Fluconazol 150 mg VO semanal

Duración:

Tratar durante 7-10 días. Prolongar duración si las lesiones en ausencia de resolución de las lesiones o evolución a costras el día 10 de tratamiento.

Ver **Herpes Simple** en el Capítulo 13: Infección de piel y tejidos blandos

El tratamiento está indicado para adultos y adolescentes que acuden dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la erupción, y para todos los pacientes inmunodeprimidos, independientemente de la duración de la erupción. La mayoría de los niños con herpes zoster no requieren tratamiento. Tratar si hay inmunodepresión, o si es grave o progresa rápidamente.

Se recomienda realización de prueba de VIH en caso de enfermedad diseminada.

Duración:

Tratar durante 7 días

Pacientes inmunodeprimidos con enfermedades diseminadas: cambio a terapia oral cuando mejoren clínicamente. Tratar por un total de 10-14 días.

Consultar **Profilaxis/Tratamiento del virus de la Varicela Zóster Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños)

Consultar **Profilaxis/Tratamiento del virus de la Varicela Zóster Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, bebés y niños) e Infección por Varicela (varicela) en el Capítulo 14: Infecciones Especiales

En caso de incertidumbre diagnóstica, realizar raspado de piel para hongos y enviarlo al laboratorio para microscopía y cultivo, previo al inicio de tratamiento antimicótico.

La terapia oral está indicada si se presenta lo siguiente

- » Infección generalizada o establecida.
- » Fracaso de la terapia tópica.
- » Rápida recurrencia después de terapia tópica.

En tinea pedis se recomienda mantener los pies secos, particularmente entre los dedos, y mantener el calzado seco al sol.

Duración:

Terapia tópica: tratar durante 2-6 semanas

Terapia oral: tratar durante 6 semanas. Monitorizar función hepática semanalmente.

Candidiasis cutánea

Se presenta como máculas eritematosas confluentes húmedas recubiertas con material similar a la coajada. Por lo general, ocurre en las superficies mucosas o en los pliegues de la piel (por ejemplo, debajo de los senos, en el pliegue inguinal). Ocurre más comúnmente en pacientes con factores predisponentes, como terapia con antibióticos de amplio espectro o diabetes.

Pitiriasis versicolor

Producida por levaduras *Malassezia*. Se observa con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes. Se presenta con parches de hipopigmentación o hiperpigmentación, con descamación fina. Por lo general, en el cuello, el pecho, la espalda y la parte superior de los brazos. La erupción suele ser asintomática.

Piojos de la cabeza (*Pediculus capitis*)

Estos son insectos que viven en el cuero cabelludo y ponen huevos en el cabello. Las mordeduras pueden producir máculas eritematosas, pápulas, excoriaciones y descamación, acompañadas de prurito.

Piojos del cuerpo (*Pediculus corporis*)

Causada por *Pediculus humanus*, piojos que viven en la ropa. Los pacientes refieren prurito y presentan excoriaciones, a menudo lineales, principalmente en el cuello, los hombros, la espalda y las muñecas. En casos crónicos los pacientes pueden tener máculas de hiperpigmentación.

Clotrimazol 1% crema tópica BID

Alternativa:

Miconazol 2% crema tópica BID
O

Nistatina 100 000 unidades crema tópica BID

Si es necesario Se puede agregar una crema esteroide suave a la crema antimicótica para aliviar el prurito.

Champú ketoconazol 2%

Alternativa:

Ketoconazol gel 2% tópica OD
O

Crema de terbinafina al 1% BID

El 40% de los casos se puede curar solo con el peinado húmedo.

Si se requiere insecticida utilizar:

Crema de permetrina al 1 % por vía tópica para el cabello y el cuero cabelludo húmedos. Aplicar durante 20 minutos antes de lavar.

Crema de permetrina al 1 % por vía tópica en superficie corporal. Dejar actuar durante 20 minutos antes de lavar

Alternativa:

Ivermectina 200mcg/kg dosis única (no en niños <15kg o mujeres embarazadas)

Considerar realizar una prueba de hidróxido de potasio (KOH) a pie de cama. Si el diagnóstico sigue sin estar claro, limpie el área con hisopo para cultivo.

Duración:

Continuar hasta 2 semanas después de la resolución de los síntomas.

Ver también **Candidiasis vulvovaginal, aftas Orales (candidiasis), Esofagitis por Candida y Candidemia** Consultar **Aftas Orales (Candidiasis)** en el Capítulo 9: Infecciones Gastrointestinales, **Esofagitis por Candida** en el Capítulo 9: Infecciones Gastrointestinales y **Candidiasis Vulvovaginal** en el Capítulo 17: Salud de la Mujer.

Considerar realizar una prueba de KOH a pie de cama. En caso de dudas diagnósticas, realizar raspado de piel para hongos y enviarlo al laboratorio para microscopía y cultivo, antes del tratamiento antimicótico.

Si bien la afección no deja cicatrices, los cambios de pigmentación pueden tardar varios meses en desaparecer.

Duración:

Champú: una sola aplicación puede ser adecuada.

Crema: tratar durante 1-3 semanas.

Se recomienda lavar las fundas de las almohadas, los peines y los cepillos con agua caliente. Deben examinarse familiares y contactos cercanos.

Duración:

Repetir la aplicación 7 días después del tratamiento inicial.

La ropa y la ropa de cama deben desecharse o lavarse con agua caliente y sellarse en bolsas de plástico cerradas durante 30 días.

Pediculus humanus puede ser vector de tifus y fiebre de las trincheras (*Bartonella quintana*)

Duración:

Repetir aplicación o dosis 7 días después del tratamiento inicial.

Ladillas (*Pediculus Pubis*)

Causado por *Phthirus pubis*, piojos que viven en el vello púbico, axilar, barba y otro cuerpo. El síntoma principal es el prurito. Los huevos son visibles en los pelos. Examine todas las superficies con pelo.

Sarna

Causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*, un patógeno humano que se transmite por contacto físico cercano. Una reacción alérgica al ácaro provoca inflamación y picazón, especialmente por la noche. Aparecen excoriaciones en las redes interdigitales, lados de los dedos, muñecas, palmas laterales, codos, axilas, escroto, pene, labios y areola mamaria en mujeres. La presencia de surcos escamosos en los espacios interdigitales como patognomónicos. En lactantes, ancianos e individuos inmunodeprimidos, todas las superficies de la piel son susceptibles.

Sarna costrosa / Sarna noruega

En la sarna costrosa, la población de ácaros en los pacientes es muy alta debido a una respuesta inmunitaria inadecuada del huésped. Ocurre en pacientes inmunodeprimidos y se presenta como placas hiperqueratósicas. Puede haber engrosamiento y distrofia asociados de las uñas de los pies y de las manos.

Referir a **Dermatología y Enfermedades Infecciosas** si es posible.

Crema de permetrina al 1% por vía tópica en el vello. Dejar durante 20 minutos antes de lavar.

Alternativa:

Ivermectina 200mcg/kg dosis única
(no en niños o mujeres embarazadas)
Afeitarse el vello puede ser útil.

crema de permetrina al 5 % por vía tópica para secar la piel desde el cuello hacia abajo (incluidas las manos, debajo de las uñas y los genitales). Dejar actuar durante 8-14 horas. Vuelva a aplicar en las manos si están lavadas.

Alternativa:

Ivermectina 200mcg/kg dosis única
(no en niños <15kg o mujeres embarazadas)
O
Emulsión de benzoato de bencilo al 25%
(aplicar según permetrina)

Ivermectina 200 mcg/kg VO OD (no en niños <15 kg o mujeres embarazadas)

MÁS

Escabicida tópico:

Crema de permetrina al 5 % por vía tópica para secar la piel desde el cuello hacia abajo (incluidas las manos, debajo de las uñas y los genitales). Dejar actuar durante 24 horas. Vuelva a aplicar en las manos si están lavadas. En días alternos.

Alternativa:

Emulsión de benzoato de bencilo al 25% (aplicar según permetrina) en días alternos.

La pediculosis del pubis se transmite por contacto sexual o cercano. Se recomienda examinar a los contactos.

Duración:

Repetir aplicación o dosis 7 días después del tratamiento inicial.

Enviar raspado de piel de múltiples sitios para microscopía si existen dudas en el diagnóstico. Sin embargo, debido a la baja carga de ácaros en la sarna, puede resultar falso negativo.

Todos los miembros de la familia y el contacto cercano deben ser tratados simultáneamente.

Las personas tratadas deben usar ropa limpia. Toda la ropa, almohadas, toallas y ropa de cama que hayan usado durante la semana anterior deben lavarse con agua caliente y secarse a alta temperatura.

El prurito puede empeorar inicialmente con el tratamiento y puede tardar 3 semanas en desaparecer después de finalizar el tratamiento.

Duración:

Repetir aplicación o dosis 7 días después del primer tratamiento.

Enviar raspado de piel de múltiples localizaciones para microscopía para confirmar el diagnóstico. En la sarna con costrosa la microscopía es generalmente positiva debido a la alta carga de ácaros.

Se recomienda realizar prueba de VIH.

Duración:

Aplicar escabicida cada dos días durante la primera semana, posteriormente aplicar dos veces por semana hasta curación.

Leve: administrar ivermectina los días 1 y 8.

Moderado: administrar ivermectina los días 1, 2 y 8.

Grave: administrar ivermectina los días 1, 2, 8, 9 y 15.

	MÁS <i>Al escabicida tópico AGREGAR queratolítico:</i> Ácido salicílico al 5-10% en crema de sorboleno tras lavado en días alternos cuando no se utilice escabicida. <i>Alternativa:</i> Solución de Whitfield (ácido salicílico al 3% y ácido benzoico al 6% en lanolina base) en días alternos.
Larva Migrans cutánea Causada por anquilostomiasis animal. Se presenta con surcos eritematosos, intensamente pruriginosos y serpiginosos debido a la migración de las larvas. Progresan unos centímetros al día. Frecuentemente involucra pies, piernas y glúteos.	Albendazol 400 mg (en niños de 10 kg o menos: 200mg) VO OD <i>Alternativa:</i> Ivermectina 200 mcg/kg VVO OD (no en niños <15 kg o mujeres embarazadas)
Pian El Pian es una infección de la piel causada por la subespecie pertenece <i>Treponema pallidum</i> que se transmite por contacto de piel con piel. La mayoría de las veces causa una infección primaria autolimitada con pápulas que se agrandan hasta convertirse en lesiones similares a verrugas con erosión superficial que se resuelven espontáneamente en 6 meses. Semanas o meses más tarde se produce una erupción generalizada de lesiones cutáneas similares por diseminación hematogena o linfática, y se producen múltiples recaídas en los primeros 5 años. Por lo general, las lesiones son indoloras, elevadas y de color marrón rojizo con una costra amarilla.	Penicilina benzatínica 1,2 millones (900 mg) (niño <20 kg 0,6 millones UI (450 mg)) dosis única IM <i>Alternativa:</i> Azitromicina 30 mg/kg (dosis máxima 2 g) VO dosis única

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico. Los pacientes suelen tener antecedentes de exposición a arena o tierra contaminada.

Duración:

Albendazol: tratar durante 3 días

Ivermectina: tratar durante 1-2 días

La serología de sífilis se puede utilizar para ayudar en el diagnóstico de pian. Estas pruebas no pueden distinguir entre la infección con los organismos que causan la sífilis o el pian. Ver **Sífilis** en el Capítulo 8: Infecciones Genitales para la interpretación serológica.

Repita las pruebas no treponémicas a los 6 y 12 meses después de la terapia. Debe producirse una disminución en los títulos de cuatro veces dentro de los 12 meses posteriores a un tratamiento exitoso.

El pian puede complicarse con periostitis o erosiones maxilares paranasales.

Se desconoce si el pian puede causar infección congénita.

Referencias

Ahronowitz I, Leslie K. Yeast Infection, In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2952 – 2964

Bravo F, Talhari C, Ezzedine K. Endemic (Nonvenereal) Treponematoses. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3172 - 3185

Chance A, Kroshinsky D. Necrotizing Fasciitis, Necrotizing Cellulitis, and Myonecrosis. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2770 – 81

Condon S, Isada C, Tomecki K. Systemic and Topical Antibiotics. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3407 – 3422

eTG complete. Insects and mites: bites and infestations. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Skin and soft tissue infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Traumatic wound infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Ghannoum M, Salem I, Christensen. Antifungal. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3436 - 3450

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Iuh K, Key J. Helminthic Infection. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3251 - 3273

Jeffrey I, Cohen. Herpes Simplex. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3021 - 3024

Kenneth E, Schmader, Michael E, Oxman. Varicella and herpes zoster. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3035 - 3064

Kwatra S, Loss M. Other Topical Medication. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3610 - 3622

Lauren N, Craddock, Stefan M. Superficial Fungal Infection. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2924 - 2951
Miller L. Superficial Cutaneous Infection and Pyodermas. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2718 - 2745
Ministry of Health Malaysia. National antimicrobial guideline 2019. 3rd ed. Malaysia: Ministry of Health; 2019

Mitja O, Mabey D. Yaws, bejel, and pinta. In: Ryan E, Rosen T, Baron E, Ofori A, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2022. <https://www.uptodate.com/contents/yaws-bejel-and-pinta>

[pinta?search=yaws&source=search_result&selectedTitle=1~11&usage_type=default&display_rank=1#H2054732244](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/search/yaws/?source=search_result&selectedTitle=1~11&usage_type=default&display_rank=1#H2054732244)

Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. An update on the treatment and management of cellulitis. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)* 2019; 110(2):124-130. Doi: 10.1016/j.ad.2018.07.010

Pearson R, Margolis D. Cellulitis and Erysipelas. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 2746 – 56

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). *Pioderma*. Dalam: *Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia*. Jakarta; 2017. 121 – 125

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). *Varicella*. Dalam: *Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia*. Jakarta; 2017. 147 – 150

Perhimpunan Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI). *Herpes Zoster*. Dalam: *Panduan Praktis klinis, bagi dokter spesialis kulit dan kelamin di Indonesia*. Jakarta; 2017. 61 – 66

Urbina T, Razazi K, Ourghanlian C, Woerther P-L, Chosidow O, Lepeule R, et al. Antibiotics in necrotizing soft tissue infections. *Antibiotics (Basel)*- 2021; 10(9):1104. doi: 10.3390/antibiotics10091104

Wheat C, Burkhart C, Burkhart C, Cohen B. Scabies, Other Mites, and Pediculosis. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3274 – 3305

Zeena Y, Nguyen Q, Sanber K, Tying S. Antiviral Drug. In: Goldsmith L, Katz S, Gilchrest A, Paller A, Leffell D, Wolff K, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2019. 3493 - 3516



Aspergillus en microscopio

Capítulo 14. Infección especial

Patología	Antimicrobiano
Tifus de los matorrales y otras infecciones por rickettsias Sospechar en pacientes con cefalea, fiebre, transaminasas elevadas, trombocitopenia y leucocitosis. Examinar en busca de escaras, linfadenopatía dolorosa y erupción cutánea.	Doxiciclina 100 mg (niños 2 mg/kg) VO BID <i>Alternativa:</i> Azitromicina 500 mg (niños 10 mg/kg) el día 1, Posteriormente 250 mg (niños 5 mg/kg) durante 4 días más.
Malaria Causada por parásitos <i>Plasmodium</i> y propagada por el mosquito <i>Anopheles</i> hembra. Por lo general, se presenta como una enfermedad febril y puede variar desde una enfermedad leve hasta una enfermedad grave con afectación cerebral o fracaso multiorgánico. Tratar como paludismo grave si alguna de las siguientes características: » Alteración del nivel de conciencia » Vómitos » Insuficiencia renal u oliguria » Dificultad respiratoria » Anemia grave » Hipoglucemia » Parasitemia >2 % de hematíes » Acidosis	<i>Leve a moderada:</i> Arteméter/Lumefantrina (Coartem) 20/120 mg VO 5-14kg: 1 comprimido por toma 15-24kg: 2 comprimidos por toma 25-34kg: 3 comprimidos por toma >34kg: 4 comprimidos por dosis Administrar a las 0, 8, 24, 36, 48 y 60 horas para un total de 6 dosis <i>Grave:</i> Artesunato 2,4 mg/kg EV/IM cada 12 horas 3 dosis y posteriormente cada 24 horas 2 dosis más. <i>Alternativa:</i> Quinina 20 mg/kg en 10 ml/kg de líquido EV infundido durante 4 horas. Posteriormente, 8 horas después de la dosis inicial, administrar 10 mg/kg de quinina en fluidos intravenosos durante 2 horas y repita cada 8 horas para un total de 7 días de tratamiento antibiótico.

Comentarios y duración de la terapia

Duración:

Tratar con doxiciclina durante 7 días.

Enviar sangre para pruebas de antígenos, PCR y extensión gruesa y fina para confirmar el diagnóstico.

Consultar las **Directrices sobre Paludismo de Timor-Leste** para más información.

Consultar **Malaria Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños)

Tétanos

La inoculación de *Clostridium tetani* en una herida sucia provoca la enfermedad por la producción de toxinas. Después de la infección de una herida, el período de incubación del tétanos suele ser de alrededor de 1 semana, pero oscila entre 1 día y 2 meses. Es posible que muchos pacientes no recuerden la herida, por lo que esto no debería disuadir a los médicos de la sospecha diagnóstica. El tetanoespasmo generalizado es la presentación más común; los síntomas generalmente comienzan con trismus y progresan para involucrar al resto de los músculos del cuerpo. La enfermedad puede tardar semanas en resolverse.

Limpiar y desbridar todas las heridas contaminadas a tiempo y en profundidad.

Para detener una mayor producción de toxina, utilizar antibióticos para tratar C. tetani:

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV/VO BID

Alternativa:

Bencilpenicilina 3 millones de UI (1,8 g) (niño 80 000 UI (50 mg) /kg) EV QID

O

Ampicilina 2g (niño 50mg/kg) EV Q4H

Para neutralizar la toxina que ya está en circulación, utilizar:

Antitoxina humana 500-3000U IM

Para reducir los espasmos musculares y aliviar sintomático:

Diazepam 5-20 mg PO/IV TID (pueden requerirse dosis de hasta 20 mg Q2H) (neonatos 2 mg EV TID).

A dosis altas (80 mg/24h) monitorizar supresión respiratoria

Para reducir la disfunción autonómica y el espasmo muscular:

Dosis de carga EV de 5 g de sulfato de magnesio (niños 75 mg/kg), posteriormente infusión EV de 2-3 g/h hasta que se controle el espasmo. Controle los reflejos rotulianos y, si se produce arreflexia, disminuir la dosis.

Varicela

Causada por la infección primaria con el virus varicela zoster (VZV). Se contrae con mayor frecuencia en la infancia, pero puede ocurrir en la edad adulta, cuando es más probable que cause enfermedad grave. Por lo general, se presenta con una erupción vesicular pruriginosa que posteriormente forma costras. La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento.

Tratar a todos los pacientes con enfermedad grave, enfermedad complicada (p. ej., neumonitis, encefalitis o hepatitis) o inmunodeprimidos. Tratar a las mujeres embarazadas si se presentan dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la erupción.

Aciclovir 800 mg (niños: 20 mg/kg) VO 5 veces al día

Todos los pacientes tienen indicación de vacunación contra el tétanos. La infección por tétanos NO confiere inmunidad.

Mantener a los pacientes en un ambiente tranquilo, oscuro y silencioso (el movimiento, el viento, las luces brillantes o la angustia emocional pueden desencadenar espasmos).

La actividad ansiolítica del Diazepam es útil en esta enfermedad tan angustiada, pero su actividad antiespasmódica es aún más importante.

Solo utilizar sulfato de magnesio EV y diazepam EV en un entorno hospitalario controlado con acceso a soporte respiratorio si es necesario.

Duración:

Tratar con antibióticos durante 7-10 días.

Ver **Profilaxis del Tétanos** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica

Se recomienda evitar el contacto del paciente con cualquier persona inmunocomprometida o embarazada mientras sea infeccioso.

Duración:

Tratar durante 7-14 días.

Consultar **Profilaxis/Tratamiento del Virus de la Varicela Zoster Neonatal** en el Capítulo 11: Infecciones pediátricas (neonatos, bebés y niños) y Herpes Zoster en el Capítulo 13: Infección de piel y tejidos blandos.

Infección por VIH

El TAR se recomienda para todos los pacientes con VIH. En pacientes con diagnóstico reciente de VIH, descartar otras infecciones antes de comenzar el TAR para reducir el riesgo de síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI). Para los pacientes sin infecciones oportunistas, comience el TAR tan pronto como sea posible.

El SIRI es una reacción inflamatoria a una infección latente o subclínica con organismos como *Mycobacterium avium complex*, TB o *Cryptococcus*. El SIRI puede ocurrir después de comenzar el TAR, especialmente cuando el recuento de CD4 < 100 células/microlitro.

Consultar las **Pautas Integrales de TAR de Timor-Leste**.

Derivar a todos los pacientes al equipo de VIH.

Solicitar valoración por **Enfermedades Infecciosas** donde esté disponible.

Neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PJP)

Pneumocystis jirovecii puede causar neumonía en pacientes inmunodeprimidos. Sospechar PJP en pacientes inmunodeprimidos con fiebre, tos seca, disnea e hipoxia que progresan durante días o semanas, que no responden al tratamiento empírico para NAC. Tenga en cuenta que CXR puede ser normal en el 50% de los casos.

Consultar las **Pautas integrales de TAR de Timor-Leste**.

Considerar profilaxis para las siguientes infecciones oportunistas:

- » *Pneumocystis jirovecii* si CD4 <200 células/microlitro, O porcentaje de células CD4 <14% (Ver **Profilaxis de *Pneumocystis jirovecii*** en el Capítulo 1: Profilaxis con antibióticos)
- » Toxoplasmosis si CD4 <100 células/microlitro (Ver **Profilaxis de Toxoplasmosis** en el Capítulo 1: Profilaxis con antibióticos)
- » *Mycobacterium avium complex* si CD4 <50 células/microlitro (Ver Profilaxis del ***Mycobacterium avium complex* (MAC)** en el Capítulo 1: Profilaxis con antibióticos)

Investigar la TB activa en todos los pacientes con VIH. Considerar tratamiento para la TB latente si no hay evidencia de enfermedad activa. Si la radiografía de tórax y las pruebas de esputo no están disponibles, comenzar el tratamiento de TB latente en pacientes que NO tengan fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso o tos de más de 2 semanas de duración. Ver **Guías completas de TB de Timor-Leste para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis**

En la mayoría de los pacientes con VIH y TB activa, se recomienda inicio TAR dentro de las 2 semanas posteriores al inicio del tratamiento de la TB. En pacientes con VIH y meningitis tuberculosa, retrasar el TAR 8 semanas después del inicio del tratamiento de la TB.

Cotrimoxazol 5+25mg/kg (adulto y niño > 1 mes) hasta 480mg+2400mg, VO TID

En PJP con signos de gravedad AGREGAR:
Prednisona 40 mg (niños 1 mg/kg) VO BID durante 5 días
Seguido por:
Prednisona 40 mg (niños 1 mg/kg) OD durante 5 días
Seguido por:
Prednisona 20 mg (niño 0,5 mg/kg) OD durante 11 días
Seguido por:
Pauta descendente de prednisona hasta la finalización del tratamiento.

Antes de comenzar el TAR, se recomienda realización de:

- » recuento de CD4
- » carga viral del VIH
- » ADN proviral del VIH (en niños menores de 2 años)
- » hemograma, bioquímica, creatinina, función hepática
- » Prueba de embarazo en mujeres en edad reproductiva
- » Glucosa y lípidos en ayunas
- » Análisis de orina
- » Serología de sífilis y cribado de ITS
- » Serología VHB y VHC
- » RX de tórax (CXR)
- » Esputo para TB GeneXpert X 3 en pacientes con síntomas constantes o cambios en la CXR
- » Antígeno sérico de *Cryptococcus* en pacientes con CD4 < 200 células/microlitro

Si el paciente es sintomático, considerar lo siguiente cuando esté disponible:

- » Hemocultivo para MAC (solicitar incubación prolongada en BACTEC) en pacientes con CD4 < 50 células/microlitro
- » TC cerebral y punción lumbar
- » Otras investigaciones según síntomas

Examinar a todos los pacientes con VIH para detectar otras ITS, incluida la sífilis. Consultar el Capítulo 8: Infección Genital.

Consultar **Meningitis criptocócica en el Capítulo 4: Infecciones del Sistema Nervioso Central, Tuberculosis (TB)** en el Capítulo 6: ORL / Infecciones del Tracto Respiratorio, **Esofagitis por Candida** en el Capítulo 9: Infecciones Gas-trointestinales, **Profilaxis Neonatal del VIH** en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, lactantes y niños), **Pneumocystis Jirovecii (PJP)** en el Capítulo 14: Infecciones Especiales, **Toxoplasma gondii** en el Capítulo 14: Infecciones Especiales, **Mycobacterium avium complex (MAC)** en el Capítulo 14: Infecciones Especiales.

PJP se considera de gravedad si cualquiera de los siguientes está presente:

- » Presión arterial parcial de O₂ (PaO₂) < 70 mmHg en aire ambiente
- » Saturación de O₂ < 94% en aire ambiente

Para los pacientes con VIH y PJP que no tienen otras infecciones oportunistas, comenzar el TAR en las 2 semanas posteriores al diagnóstico.

Duración:

Tratar durante 21 días. Posteriormente, se recomienda pauta profiláctica para PJP.

Consultar **Profilaxis de *Pneumocystis jirovecii* (PJP)** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica.

Toxoplasma gondii

La encefalitis por toxoplasmosis se presenta múltiples lesiones cerebrales con realce en anillo en pacientes inmunodeprimidos. Es la infección del SNC más frecuente en pacientes con VIH avanzado que no reciben profilaxis.

Solicitar valoración por **Enfermedades infecciosas** donde esté disponible.

Cotrimoxazol 5+25 mg/kg hasta 480 + 2400 mg, VO BID durante 6 semanas.

Seguido por:

Cotrimoxazol 160 / 800 mg VO BID

Considerar agregar corticosteroides si hay efecto de masa o edema significativo relacionado con las lesiones cerebrales.

Mycobacterium avium Complex (MAC)

La infección por MAC causa linfa-denitis, enfermedad pulmonar e infección diseminada. No todos los pacientes inmunocompetentes que desarrollan MAC a partir de un cultivo de esputo necesitan tratamiento y deben considerarse caso por caso. La infección MAC diseminada ocurre con mayor frecuencia en pacientes inmunodeprimidos. Las características clínicas incluyen fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga, diarrea, dolor abdominal, hepatomegalia, esplenomegalia y linfadenopatías.

Solicitar valoración por **Enfermedades infecciosas** donde esté disponible.

Azitromicina 500 mg VO OD

(Alternativa: Claritromicina 500 mg VO BID)
MÁS

Etambutol 15 mg/kg VO OD

En pacientes con alta carga micobacteriana, recuentos de CD4 muy bajos o con carga viral no suprimida a pesar de TAR, AGREGAR:

Rifampicina 600 mg VO OD (o 300 mg VO BID)
Y/O

Levofloxacin 500 mg VO OD

Sospeche encefalitis por toxoplasmosis en pacientes con VIH si TODOS los siguientes están presentes:

- » CD4 <100 células/microlitro
- » Paciente no en tratamiento profiláctico
- » Dolor de cabeza y/u otros síntomas neurológicos
- » Evidencia de lesiones cerebrales múltiples con realce en anillo

Considerar un diagnóstico alternativo en ausencia de mejoría clínica o radiológica dentro de los 10-14 días de haber comenzado el tratamiento.

En pacientes con VIH y toxoplasmosis sin otras infecciones oportunistas, se recomienda inicio de TAR en las 2 semanas posteriores al diagnóstico. Controle los síntomas y signos de SIRS.

Duración:

hasta CD4 > 200 células/microlitro durante al menos 6 meses.

Ver **Profilaxis de *Toxoplasma gondii* en pacientes con VIH** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica.

Realizar hemocultivos en pacientes con sospecha de enfermedad diseminada y solicitar incubación prolongada en BACTEC (los cultivos suelen ser positivos a los 7-10 días). En caso de enfermedad pulmonar, solicitar esputo para cultivo. Debe tenerse en consideración que un cultivo positivo puede representar una colonización en lugar de una infección. En linfadenitis, enviar biopsia de adenopatía o aspiración para cultivo.

En los pacientes con VIH y MAC en ausencia de otras infecciones oportunistas, se recomienda comenzar el TAR en las 2 semanas posteriores al diagnóstico.

Duración:

Continuar durante al menos 12 meses. Después de este tratamiento se puede interrumpir si CD4 >100 células/microlitro durante > 6 meses

Consultar **Profilaxis *Mycobacterium avium complex* (MAC)** en pacientes con VIH en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica.

Melioidosis

Causada por la bacteria *Burkholderia pseudomallei*. La enfermedad se produce por inhalación e inoculación percutánea. Los pacientes pueden presentar neumonía que a veces simula TB, sepsis con abscesos en múltiples órganos o úlceras cutáneas. Los factores de riesgo incluyen diabetes, consumo peli-groso de alcohol, enfermedad re-nal y enfermedad pulmonar cróni-ca, y otras formas de inmunosu-presión.

Solicitar valoración por **Enfermedades Infecciosas** donde esté disponible.

Terapia intensiva:

Meropenem 1 g (niños 25 mg/kg) EV TID

(Si hay compromiso neurológico usar 2g (niño 50mg/kg) EV TID)

MÁS

En enfermedades neurológicas, osteomielitis, artritis séptica, infección genitourinaria e infección de piel y tejidos blandos AGREGAR:

Cotrimoxazol (ver dosis más abajo)

Terapia de erradicación:

Cotrimoxazol 40-60 kg 240/1200 mg, >60 kg 320/1600 mg, niño 6/30 mg/kg, VO BID

MÁS

Ácido fólico 5 mg (niños 0,1 mg/kg) VO OD

Referencias

Currie B. Melioidosis TEHS Guideline. Darwin: Top End Health Service; 2020 eTG complete. Chickenpox. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Human Immunodeficiency Virus. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au> eTG complete. Melioidosis. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

eTG complete. Rickettsial infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au> European AIDS Clinical Society. Guidelines: Version 10.0: November 2019. Brussels: EACS; 2019

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Enviar muestra de sangre, orina, esputo, pus y/o hisopado de herida para cultivo. Todos los pacientes deben tener una radiografía de tórax (CXR) y una tomografía computarizada (TC) o una ecografía del abdomen y pelvis para detectar abscesos.

Duración:

Absceso cutáneo, bacteriemia sin foco: intensivo 2 semanas, erradicación 3 meses.

Neumonía: intensivo 3-4 semanas, erradicación 3 meses.

Recolección profunda, artritis séptica: intensivo 4 semanas desde el drenaje más reciente, erradicación 3 meses.

Osteomielitis: intensivo 6 semanas, erradicación 6 meses.

Infección del SNC, aneurismas micóticos: intensivo 8 semanas, erradicación 6 meses.

Se recomienda control regular de electrolitos y creatinina durante el tratamiento con cotrimoxazol.

National HIV/AIDS programme Timor-Leste. Guidelines for antiretroviral therapy and management of opportunistic infections for children, adolescents and adults living with HIV. Timor-Leste: Ministerio da Saude; 2021

Panel on Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, the HIV Medicine Association for the Infectious Diseases Society of America. USA: NIH; 2020
Thwaites L. Tetanus. In: Sexton D, Mitty J, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021. https://www.uptodate.com/contents/tetanus?search=tetanus%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

Capítulo 15. Infecciones Gastrointestinales Quirúrgicas

Patología	Antimicrobiano
Apendicitis, perforación intestinal, diverticulitis grave, peritonitis, absceso intraperitoneal Los pacientes inestables o sépticos requieren cirugía de emergencia. La evidencia disponible no apoya el uso de tratamiento únicamente con antibióticos para tratar la apendicitis no perforada. Referir a todos los pacientes al equipo quirúrgico	Ampicilina 2 g (niño 50 mg/kg) EV QID MÁS Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años 7,5 mg/kg) EV OD MÁS Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV BID <i>Si el paciente está en shock séptico, reemplazar la gentamicina con:</i> Amikacina 28 mg/kg EV OD (dosis inicial) en pa-cientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos. Niño 15 mg/kg EV OD. Si la amikacina no está disponible y baja probabilidad de disfunción renal, administrar el régimen anterior, pero aumentar la gentamicina a 7 mg/kg EV para la primera dosis. <i>Si se requiere mantener tratamiento EV después de 48 horas, modificar a:</i> Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD MÁS Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV BID <i>Modificar a antibióticos orales cuando el paciente presente mejoría clínica. Si el antibiograma no está disponible, utilizar:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID O Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID MÁS Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID

Comentarios y duración de la terapia

Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia. Enviar cultivo de tejido desde quirófano.

En caso de sepsis, administrar antibióticos dentro de la primera hora de presentación.

Duración:

Apendicitis no complicada: suspender antibióticos inmediatamente después de la apendicectomía.

Apendicitis complicada (perforación, absceso), peritonitis, intestino perforado: paso a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica. Tratar durante un total de 5 días después del control quirúrgico de la infección.

Colección intraabdominal residual no drenada o abscesos: Mantener antibióticos durante 4-6 semanas.

Ver **Profilaxis de Cirugía del Árbol Gastrointestinal y Biliar** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica

Colecistitis, colangitis

En la colecistitis, la colecistectomía debe considerarse precozmente. La colangitis supurativa grave requiere descompresión biliar en las primeras 24 horas.

Referir a todos los pacientes al equipo quirúrgico

Ampicilina 2 g (niño: 50 mg/kg) EV QID MÁS

Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años: 7,5 mg/kg) EV OD

Si el paciente se encuentra en shock séptico, reemplazar la gentamicina por:

Amikacina 28 mg/kg EV OD (dosis inicial) en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de **dosificación de aminoglucósidos.**

Niño 15 mg/kg EV OD.

Si la amikacina no está disponible y hay baja probabilidad de disfunción renal, administrar el régimen anterior, pero aumentar la gentamicina a 7 mg/kg EV para la dosis inicial.

En caso de colangitis con obstrucción biliar crónica o colecistitis acalculosa AGREGAR:

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) EV BID

En caso de requerir terapia EV tras 48 horas, sustituir ampicilina + gentamicina por:

Ceftriaxona 2 g (niño 50 mg/kg) EV OD.

Si evolución clínica favorable, paso a antibioterapia oral. En ausencia de resultados de susceptibilidad antimicrobiana, utilizar:

Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID
O

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID
MÁS, si hay obstrucción biliar crónica o colecistitis acalculosa

Metronidazol 500 mg (niños 12,5 mg/kg) VO BID
(niños 12,5mg/kg) VO BID

Referencias

eTG complete. Intra-abdominal Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Extraer hemocultivos antes de administrar antibioterapia. Enviar cultivo de tejido desde quirófano.

En caso de sepsis, administrar antibióticos dentro de la primera hora de presentación.

Duración:

Colangitis con drenaje biliar: suspender los antibióticos 5 días después del drenaje.

Colangitis sin drenaje biliar: tratar durante 7-10 días.

Colecistitis por cálculos con colecistectomía: suspender los antibióticos inmediatamente después de la colecistectomía.

Colecistitis acalculosa con colecistectomía: tratar durante 5 días después de la colecistectomía.

Colecistitis sin colecistectomía: tratar durante 7-10 días

Ver **Profilaxis de Cirugía del Árbol Gastrointestinal y Biliar** en el Capítulo 1: **Profilaxis Antibiótica**

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Capítulo 16. Infección del Tracto Urinario

Patología	Antimicrobiano
Bacteriuria asintomática Bacterias que se multiplican activamente en el tracto urinario de pacientes asintomáticos. Única-mente tiene indicación de tratamiento en mujeres embarazadas, ya que se asocia con un riesgo del 20-30% de desarrollar pielonefritis en el embarazo posterior.	No se recomiendan antibióticos para la mayoría de los pacientes con bacteriuria asintomática. <i>Durante el embarazo, mientras se esperan los resultados del urocultivo y el resultado del antibiograma, utilizar:</i> Nitrofurantoína 100 mg VO BID <i>Alternativa:</i> Amoxicilina 500 mg VO TID O Cotrimoxazol 160/800 mg BID (evitar en el primer y tercer trimestre si hay una alternativa disponible) En caso de fracaso del tratamiento empírico, se recomienda repetir urocultivo.
Cistitis Los síntomas pueden incluir disuria, polaquiuria o hematuria. La fiebre o la hipersensibilidad del fosa renal son resultado de infección del tracto urinario superior; consultar Pielonefritis a continuación. En lactantes sintomáticos <12 meses, se recomienda mantener alta sospecha de pielonefritis.	Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID (evitar en el primer y tercer trimestre del embarazo si hay alternativa disponible). <i>Alternativa:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID Modificar la terapia antibiótica según los resultados de los cultivos y las pruebas de sensibilidad antimicrobiana. La ingesta elevada de líquidos y el vaciado completo de la vejiga pueden ayudar a la resolución de la UTI.
Pielonefritis, infección complicada del tracto urinario La pielonefritis suele presentarse con fiebre, disuria y dolor unilateral en fosa renal. En los niños pequeños, los síntomas y signos pueden ser más inespecíficos, con fiebre, vómitos y alimentación deficiente comunes en los bebés <12 meses.	<i>Leve a moderada:</i> Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID (evitar en el primer y tercer trimestre del embarazo si hay alternativa disponible). <i>Alternativa:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID <i>Grave:</i> Cefazolina 2g (niño 50mg/kg) EV TID MÁS

Comentarios y duración de la terapia

Se recomienda la detección de bacteriuria en la primera visita prenatal.

Realizar urocultivo y en lo posible tratar de acuerdo con los resultados de este. Si no se dispone de urocultivo, realizar una tira reactiva de orina. Repetir el urocultivo 1-2 semanas después de completar tratamiento antibiótico.

Duración:

Tratar durante 5-7 días.

Realizar cultivo de orina. El cultivo es particularmente importante en pacientes con infecciones urinarias recurrentes, uso reciente de antibióticos o en pacientes con fracaso del tratamiento empírico.

Los hombres deben ser examinados en busca de evidencia de prostatitis. Si el paciente es portador de catéter urinario, es importante retirarlo o cambiarlo.

Duración:

Mujeres y niños > 12 meses: tratar durante 3-5 días

Hombres: tratar durante 7 días

Niños < 12 meses: tratar durante 5 días.

Realizar cultivo de orina. En presencia de signos de afectación sistémica, realizar hemocultivos antes de administrar antibioterapia. **En caso de sepsis, administrar antibióticos dentro en la primera hora de presentación.**

Considerar la obtención de pruebas de imagen del tracto urinario para definir o excluir anomalías anatómicas o funcionales subyacentes.

En niños menores de 12 meses con pielonefritis, debe priorizarse el tratamiento inicial con antibióticos intravenosos, debido a un mayor riesgo de bacteriemia secundaria.

Se considera infección urinaria complicada en presencia de:

- » Obstrucción
- » Inmunosupresión
- » Litiasis renales
- » Anomalia anatómica del tracto urinario

Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años 7,5 mg/kg) EV OD

Alternativa:

Ceftriaxona 2g (niño 50mg/kg) EV OD

O

Si la cefazolina no está disponible, reemplazar en el régimen anterior con:

Ampicilina 2 g (niño 50 mg/kg) EV QID

En caso de shock séptico, reemplazar gentamicina con:
Amikacina 28 mg/kg EV OD (dosis inicial) en pa-cientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos.

Niño 15 mg/kg EV OD.

Si la amikacina no está disponible y baja probabilidad de disfunción renal, administrar el régimen anterior, pero aumentar la gentamicina a 7 mg/kg EV para la dosis inicial.

En caso de requerir tratamiento EV tras 48 horas, sustituir ampicilina + gentamicina por:
Ceftriaxona 2 g (niño 50 mg/kg) EV OD.

Epidídimo-orquitis

Infección del epidídimo y/o testículos. Se presenta con piuria, dolor y edema escrotal e hinchazón. El tratamiento depende de si la infección es resultado de transmisión sexual.

Neisseria gonorrhoeae y *Chlamydia trachomatis* son los organismos causales más comunes en hombres menores de 35 años.

Los grupos de edad son únicamente sugerencias para guiar el tratamiento cuando los resultados microbiológicos no están disponibles.

No adquirida sexualmente (>35 años):

Leve-moderado:

Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID

O

Ciprofloxacino 500 mg VO BID

Grave:

Ampicilina 2 g (niño: 50 mg/kg) EV QID

MÁS

Gentamicina 4-5 mg/kg (niños <10 años: 7,5 mg/kg) EV OD

En caso de requerir terapia EV después de 48 horas, sustituir ampicilina + gentamicina por:
Ceftriaxona 2 g (niño 50 mg/kg) EV OD.

Transmisión sexual (<35 años):

Paquete ITS.

Consultar el capítulo Infecciones genitales.

Duración:

Paso a antibioterapia oral cuando el paciente presente mejoría clínica. Tratar un total de 10-14 días.

Ver **Profilaxis de Procedimientos Urológicos** en el Capítulo 1: Profilaxis Antibiótica

En todos los pacientes se recomienda realizar cultivo de orina. Para hombres sexualmente activos, realizar prueba de detección de ITS; recoger primera muestra de orina para PCR de gonorrea y clamidia, limpiar uretra y/o el recto con un hisopo bacteriano para cultivo, y con un hisopo seco o viral para PCR.

Duración:

No adquirida sexualmente: paso a antibióticos orales cuando el paciente presente mejoría clínica. Tratar un total de 14 días.

Prostatitis bacteriana crónica

Infección persistente de la próstata, generalmente con organismos gramnegativos. Los síntomas pueden incluir febrícula, urgencia o malestar perineal. La mayoría de los supuestos casos de prostatitis 'crónica', caracterizada por dolor pélvico crónico, no se deben a una infección, por lo que se deben evitar ciclos repetidos de tratamiento antibiótico. La prostatitis bacteriana crónica es infrecuente.

Ciprofloxacino 500 mg VO BID

Los antibióticos deben ajustarse según los resultados del cultivo. Las fluoroquinolonas y el cotrimoxazol son los agentes preferidos debido a su buena penetración en próstata.

Referencias

Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. editors. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018

eTG complete. Urinary Tract Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

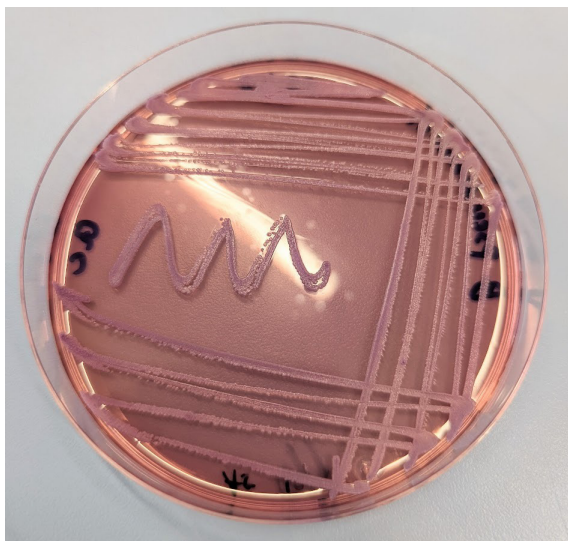


Prueba de API para identificación bacteriana

Tomar cultivo de orina en todos los pacientes. Considerar realizar un masaje prostático inmediatamente antes de la recolección de orina para mejorar la sensibilidad del cultivo.

Duración:

Tratar durante 4 semanas.



Colonias arrugadas moradas de *Burkholderia pseudomallei* en medio Ashdown

Capítulo 17. Salud de la mujer

Patología	Antimicrobiano
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) La EIP es una infección del tracto genital superior en las mujeres. Incluye endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico y peritonitis pélvica. Por lo general, es polimicrobiano y puede ser causado por una variedad de organismos de transmisión sexual y no sexual. En caso de sepsis, administrar antibióticos dentro de la primera hora o presentación.	<i>En pacientes con indicación de tratamiento oral (ver comentarios) utilizar:</i> Amoxicilina 500 mg VO TID MÁS Metronidazol 500 mg VO BID MÁS Paquete ITS (Cefixima 400mg VO y Azitromicina 1g VO) dosis única <i>Para pacientes con indicación de tratamiento EV (ver comentarios) utilizar:</i> Ceftriaxona 2 g EV OD MÁS Metronidazol 500 mg EV BID MÁS Azitromicina 1 g VO dosis única (En caso de sepsis, utilizar 500 mg EV OD) <i>En caso de shock séptico, AGREGAR:</i> Amikacina 28 mg/kg EV OD (dosis inicial) en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de dosificación de aminoglucósidos. Si no se dispone de amikacina y baja probabilidad de disfunción renal, administrar una dosis única EV de 7 mg/kg de gentamicina. En caso de alta probabilidad de disfunción renal, administrar 4-5 mg/kg de gentamicina. Paso a antibioterapia oral según resultados de susceptibilidad. En ausencia de resultados de susceptibilidad antimicrobiana, utilizar: Amoxicilina 500 mg VO TID MÁS Metronidazol 500 mg VO BID

Comentarios y duración de la terapia

Enviar muestra de la primera orina de la mañana para PCR. Tomar muestra vaginal con hisopo bacteriano para cultivo y con hisopo viral (seco) para PCR. En presencia de signos de afectación sistémica, enviar hemocultivos antes de administrar antibioterapia.

Los pacientes con cualquiera de los siguientes deben recibir terapia EV:

- » Embarazo.
- » Intolerancia oral.
- » Dolor grave.
- » Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- » Afectación sistémicas.
- » Sepsis.
- » Sospecha de absceso tubo-ovárico.

Duración:

En caso de tratamiento EV, se recomienda paso a antibioterapia oral cuando la paciente presente mejoría clínica. Utilizar dosis únicas de azitromicina y cefixima. Tratar un total de 14 días.

Si se detecta un patógeno de transmisión sexual, consultar el Capítulo 8: Infecciones Genitales.

Endometritis posparto

Infección del endometrio tras el embarazo. Puede extenderse al miometrio, parametrio y progresar más allá del útero.

Suele ser polimicrobiana. Las pacientes suelen presentar fiebre, dolor pélvico y sensibilidad uterina, siendo más frecuente en la primera semana posparto. En raras ocasiones, *Clostridium*, *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus* pueden provocar endometritis con síndrome de shock tóxico y/o infección necrotizante de tejidos blandos. La endometritis más de una semana después del parto sugiere infección por *Chlamydia trachomatis*.

Infección Intraamniótica/corio-amnionitis

Infección que afecta el líquido amniótico, la placenta, el feto, las membranas fetales o la decidua. La mayoría de las infecciones son polimicrobianas. Los pacientes presentan fiebre, sensibilidad uterina y líquido amniótico purulento.

Leve:

Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO TID

Alternativa:

Cotrimoxazol 160 / 800 mg VO BID

MÁS

Metronidazol 500 mg VO BID

Grave:

Ampicilina 2g EV QID

MÁS

Gentamicina 4-5 mg/kg EV OD

MÁS

Metronidazol 500 mg EV BID

*En caso de **shock séptico**, reemplazar la gentamicina por:*

Amikacina 28 mg/kg EV OD como primera dosis en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de **dosificación de aminoglucósidos**.

Si la amikacina no está disponible y el paciente tiene baja probabilidad de disfunción renal, administrar régimen anterior aumentando gentamicina a 7 mg/kg EV para la dosis inicial. *No mantener gentamicina o amikacina más de 72 horas.*

Ampicilina 2g EV QID

MÁS

Gentamicina 4-5mg/kg

*En caso de **shock séptico**, reemplazar la gentamicina por:*

Amikacina 28 mg/kg EV OD como (dosis inicial) en pacientes con aclaramiento de creatinina > 60 ml/minuto. Utilizar 16-20 mg/kg si el aclaramiento de creatinina es <60 ml/minuto. Para dosis posteriores, consultar la sección de **dosificación de aminoglucósidos**.

Si la amikacina no está disponible y el paciente tiene baja probabilidad de disfunción renal, administrar régimen anterior, pero aumentando gentamicina a 7 mg/kg EV para la dosis inicial.

En caso de sepsis, administrar antibióticos en la primera hora de presentación.

Extraer hemocultivos si la paciente presenta mal estado general. Enviar la primera muestra de orina para PCR. Tomar muestra vaginal con hisopo bacteriano para cultivo y con hisopo viral (seco) para PCR.

Duración:

Leve: tratar durante 7 días

Grave: continuar con antibióticos intravenosos hasta que la paciente permanezca afebril durante 24 - 48 horas y presente mejoría clínica, posteriormente suspender.

Si se detecta un patógeno de transmisión sexual, consultar el Capítulo 8: Infecciones Genitales.

En caso de sepsis, administrar antibióticos en la primera hora de presentación.

En caso de sepsis, solicitar hemocultivos. Considerar enviar líquido amniótico para microscopía y cultivo.

Duración:

Tras parto vaginal, interrumpir los antibióticos a menos que la paciente presente signos de sepsis. Tras cesárea, administrar una dosis adicional de cada antibiótico y posteriormente suspender.

En caso de que la paciente desarrolle fiebre en el puerperio, tratar como endometritis posparto.

	No mantener gentamicina o amikacina más de 72 horas. <i>En caso de cesárea, utilizar la profilaxis habitual además de los antibióticos para la corioamnionitis. Después del parto por cesárea y pinzamiento del cordón AGREGAR:</i> Metronidazol 500 mg EV dosis única
Aborto séptico	Tratar como Endometritis Posparto
Absceso de Bartolino Las glándulas de Bartolino se encuentran en la parte posterior de los labios mayores y, por lo general, producen moco para la lubricación vaginal y vulvar. El bloqueo de estos conductos provoca quistes que a veces pueden infectarse de forma secundaria y dar lugar a un absceso. Los patógenos incluyen <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Streptococcus spp.</i> y <i>E. coli</i>.	A menos que haya eritema significativo después del drenaje, no se requiere antibioterapia. <i>Si la infección persiste después del uso de drenaje:</i> Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg (niños 25/6,25 mg/kg) VO TID <i>Alternativa:</i> Cotrimoxazol 160/800 mg (niños 4/20 mg/kg) VO BID
Candidiasis vulvovaginal Frecuentemente se presenta con prurito o ardor vaginal o vulvar. La mucosa puede tener una secreción blanquecina con placas sobre una base eritematosa. La secreción generalmente no es maloliente. La incidencia de candidiasis vulvovaginal aumenta durante el embarazo, particularmente en el tercer trimestre. Candida ocasionalmente puede causar balanitis, especialmente en pacientes diabéticos y en parejas de mujeres con candidiasis vaginal recurrente.	Clotrimazol pesario 500 mg PV dosis única <i>Alternativa:</i> Clotrimazol 1% crema vía tópica OD O Nistatina 100 000 unidades vía tópica OD <i>Si intolerancia a tratamiento tópico y paciente no embarazada, utilizar:</i> Fluconazol 150 mg VO dosis única

El pilar fundamental del tratamiento es el drenaje quirúrgico. En caso de infección recurrente o complicada, enviar pus para cultivo.

Duración:

Tratar durante 7 días.

Realizar microscopía en preparación húmeda de flujo vaginal con medición de pH. En la candidiasis, el pH vaginal suele ser normal (4- 4,5).

En caso de dudas al diagnósticas o de síntomas recurrentes o resistentes, extraer muestra del área afectada para microscopía y cultivo antes de la terapia antimicótica.

El fracaso del tratamiento se debe frecuentemente a un diagnóstico erróneo.

Duración:

Pesario de clotrimazol: administrar dosis única

Crema de clotrimazol al 1%: tratar durante 6 noches.

Nistatina: tratar por 14 noches.

Fluconazol: administrar dosis única.

Consultar Candidiasis Oral (candidiasis) en el Capítulo 9: Infecciones Gastrointestinales, Candidiasis Oral neonatal (candidiasis) en el Capítulo 11: Infecciones Pediátricas (neonatos, bebés y niños) y Candidiasis Cutánea en el Capítulo 13: Infección de la Piel y los Tejidos Blandos.

Vaginosis bacteriana (VB)

Los lactobacilos son un componente importante de la flora vaginal normal y producen hidrógeno para mantener un pH ácido, lo que limita el crecimiento de anaerobios. La VB es reflejo de cambios en el microbiota vaginal típica. Las mujeres pueden presentar una secreción grisácea o blanquecina con olor a pescado. Prurito o ardor están generalmente ausentes. En el examen físico se evidencia capa homogénea lechosa adherida a la pared vaginal.

Las parejas masculinas de mujeres con vaginosis bacteriana pueden estar colonizadas con organismos asociados con la VB (por ejemplo, *Gardnerella vaginalis*). Sin embargo, generalmente son asintomáticos.

Profilaxis antibiótica en cirugía ginecológica (histerectomía, procedimientos ginecológicos-oncológicos, prolapso de órganos pélvicos)

Profilaxis antibiótica en parto por cesárea

Metronidazol 2g VO dosis única

Alternativa:

Metronidazol 500 mg VO BID

O

Clindamicina (preferida en el embarazo) 300 mg VO BID

Actualmente no se recomienda el tratamiento de parejas sexuales masculinas.

Cefazolina 2g IV

MÁS

Metronidazol 500 mg EV

Alternativa:

Clindamicina 600mg + Gentamicina 2mg/kg

O

Cloxacilina 2g + Gentamicina 2mg/kg + Metronidazol 500mg

Cefazolina 2 g IV

Alternativa:

Cloxacilina 2g EV O

Clindamicina 600mg IV

O

Vancomicina 15mg/kg

Realizar microscopía en una preparación húmeda de flujo vaginal para buscar células clave. Medir pH: en VB habitualmente >4.5. Realizar prueba de liberación de aminas (positiva si se produce un olor a pescado al agregar KOH al 10% al flujo vaginal).

Enviar hisopo vaginal al laboratorio para microscopía; no es necesario solicitar cultivo en VB.

La VB es un factor de riesgo para el parto prematuro, la adquisición y transmisión del VIH y la adquisición de otras ITS. Se asocia con enfermedad inflamatoria pélvica. Realice pruebas a todas las mujeres con VB para detectar otras infecciones de transmisión sexual, como el VIH y la sífilis. Consultar el [Capítulo 8: Infecciones Genitales](#).

Duración:

Metronidazol 2g: administrar dosis única

Metronidazol 500mg y clindamicina: tratar durante 7 días

Duración:

Suspender antibióticos tras el procedimiento. No mantener profilaxis más de 24 horas. En presencia de signos de infección, consultar [Enfermedad Inflamatoria Pélvica \(EIP\)](#) en el [Capítulo 17: Salud de la mujer](#) y [Endometritis Posparto](#) en el [Capítulo 17: Salud de la mujer](#).

En presencia de signos de infección, consultar [Infección del Sitio Quirúrgico](#) en el [Capítulo 13: Infecciones de la Piel y los Tejidos Blandos](#).

Duración:

Suspender tratamiento antibiótico tras el procedimiento. No mantener profilaxis más de las 24 horas.

Si hay infección de la herida quirúrgica, consultar [Infección del Sitio Quirúrgico](#) en el [Capítulo 13: Infecciones de piel y tejidos blandos](#).

Profilaxis antibiótica en laceración del esfínter anal

Tratamiento inicial: Cefazolina 2g EV MÁS Metronidazol 500 mg IV

Alternativa:
Clindamicina 600mg IV

Seguido por:
Amoxicilina/Ácido clavulánico 500/125 mg VO TID

Alternativa:
Cotrimoxazol 800/160 mg VO BID
MÁS
Metronidazol 500 mg VO BID

Profilaxis de la infección neonatal por estreptococo del grupo B (SGB)

La profilaxis está indicada en cualquiera de los siguientes:

- » Enfermedad invasiva previa por estreptococos del grupo B en el recién nacido
- » Colonización conocida del grupo B en el embarazo actual
- » Fiebre intraparto ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
- » Inicio prematuro de trabajo de parto (< 37 semanas de gestación)
- » Rotura prolongada de membranas ($\geq 18\text{h}$)

Cefazolina 2g TID EV

Alternativa:
Ampicilina 2g QID EV
O
Bencilpenicilina 5 millones de UI (3 g) EV para una dosis, seguida de 3 millones de UI (1,8 g) Q4H EV hasta el parto
O
Clindamicina 600 mg TID EV

Rotura prematura de membranas (RPM)

El diagnóstico se realiza mediante la obtención de antecedentes de pérdida de líquido vaginal, exploración con espéculo y pruebas de nitrazina y test de Fern positivas, antes del inicio del trabajo de parto.

Solo administre antibióticos si la gestación es < 34 semanas.

Azitromicina 1g EV/PO una sola vez
MÁS
Ampicilina 2g QID por 48 horas

Seguido por:
Amoxicilina 500 mg TID VO

Duración:

Administrar una dosis única EV como tratamiento inicial, posteriormente 5 días de antibioterapia oral.

Considerar el cribado de colonización por estreptococos del grupo B con un hisopo vaginal en mujeres embarazadas, de 3 a 5 semanas antes de la fecha esperada de parto.

Duración:

Iniciar 4 horas antes de la previsión de parto y finalizar en el momento del parto.

La RPM se ha asociado con un mayor riesgo de corioamnionitis, desprendimiento y prolapso del cordón; sin embargo, puede ser beneficioso mantener el embarazo para lograr una mayor madurez fetal.

34 semanas o más: programar parto. Inducción del parto a menos que exista contraindicación. Se recomienda profilaxis de SGB. Puede considerarse curso único de corticosteroides hasta las 36 semanas.

32-33 semanas completas: manejo expectante. Profilaxis de SGB, curso único de corticosteroides, antimicrobiano para prolongar la latencia

24-31 semanas completas: manejo expectante. Profilaxis de SGB, curso único de corticosteroides, antimicrobianos para prolongar la latencia, considerar tocolíticos. Considerar administración de sulfato de magnesio para neuroprotección.

Duración:

Suspender tratamiento antibiótico después de 7 días o del parto (lo que ocurra primero).

Profilaxis antibiótica en parto vaginal normal	No se recomienda profilaxis antibiótica para un parto vaginal normal si la paciente no tiene factores de riesgo de infección neonatal por SGB. No se recomienda profilaxis antibiótica después del parto excepto en el caso de laceración del esfínter anal.
Agresión sexual Además del abordaje de las lesiones físicas, se debe considerar la exposición a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Se debe considerar el tratamiento antimicrobiano para la posible gonorrea, clamidia, vaginosis bacteriana y tricomoniasis.	Administrar antibióticos profilácticos si imposibilidad de realizar pruebas de ITS o si baja probabilidad de que la víctima regrese para recibir tratamiento. Ceftriaxona 500 mg IM dosis única MÁS Azitromicina 1g VO dosis única MÁS Metronidazol 2g monodosis

Referencias

Baker C. Prevention of early-onset group B streptococcal disease in neonates. In: Berghella V, Sexton D, Barss V, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2022. [https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-early-onset-group-b-streptococcal-disease-in-neonates?search=group%20b%20strep%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H`3](https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-early-onset-group-b-streptococcal-disease-in-neonates?search=group%20b%20strep%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H`3)

Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. editors. Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018

Duff P. Preterm prelabour rupture of membranes: management and outcome. In: Lockwood C, Barss V, editors. UpToDate [internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2021. https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=premature%20rupture%20of%20membranes%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1683472693

Si hay pruebas disponibles, ofrecer pruebas de detección de ITS:

- » Orina para PCR de clamidia y gonorrea
- » Hisopos bacterianos y virales (secos) vaginales, faríngeos y/o rectales para cultivo y PCR
- » Serología VIH, VHB y Sífilis

Consultar el Capítulo 8: Infecciones Genitales

Si no hay evidencia de vacunación contra la hepatitis B y HBsAg negativo (o no se puede realizar la prueba), administrar la primera dosis de la vacuna contra el VHB, posteriormente repetir a los 1-2 y 4-6 meses.

Se recomienda la administración de profilaxis antirretroviral si el riesgo de transmisión de VIH es alto.

eTG complete. Genital and Sexually Transmitted Infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au> eTG complete. Perinatal infections. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Knight M, Chiochia V, Partlett C, Rivero-Arias O, Hua X, Hinshaw K et al. Prophylactic antibiotics in the prevention of infection after operative vaginal delivery (ANODE): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2019; 393 (10189): 2395-2403. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30773-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30773-1)

A) Descripción general de los antibióticos más comunes

β -LACTÁMICOS

Las penicilinas, cefalosporinas, monobactámicos y carbapenémicos tienen un anillo β -lactámico en su estructura molecular. Estos antibióticos bactericidas actúan principalmente sobre la pared celular bacteriana. Aunque algunas bacterias producen β -lactamasas y, por lo tanto, han desarrollado resistencia, estos fármacos siguen siendo útiles en el tratamiento de muchos tipos diferentes de infecciones.

Penicilinas

La penicilina es activa contra *Streptococci* spp., *Neisseria*, *Spirochaetes*, algunos anaerobios incluyendo Clostridia y algunos otros organismos. La mayoría de los aislamientos de *Staphylococcus aureus* son resistentes a la penicilina y existe una resistencia creciente a la cloxacilina. La prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae* productora de penicilinasa va en aumento. Hay informes de disminución de sensibilidad a la penicilina en neumococos y estreptococos de otras partes del mundo. La única desventaja de las penicilinas son las potenciales de reacciones de hipersensibilidad.

A. Penicilinas

1. Bencilpenicilina (también conocida como penicilina cristalina o penicilina G)
 - » Para uso endovenoso (EV) y debe administrarse con frecuencia (4-6 horas).
2. Penicilina procaína
 - » Preparación intramuscular (IM) con mayor duración de acción. Debe administrarse con menos frecuencia, es decir, diariamente.
3. Penicilina benzatínica
 - » Preparación intramuscular, proporcionando bajos niveles de penicilina en la circulación durante 3-4 semanas.
4. Fenoximetil penicilina (también conocida como penicilina V)
 - » Preparación oral, intrínsecamente menos activa que la Bencilpenicilina.

La penicilina es el fármaco de elección para el tratamiento de las siguientes infecciones:

- » Infecciones estreptocócicas, ej. faringoamigdalitis

- » Infecciones por *Streptococcus pneumoniae*
- » Infecciones meningocócicas, ej. meningitis, sepsis
- » Sífilis
- » Infecciones por clostridios, difteria
- » Leptospirosis

B. Aminopenicilinas

La ampicilina y la amoxicilina son destruidas por las β -lactamasas estafilocócicas, pero tienen un espectro ligeramente más amplio que las penicilinas debido a su actividad contra algunos bacilos gramnegativos como *E. coli*, *Salmonella* spp. y *Shigella* spp. También tienen mejor actividad contra *H. influenzae* y *enterococos* en comparación con la penicilina.

Aunque previamente eran sensibles, la resistencia a estos fármacos entre *E. coli* ahora está muy extendida. Muchas cepas de *H. influenzae* también producen β -lactamasas, capaces de destruir estos fármacos.

La amoxicilina se absorbe mejor que la ampicilina y tiene una vida media más larga, por lo que se prefiere para la terapia oral. Estos fármacos se utilizan en el tratamiento empírico de infecciones respiratorias y en el tratamiento de infecciones susceptibles del tracto urinario. También se pueden usar para la fiebre tifoidea.

C. Penicilinas antiestafilocócicas

Son penicilinas de espectro estrecho, resistentes a las β -lactamasas estafilocócicas. La meticilina, la oxacilina y las cloxacilinas entran en esta categoría. De estos, solo la cloxacilina, la flucloxacilina y la dicloxacilina son clínicamente útiles y deben usarse únicamente ante sospecha o confirmación de infecciones estafilocócicas.

La cloxacilina, apta para administración oral, puede causar ictericia colestática en algunos pacientes.

Algunos estafilococos han desarrollado resistencia a este grupo por mecanismos distintos a la β -lactamasa. Estos *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (SARM) son resistentes a todos los demás betalactámicos (es decir, todas las penicilinas, cefalosporinas, monobactámicos y carbapenémicos).

D. Penicilinas antipseudomonas

Estas son penicilinas más recientes con un alto grado de actividad contra las bacterias gramnegativas, incluidas *Pseudomonas*, ej. piperacilina, ticarcilina

E. Combinaciones β -lactámicos e Inhibidores de β -lactamasas

Los ejemplos de inhibidores de β lactamasa incluyen ácido clavulánico y sulbactam.

La amoxicilina se puede combinar con ácido clavulánico, que en sí mismo tiene una actividad antibacteriana mínima, pero inhibe la β -lactamasa de manera efectiva, y permite la utilización de amoxicilina contra bacterias productoras de β -lactamasa. La combinación de amoxicilina/ácido clavulánico puede causar colestasis. Las combinaciones que utilizan sulbactam son más costosas y, por lo tanto, deben usarse solo al tratar infecciones confirmadas por productores de β -lactamasa.

Nota: La hipersensibilidad a cualquier penicilina implica el potencial de hipersensibilidad a todas las penicilinas. Consultar Alergia a betalactámicos a continuación.

Cefalosporinas

Las cefalosporinas se han clasificado tradicionalmente en “generaciones” en función de su espectro de actividad. En general, las cefalosporinas son menos propensas a las reacciones de hipersensibilidad, son más estables a las penicilinasas estafilocócicas y tienen un espectro más amplio que las penicilinas. Sin embargo, tienen muy poca acción contra los enterococos. Ninguna de las cefalosporinas disponibles en Timor-Leste tiene acción contra SARM. También se ha demostrado que las cefalosporinas seleccionan SARM, enterococos resistentes a la vancomicina y bacilos gramnegativos resistentes a la ceftriaxona. Por lo tanto, las indicaciones para su uso deben ser limitadas.

- A. Las cefalosporinas de primera generación incluyen cefalexina (oral), cefalotina y cefazolina (parenteral). El espectro de actividad es similar para cada uno, siendo eficaz contra estafilococos productores de penicilinasas y otros cocos grampositivos (excepto SARM y enterococos) y algunos baci-

los entéricos gramnegativos. No existe una ventaja especial para ninguna cefalosporina de primera generación sobre otra. No suelen ser la primera opción para ninguna infección, aunque sí lo son para la mayoría de las profilaxis quirúrgicas. Se pueden usar en algunos pacientes con hipersensibilidad a la penicilina; consultar [Alergia a los betalactámicos a continuación](#).

- B. Las cefalosporinas de segunda generación incluyen (entre otras) cefuroxima y cefaclor (oral). Estos son más estables a algunas β -lactamasas gramnegativas. Su actividad contra los organismos grampositivos es similar o menor que la de las cefalosporinas de primera generación y tienen diversos grados de actividad contra los anaerobios. Estos fármacos tienen un papel terapéutico limitado y son más caros que las cefalosporinas de primera generación.
- C. La principal actividad de las cefalosporinas de tercera generación (p. ej., ceftriaxona, ceftazidima, cefotaxima) es contra los bacilos gramnegativos. Tienen alguna actividad contra cocos Grampositivos y su actividad contra anaerobios varía. Una de las principales ventajas de estos agentes es su capacidad para llegar al sistema nervioso central. La ceftazidima tiene el beneficio adicional de una actividad antipseudomona específica. La ceftriaxona y la cefotaxima son útiles en la sepsis y meningitis intrahospitalaria y cualquier otra sepsis y meningitis por gramnegativos.

Monobactámicos (p. ej., aztreonam) y carbapenémicos (p. ej., meropenem)

- A. El aztreonam es activo frente a las bacterias gramnegativas, incluidas las pseudomonas y las enterobacterias productoras de β -lactamasa.
- B. Los carbapenémicos tienen un espectro mucho más amplio e incluyen bacterias grampositivas, gramnegativas y algunas anaerobias. Son los agentes de elección para BLEE (organismos productores de β -lactamasas de espectro extendido).

Aminoglucósidos

Este grupo de antibióticos (que incluye gentamicina, tobramicina, amikacina y estreptomina) actúa inhibiendo la síntesis de proteínas en las bacterias. Tienen buena actividad contra los bacilos aerobios gramnegativos, incluida

la *Brucella*. Cuando se administran junto con las penicilinas, tienen buena actividad contra los enterococos. La estreptomicina en combinación también es útil contra las micobacterias. Los aminoglucósidos no se absorben cuando se administran por vía oral y deben administrarse por vía parenteral para obtener efectos sistémicos. Los aminoglucósidos son ototóxicos y nefrotóxicos. El índice terapéutico es bajo y es necesario controlar los niveles séricos en caso de utilizarlos como terapia dirigida o empírica durante más de 3 días (consultar la dosificación de aminoglucósidos a continuación). A pesar de esta desventaja, se utilizan ampliamente por su acción sobre los bacilos gramnegativos. La gentamicina es la más barata y el aminoglucósido de elección para el tratamiento empírico de la infección por gramnegativos, incluidas las infecciones nosocomiales. Debido a los altos niveles de resistencia a la gentamicina en Timor-Leste, la amikacina es el aminoglucósido recomendado en el shock séptico.

La indicación principal de los aminoglucósidos es como terapia empírica a corto plazo, pendiente del resultado de las pruebas complementarias. Su valor como fármacos empíricos se relaciona con su rápida actividad bactericida y los niveles comparativamente bajos de resistencia en muchos patógenos Gramnegativos asociados con la comunidad y la asistencia sanitaria. En caso de utilizarlos empíricamente, no se deben administrar durante más de 72 horas. Si se requiriese un curso completo de tratamiento empírico EV (por ausencia de aislamiento microbiológico), se recomienda cambiar a un fármaco alternativo con menor toxicidad como la ceftriaxona.

Los aminoglucósidos están indicados para terapia dirigida solo en limitadas circunstancias; tales como:

- » Resistencia demostrada a otros antimicrobianos más seguros.
- » En dosis bajas como tratamiento sinérgico de la endocarditis estreptocócica y enterocócica.

Se recomienda monitorear las concentraciones plasmáticas de aminoglucósidos en estos pacientes, desde la primera dosis de terapia dirigida. Consultar la dosificación de los aminoglucósidos a continuación.

Fluoroquinolonas

Estos antibióticos (por ejemplo, ciprofloxacino, norfloxacino, levofloxacino) actúan inhibiendo la síntesis de ADN bacteriano. Su mayor actividad es contra los bacilos aerobios gramnegativos incluyendo *Pseudomonas* spp., *Haemophilus* spp., y cocos gramnegativos como *Moraxella* y *Neisseria* spp. Los efectos adversos incluyen efectos secundarios gastrointestinales, hepatotoxicidad, toxicidad del SNC, prolongación del intervalo QT, tendinitis y ruptura tendinosas. La resistencia emerge rápidamente, por lo que el uso debe restringirse cuando no haya alternativa.

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016



Prueba de sinergia de doble disco para confirmación de BLEB

B) Espectros de actividad de antibióticos.

Cocos Grampositivos					
Tracto gastrointestinal, Tracto Biliar, Tracto urinario, endocarditis, infección adquirida en el hospita		Piel, absceso, endocarditis, articulación, columna vertebral, hueso, hospital		Piel, orofaringe, dientes, tracto gastrointestinal, vagina, sepsis neonatal, neumonía, absceso, en- docarditis, articulación, meningitis	
Enterococo		Estafilococo aureus		Streptococo species	
E. faecium	E. faecalis	SARM	MSSA		
	Penicilina			Penicilina	
	Ampicilina / Amoxicilina			Ampicilina / Amoxicilina	
			Cloxacilina		
	Amoxicilina/ Ácido Clavulánico		Amoxicilina/ Ácido Clavulánico		
		Clindamicina			
Vancomicina					
		Rifampicina/ Ácido Fusidico			
			1º gen. cefalosporina: Cefazolina		
				2º gen. cefalosporina: Cefuroxima	
				3º gen. cefalosporina: Ceftria	
		Cotrimoxazol			
			Levo.		
			Doxiciclina		

The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Dallas Texas: Antimicrobial Therapy Inc.; 2022

Bacilos Gramnegativos				Diplococos Gramnegativos	Anaerobios
Tracto gastrointestinal, tracto biliar, tracto urinario, sepsis neonatal, neumonía nosocomial, neumonía adquirida por ventilador			Agua, quemaduras, infección nosocomial	Meningitis, sepsis, asplenia	Orofaringe, infección dental, tracto gastrointestinal, vagina, absceso
Coliformes (E. coli, K. pneumoniae)	ESBL	ESCAPP	Pseudomonas	Neisseria Meningitidis	
				Penicilina	
				Ampicilina / Amoxicilina	
					metronidazol
					Amoxicilina/Ácido Clavulánico
					Clindamicina
					Van.
				Cefu.	
axona				Ceftriaxona	
Trimetoprima		Trimetoprima			
	Cotrimoxazol				
Aminoglucósido: Gentamicina / Amikacina					
Carbapenémicos: Meropenem					
Ciprofloxacino			Ciprofloxacino		
Levofloxacino			Levofloxacino		
					Doxiciclina

C) Antimicrobianos durante el embarazo y la lactancia

Uso de antibióticos durante la lactancia

Hay dos cuestiones importantes para tener en cuenta al prescribir medicamentos como los antibióticos durante la lactancia. En primer lugar, la probable exposición del lactante al fármaco y, en segundo lugar, el potencial efecto del fármaco sobre la leche materna. Se recomienda realizar un análisis de riesgo-beneficio. Pueden brindarse consejos sencillos, como alimentar al lactante justo antes de la siguiente dosis o, alternativamente, programar la toma del medicamento justo después de amamantar, evitando así las probables concentraciones máximas en la leche.

Uso de antibióticos durante el embarazo.

La naturaleza de los efectos adversos del uso de drogas durante el embarazo depende del tiempo de exposición. Existe riesgo importante de teratogenicidad con la exposición al fármaco durante el primer trimestre, mientras que en el segundo y tercer trimestres pueden afectarse el crecimiento fetal y el desarrollo funcional.

Categoría A

Medicamentos que se han utilizado en un gran número de mujeres embarazadas sin que se haya observado un aumento comprobado en la frecuencia de malformaciones u otros efectos nocivos directos o indirectos sobre el feto.

Categoría B1

Medicamentos que se han utilizado únicamente en un número limitado de mujeres embarazadas sin que se haya observado un aumento en la frecuencia de malformaciones u otros efectos nocivos directos o indirectos sobre el feto. Los estudios en animales no han mostrado evidencia de un mayor riesgo de daño fetal.

Categoría B2

Medicamentos que se han utilizado únicamente en un número limitado de mujeres embarazadas sin que se haya observado un aumento en la frecuencia de malformaciones u otros efectos nocivos directos o indirectos sobre el feto. Los estudios en animales son inadecuados o insuficientes, pero los datos disponibles no muestran evidencia de un mayor riesgo de daño fetal.

Categoría B3

Medicamentos que se han utilizado únicamente en un número limitado de mujeres embarazadas sin que se haya observado un aumento en la frecuencia de malformaciones u otros efectos nocivos directos o indirectos sobre el feto. Los estudios en animales han mostrado evidencia de una mayor incidencia de daño fetal, cuya importancia se considera incierta en humanos.

Categoría C

Medicamentos que, debido a sus efectos farmacológicos, han causado o se sospecha que pueden causar efectos nocivos en el feto humano o en el recién nacido sin causar malformaciones. Estos efectos pueden ser reversibles.

Categoría D

Medicamentos que han causado, se sospecha que han causado, o se espera que causen, una mayor incidencia de malformaciones fetales humanas o daños irreversibles. Estos medicamentos también pueden tener efectos farmacológicos adversos.

Categoría X

Medicamentos que tienen un riesgo tan alto de causar daño permanente al feto que no deben usarse durante el embarazo o cuando existe la posibilidad de embarazo.

Antimicrobiano	Lactancia	Embarazo
Aciclovir	Seguro	B3
Albendazol	Seguro	D Teratogénico en varias especies animales. Datos en humanos no disponibles.
Amikacina	Seguro	D Se han informado casos de ototoxicidad y nefrotoxicidad fetal con el uso de aminoglucósidos, reservados para infecciones graves o potencialmente mortales.
Amoxicilina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	A
Amoxicilina/ácido clavulánico	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	B1
Ampicilina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	A
Artemeter / lumefantrina	Seguro en madres de bebés > 5 kg. Solicitar valoración por especialista en madres de lactantes <5 kg.	D Se sospecha que causa defectos de nacimiento graves cuando se administra durante el primer trimestre.

Antimicrobiano	Lactancia	Embarazo
Azitromicina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes. Evidencia epidemiológica no confirmada de aumento del riesgo de estenosis pilórica hipertrófica infantil en lactantes durante las primeras 2 semanas de lactancia con el uso materno de macrólidos.	B1
Cefazolina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	B1
Ceftriaxona	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	B1
Cefuroxima	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	B1
Cloranfenicol	Utilizar un antibiótico alternativo cuando sea posible. Si se debe usar cloranfenicol, controlar al lactante para detectar eventos adversos (alteración gastro-intestinal, amamantamiento adecuado, citopenias).	A Evitar niveles detectables de cloramfenicol en sangre materna durante el parto.
Ciprofloxacino	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes. Evite amamantar 3-4 horas después de la dosis para disminuir la exposición infantil.	B3

Antimicrobiano	Lactancia	Embarazo
Claritromicina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes. Evidencia epidemiológica no confirmada de aumento del riesgo de estenosis pilórica hipertrófica infantil en lactantes durante las primeras 2 semanas de lactancia, con el uso materno de macrólidos.	B3
Clindamicina	Seguro. Utilizar alternativa si es posible para reducir el riesgo de efectos secundarios gastrointestinales en bebés.	A
Cloxacilina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	A
Cotrimoxazol	Seguro en madres de bebés sanos a término. Utilizar antimicrobianos alternativos en madres de bebés ictericos, con factores estresantes o prematuros para reducir el riesgo de hemólisis. Evitar en madres de lactantes con deficiencia de G6PD.	C Las sulfonamidas pueden causar ictericia y anemia hemolítica en el recién nacido.
Doxiciclina	Posible riesgo de decoloración del esmalte dental o deposición ósea de tetraciclina. Evitar ciclos prolongados (>21 días) o repetidos durante la lactancia.	D Seguro durante las primeras 18 semanas de embarazo. El uso después de este período provoca la decoloración dental en los bebés.

Antimicrobiano	Lactancia	Embarazo
Eritromicina	Seguro. Puede causar diarrea, candidiasis en lactantes. Evidencia epidemiológica no confirmada de aumento del riesgo de estenosis pilórica hipertrófica infantil en lactantes durante las primeras 2 semanas de lactancia, con el uso materno de macrólidos.	A
Etambutol	Seguro	A
Fluconazol	Seguro	D Se han reportado casos de aborto espontáneo y anomalías congénitas en lactantes de madres tratadas con dosis únicas o repetidas de fluconazol en el primer trimestre.
Gentamicina	Seguro	D Se han reportado casos de ototoxicidad y nefrotoxicidad fetal con el uso de aminoglucósidos, reservados para infecciones graves o potencialmente mortales.
Isoniazida	Seguro. Supervise al bebé para detectar efectos adversos raros, como ictericia.	A

Antimicrobiano	Lactancia	Embarazo
Ivermectina	Seguro	B3
Levofloxacinó	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes. Evite amamantar 4-6 horas después de la dosis para disminuir la exposición infantil.	C
Meropenem	Seguro. Puede causar diarrea, candidiasis en lactantes.	B2
metronidazol	El metronidazol y su metabolito activo están presentes en niveles detectables en la leche materna. Considerar utilizar un antibiótico alternativo dosis más bajas de metronidazol si se dan dos opciones en la guía. Si el metronidazol se administra en una dosis única de 2 g, considerar suspender la lactancia de 12 a 24 horas después de la dosis.	B2
Penicilina	Seguro. Puede causar diarrea, vómitos, candidiasis en lactantes.	A
Pirazinamida	Seguro de usar. Vigile al lactante por efectos adversos raros como ictericia, hepatitis, artralgia.	B2
Quinina	Seguro, excepto en madres de bebés con deficiencia de G6PD.	D En dosis tóxicas, la quinina causa daño fetal, incluida sordera. Su capacidad para inducir contracciones uterinas aumenta el riesgo de aborto espontáneo.

Antimicro-biano	Lactancia	Embarazo
Rifampicina	Seguro	C Se han reportado casos de sangrado en neonatos y en madres después del uso de rifampicina durante la última etapa del embarazo. Si se usa rifampicina al final del embarazo, se debe administrar vitamina K a la madre y al recién nacido.
	Seguro	B3
	Seguro	B2

Drugs and Lactation Database (LactMed) [internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

Therapeutic Goods Administration. Prescribing medicines in pregnancy database [internet]. Canberra: TGA; <https://www.tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database>

D) Dosificación de aminoglucósidos

Estas pautas recomiendan la dosificación una vez al día para todas las indicaciones excepto endocarditis y algunas infecciones neonatales. La dosis requerida depende del peso corporal magro y del aclaramiento renal. La primera dosis debe administrarse independientemente de la función renal.

Para la dosificación inicial, consultar la sección correspondiente de la guías. Las dosis posteriores dependen del aclaramiento de creatinina (consultar el cálculo del aclaramiento de creatinina a continuación). Todos los regímenes a continuación proporcionarán cobertura para gramnegativos durante 72 horas. Si se requiere cobertura empírica contra gramnegativos durante más de 72 horas, modificar a pauta alternativa como la ceftriaxona.

Es fundamental obtener resultados de creatinina dentro de las 24 horas de haber iniciado gentamicina o amikacina. Si esto no es posible, se recomienda tratar a los pacientes como si tuvieran una función renal normal, a menos que tengan una insuficiencia renal crónica, o una fuerte sospecha de insuficiencia renal crónica (como diabetes con complicaciones), en cuyo caso, tratar como insuficiencia renal moderada.

La monitorización de la concentración plasmática (niveles de gentamicina) es esencial si se espera que la mantener el tratamiento más de las 72 horas (p. ej., tratamiento para la endocarditis). Se recomienda medir la concentración plasmática 2-3 veces por semana, o con mayor frecuencia antes cambios rápidos o sustanciales en la función renal. Para medir la concentración de gentamicina en plasma, extraer sangre inmediatamente antes de la dosis de gentamicina para obtener el nivel mínimo, lo que debería ser detectable pero inferior a 0,5-1 mg/L; ajustar la frecuencia de la dosis para mantener el nivel en este rango. Controlar la toxicidad vestibular y la ototoxicidad, así como la función renal.

En **sepsis** de adultos con una aclaramiento de creatinina estimado de > 60 ml/minuto, utilizar una dosis inicial alta de gentamicina 7 mg/kg o amikacina 28 mg/kg. Posteriormente, pasar a gentamicina 4-5mg/kg, o amikacina 16-20mg/

kg. en pacientes con un aclaramiento de creatinina estimado <60ml/minuto utilizar una dosis inicial de gentamicina 4-5mg/kg, o amikacina 16-20mg/kg.

Intervalos de dosificación de gentamicina y amikacina en insuficiencia renal

Aclaramiento de creatinina estimado	Intervalo de dosificación	Número máximo de dosis
>60ml/minutos	24 horas	3 (0, 24, 48 horas)
40-60ml/minutos	36 horas	2 (0, 36 horas)
30-40ml/minutos	48 horas	2 (0, 48 horas)
<30ml/minutos	Dosis única	1 (0 horas)

eTG complete. Principles of aminoglycoside use. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

E) Dosificación de vancomicina

Lo siguiente se aplica únicamente a la vancomicina intravenosa.

Se recomienda la dosificación BID de vancomicina para todos los pacientes con función renal normal. Considerar una dosis de carga de 25-30 mg/kg en pacientes adultos críticamente enfermos.

Siempre que sea posible, se debe realizar un control de la concentración plasmática (niveles de vancomicina) en todos los pacientes tratados con vancomicina durante más de 48 horas. Para adultos con aclaramiento de creatina > 60 ml/minuto, extraer sangre inmediatamente antes de la cuarta dosis de vancomicina para obtener un nivel mínimo. Para adultos con insuficiencia renal, extraer sangre inmediatamente antes de la dosis de vancomicina administrada 48 horas después de la primera dosis. Para pacientes con aclaramiento de creatinina >20 ml/minuto no es necesario esperar el nivel de vancomicina antes de administrar la dosis de 48 horas. Controlar los niveles al menos semanalmente en pacientes estables y con mayor frecuencia durante la optimización de la dosis o ante cambios en la función renal. Controlar la creatinina 2-3 veces por semana. Para la mayoría

de las condiciones, el objetivo es de 15 a 20 mg/l. Cuando se tratan infecciones del SNC, se puede requerir un mínimo de hasta 25 mg/l. Si la concentración plasmática de vancomicina está fuera del rango objetivo una vez alcanzado el estado estacionario (después de 4 dosis), se recomienda ajustar la dosis. Los ajustes de dosis deben hacerse de manera lineal; por ejemplo, en un paciente que recibe 1 g dos veces al día, si el nivel es dos tercios de la concentración objetivo (por ejemplo, 10), entonces la dosis es dos tercios de lo que debería ser y la dosis debe aumentarse en un 50 %, a 1,5 g.

En pacientes en diálisis, la vancomicina debe administrarse en los últimos 100 minutos de diálisis o después de su finalización. Si se administra vancomicina durante la diálisis, administrar una dosis de carga de 30 a 35 mg/kg y dosis posteriores de 7,5 a 15 mg/kg (administrar el extremo superior del rango si usa un dializador con alta permeabilidad). Si se administra vancomicina después de la diálisis, administrar una dosis de carga de 25 mg/kg y dosis posteriores de 7,5 a 10 mg/kg (administrar el extremo superior del rango si usa un dializador con alta permeabilidad). Si los niveles de vancomicina están disponibles, se debe extraer la muestra de sangre inmediatamente antes de la hemodiálisis. Si el nivel es <15 mg/l, se recomienda administrar la dosis; si el nivel es >15 mg/l, se recomienda no administrar la dosis, pero repetir el nivel antes de la próxima sesión de hemodiálisis.

Para reducir el riesgo de síndrome del hombre rojo, las dosis deben infundirse a una velocidad ≤ 10 mg/minuto y el tiempo total de infusión no debe ser inferior a 1 hora. Si se produce el síndrome del hombre rojo, se debe disminuir el ritmo de infusión.

Dosis de vancomicina para adultos y niños ≥ 12 años

Aclaramiento de creatinina	Dosis para peso <40kg	Dosis para peso 40-49kg	Dosis para peso 50-64kg	Dosis para peso >65kg
>60ml/minutos	15-20mg/kg BID	750mg BID	1g BID	1.5g BID
20-60 ml/minutos	15-20mg/kg OD	750mg OD	1g OD	1.5g OD
<20ml/minutos	15-20mg/kg 48 Horas	750mg 48 horas	1g 48 horas	1.5g 48 horas

Dosis de vancomicina para adultos y niños ≥ 12 años

Edad	Dosis
Neonato <36 semanas después de la concepción	Máximo 15mg/kg BID. Ver apéndice H
Neonatos a término semana 1 de vida	15mg/kg BID
Neonatos a término semanas 2-4 de vida	15mg/kg TID
Lactantes >1 mes y niños <12 años	15mg/kg (max 750mg) QID

Solicitar valoración por especialista para niños menores de 12 años con insuficiencia renal.

eTG complete. Principles of vancomycin use. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Hallam C, Whitbourn D. Trust Guideline for the use of parenteral vancomycin in adults. Britain: NHS Foundation Trust; 2021

Rybak M, Le J, Lodise T, Levine D, Bradyley J, Liu C et al. Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: a revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm* 2020; 77: 835-864. DOI 10.1093/ajhp/zxaa036

F) Cálculo del aclaramiento de creatinina (cálculo de Cockcroft-Gault)

Hombres adultos: $\frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso ideal (kg)}}{0,814 \times \text{creatinina sérica (micromol/L)}}$

Mujeres adultas: Multiplique la ecuación anterior por 0.85

G) Ajuste de dosis renal de antimicrobianos comunes en adultos

Antimicrobiano	eGFR > 90 mL/min	eGFR 31-50 mL/min	eGFR 15-30 mL/min
Aciclovir EV	10mg/kg TID	No precisa ajuste de dosis	BID
Albendazol Amikacina	400mg OD	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Amikacina	Ver dosificación de aminoglucósidos		
Amoxicilina	500mg-1g VO TID	TID	TID
Amoxicilina/ Ácido clavulánico	500mg/125mg BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Ampicilina	1-2g EV QID	QID	TID
Artemeter / Lume-fantrina	Ver Malaria	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Artesunato	Ver Malaria	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Azitromicina	500mg OD	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Cefazolina	1-2g EV TID	No precisa ajuste de dosis	25-50% de BID
Ceftriaxona	1-2g OD-BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Cefuroxima	500mg BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis

<90 mL/min	eGFR 10-30 mL/min	eGFR <10 mL/min	Hemodiálisis
	OD	5mg/kg OD	5mg/kg OD
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis (dosis después de la diálisis)
	TID	BID	BID
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
	BID	BID	BID
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis (monitorizar el potasio)	No precisa ajuste de dosis (monitorear el potasio)
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
la dosis	25-50% de la dosis OD	25% de la dosis OD	25 % de la dosis OD después de la diálisis O 100 % de la dosis en los días de diálisis solo después de la diálisis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	OD	OD después de la diálisis

Antimicrobiano	eGFR > 90 (normal)	eGFR 31-50	eGFR
Ciprofloxacino EV	400mg BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Ciprofloxacino PO	500-750mg BID	No precisa ajuste de dosis	500mg BID
Claritromicina	500mg BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Clindamicina	300-600mg TID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Cloxacilina EV	1-2g QID-Q4H	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Cloxacilina PO	500mg-1g QID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Cotrimoxazol	160/800mg OD – 480mg/2400mg TID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Doxiciclina	100mg OD-BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Eritromicina	250mg BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Etambutol	15mg/kg	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Fluconazol	200mg-1200mg OD	No precisa ajuste de dosis	50-100%
Gentamicina	Ver dosificación de aminoglucósidos		

51-90	eGFR 10-30	eGFR <10	Hemodiálisis
ajuste	50% de la dosis BID o 100% OD	OD	OD después de la diálisis
	50% de la dosis BID o 100% OD	500mg OD	500mg OD después de la diálisis
ajuste	50% de la dosis BID	50% de la dosis BID	50% de la dosis BID
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	50% de la dosis TID a QID	50% de la dosis TID a QID
ajuste	No precisa ajuste de dosis	TID	TID
ajuste	5/25 mg/kg en el intervalo de dosificación normal durante 2 días, posteriormente 5/25 mg/kg dos veces al día.	5/25 mg/kg BID-OD	5/25 mg/kg BID-OD después de la diálisis.
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	50-75% dosis	50-75% dosis
ajuste	Evitar. Si es esencial, utilizar 7.5-10 mg/kg OD	Evitar. Si es esencial, utilizar 15 mg/kg cada 48 horas	Evitar. Si es esencial, utilizar 15 mg/kg en días de diálisis después de la diálisis
de la dosis	25-50% de la dosis OD	25-50% de la dosis OD	25-50% de la dosis OD después de la diálisis.

Antimicrobiano	eGFR > 90 (normal)	eGFR 31-50	eGFR
Isoniazida	5mg/kg OD	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Ivermectina	200mcg/kg	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Levofloxacinó	250-500mg OD	No precisa ajuste de dosis	500 mg una posteriormente mg OD
Meropenem	1-2g TID	No precisa ajuste de dosis	BID-TID
Metronidazol	500-750mg BID-TID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Penicilina: bencilpenicilina	1.2g-2.4g QID- Q4H	No precisa ajuste de dosis	75% de la c el intervalo cación nor
Penicilina: fenoximetilpenicilina	500mg BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Penicilina: benzatina bencilpenicilina	900mg	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Pirazinamida	25mg/kg	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Quinina	Ver Malaria	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Rifampicina	300-600mg OD-BID	No precisa ajuste de dosis	No precisa de dosis
Tenofovir disoproxil fumarato(TDF)	300mg OD	No precisa ajuste de dosis	48-horas
Vancomicina	Ver dosis de vancomicina		

eTG complete. Renal impairment and antimicrobial dosing. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

51-90	eGFR 10-30	eGFR <10	Hemodiálisis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
a dosis, ente 250	500 mg una dosis, posteriormente 250 mg OD	500 mg una dosis, posteriormente cada 48 horas	500 mg una dosis posteriormente cada 48 horas
	50% de la dosis BID	50-100% de la dosis OD	50-100% of dose OD after dialysis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
osis en de dosifi- nal	75% de la dosis en el intervalo de dosificación normal	25-50% de la dosis en el intervalo de dosificación normal	25-50% de la dosis en el intervalo de dosificación normal
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	50-100% de la dosis OD	25-30 mg/kg solo en días de diálisis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis	No precisa ajuste de dosis
ajuste	No precisa ajuste de dosis	50-100% de la dosis OD	50-100% de la dosis OD
	72-96-horas	Semanalmente	Semanalmente después de la diálisis

H) Dosificación de antimicrobianos en neonatos

Antimicrobiano	Dosis			
Aciclovir	20 mg/kg/dosis EV TID Considerar la dosificación BID en bebés < 30 semanas CGA donde VHS no está confirmado			
Amikacina	EG al nacer	Edad posnatal	Dosis	Intervalo
	< 30 semanas	0-14 días	15mg/kg	48 horas
		>14 días	15mg/kg	OD
	30-34 semanas	0-14 días	15mg/kg	36 horas
		>14 días	15mg/kg	OD
	>35 semanas	Todos	15mg/kg	OD
Ampicilina	Infecciones estándar: 50 mg/kg/dosis Meningitis: 100mg/kg/dosis			
	Edad gestacional		Edad posnatal	Intervalo
	<30 Semanas		0-28 días	BID
	<30 Semanas		>29 días	TID
	30-37 Semanas		0-14 días	BID
	30-37 Semanas		>15 días	TID
	>37 Semanas		0-7 días	BID
	>37 Semanas		≥8 días	TID
Azitromicina	<i>Neumonía o conjuntivitis por clamidia:</i> 20mg/kg/dosis VO OD Pertussis: 10mg/kg/dosis VO OD			

Antimicrobiano	Dosis		
Cefotaxima	50 mg/kg/dosis		
	Edad gestacional al nacer	Edad posnatal	Intervalo
	<30 Semanas	0-28 días	BID
	<30 Semanas	>29 días	TID
	30-37 Semanas	0-14 días	BID
	30-37 Semanas	>15 días	TID
	>37 Semanas	0-7 días	TID
	>37 Semanas	≥8 días	QID
Ceftriaxona	Infecciones estándar: 50mg/kg/dosis EV OD. Meningitis: 50mg/kg/dosis EV BID. Tenga en cuenta que el uso de ceftriaxona en neonatos puede estar asociado con un aumento de barro biliar. Usar cefotaxima en neonatos si está disponible.		
Cloxacilina	EV: 50mg/kg/dosis		
	Edad posnatal	Intervalo	
	0-7 días	BID	
	8-20 días	TID	
	>21 días	QID	
	Oral: 25mg/kg/dosis		
	Edad posnatal	Intervalo	
	0-7 días	BID	
	8-20 días	TID	
	>21 días	QID	

Antimicrobiano	Dosis			
Fluconazol	Tratamiento: Dosis de carga: 25 mg/kg Dosis de mantenimiento: 12 mg/kg al día (a partir de las 24 horas posteriores a la dosis de carga) Profilaxis: 6 mg/kg dos veces por semana. La dosificación intravenosa y oral es la misma.			
Gentamicina	5mg/kg/dosis EV			
	Edad gestacional (EG)		Intervalo	
	<30 Semanas		48 horas	
	30-35 Semanas		36 horas	
	>36 Semanas		OD	
	Si los niveles de gentamicina están disponibles, verificar el nivel antes de la tercera dosis			
Meropenem	Meningitis o sepsis por <i>Pseudomonas</i> : 40 mg/kg EV TID Todas las demás infecciones:			
	EG al nacer	Edad posnatal	Dosis	Intervalo
	<32 Semanas	0-13 días	20mg/kg	BID
	<32 Semanas	>14 días	20mg/kg	TID
	>32 Semanas	0-13 días	20mg/kg	TID
	>32 Semanas	>14 días	30mg/kg	TID
Metronidazol	Dosis de carga para todos: 15 mg/kg Dosis de mantenimiento para todos: 7,5 mg/kg Las dosis EV y VO son equivalentes.			
	Edad gestacional	Dosis de mantenimiento para comenzar		Intervalo
	<27 Semanas	24 horas después de la dosis de carga		OD
	27-34 Semanas	12 horas después de la dosis de carga		BID
	34-41 Semanas	8 horas después de la dosis de carga		TID
	>41 Semanas	6 horas después de la dosis de carga		QID

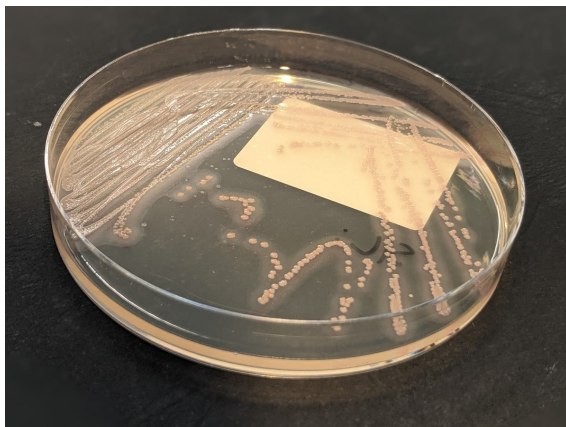
Antimicrobiano	Dosis		
Vancomicina	15 mg/kg/dosis		
	Edad gestacional	Edad posnatal	Intervalo
	<30 Semanas	0-2 días	18 horas
	<30 Semanas	>3 días	BID
	30-37 Semanas	0-14 días	BID
	30-37 Semanas	>15 días	TID
	>37 Semanas	0-7 días	BID
	>37 Semanas	>8 días	TID
	Si los niveles de vancomicina están disponibles, verificar el nivel antes de la tercera dosis. Verificar el nivel antes de la segunda dosis si: • <29 semanas de gestación insuficiencia renal.		
Zidovudina	Oral: Comenzar dentro de las 4 horas posteriores al nacimiento.		
	Edad gestacional	Dosis	Intervalo
	<30 Semanas	2 mg/kg	BID
	<30-34 Semanas	2 mg/kg	BID por 2 semanas, posteriormente TID
	>34 Semanas	4 mg/kg	BID

eTG complete. Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

McMullan B, Andresen D, Blyth C, Avent M, Bowen A, Britton P, et al. Antibiotic duration and timing of the switch from intravenous to oral route for bacterial infections in children: systematic review and guidelines. *Lancet Infect Dis* 2016; 16(8):e139-152. doi: 10.1016/S1473-3099(16)30024-X

Royal Hospital for Women. Australasian Neonatal Medicine Formulary [internet]. Sydney: SESLHD; <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/royal-hospital-for-women/australasian-neonatal-medicines-formulary-anmf>

The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. Dallas Texas: Antimicrobial Therapy Inc.; 2022



S. aureus en *S. aureus* chrome agar



Frascos de hemocultivo y discos de cultivo

I) Alergia a betalactámicos

La historia clínica es vital para determinar una alergia a los betalactámicos. Es importante determinar el momento de la reacción, ya que las alergias pueden disminuir y los pacientes con reacciones alérgicas en la infancia a menudo tolerarán el medicamento en la edad adulta. También es importante determinar el tipo de reacción al fármaco que experimentó el paciente, hipersensibilidad inmediata o retardada, efecto secundario o alergia verdadera. Algo a considerar es que las erupciones cutáneas infantiles comúnmente son causadas por virus o interacciones entre medicamentos e infecciones virales.

Historia	Recomendación	Comentarios
Alergia a la penicilina Alergia a la fenoxi-metilpenicilina, benzilpenicilina, penicilina benzatínica, amoxicilina, amoxicilina/ácido clavulánico, ampicilina, cloxacilina.	<i>Penicilinas:</i> evitar <i>Cefalosporinas:</i> Reactividad cruzada 1-2%. En caso de alergia leve (ej. sarpullido, urticaria): se puede administrar con seguridad, salvo algunas excepciones (ver comentarios). En caso de alergia grave (ej. anafilaxia, Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica): evitar administración (ver comentarios). <i>Meropenem:</i> Reactividad cruzada <1%. En caso de alergia leve (ej. sarpullido, urticaria): se puede administrar con seguridad Si alergia grave: considerar (ver comentarios).	En pacientes con hipersensibilidad inmediata grave a la penicilina (ej. anafilaxia), las cefalosporinas y el meropenem se pueden considerar en situaciones críticas (ej. sepsis, meningitis), después de un análisis de riesgo-beneficio.

Historia	Recomendación	Comentarios
Alergia a las cefalosporinas Alergia a la cefazolina, ceftriaxona, cefuroxima, cefixima.	<i>penicilinas:</i> Reactividad cruzada 1-2%. En caso de alergia leve (ej. sarpullido, urticaria): se puede administrar con seguridad, salvo algunas excepciones (consultar los comentarios en alergia a la penicilina). En caso de alergia grave (ej. anafilaxia, Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica): evitar (ver comentarios en alergia a la penicilina). <i>Cefalosporinas:</i> Evitar con algunas excepciones (ver comentarios). <i>Meropenem:</i> Reactividad cruzada <1%. En caso de alergia leve (ej. sarpullido, urticaria): se puede administrar con seguridad. Si alergia grave: considerar (ver comentarios en alergia a la penicilina).	La cefazolina no comparte cadenas laterales con ninguna otra penicilina o cefalosporina disponible, por lo que el riesgo de reacción cruzada alérgica con este antibiótico es bajo. La cefazolina se puede considerar en pacientes con alergias a otras cefalosporinas o penicilinas, y otras cefalosporinas o penicilinas se pueden considerar en pacientes alérgicos a la cefazolina, después de un análisis de riesgo-beneficio.

eTG complete. Antimicrobial Hypersensitivity. In: Therapeutic Guidelines [digital]. Melbourne: Therapeutic Guidelines Limited; 2019. <http://www.tg.org.au>

Gusmao dos Santos C, Francis J, Guterres J, Janson S, Lopes N, Marr I, et al. HNGV Antibiotic guidelines writing group. Antibiotic guidelines Hospital Nacional Guido Valadares. Timor-Leste; 2016

J) Calendario de vacunación infantil

Vacuna	Edad de administración
BCG, HepB, OPV 0	Al nacimiento o tan pronto como sea posible después del nacimiento. OPV 0 solo debe administrarse dentro de las 2 semanas posteriores al nacimiento. Se puede administrar BCG hasta los 12 meses.
OPV 1, DTP-HepB-Hib 1, Rotavirus 1	6 semanas
OPV 2, DTP-HepB-Hib 2, Rotavirus 2	10 semanas (ó 4 semanas después de OPV 1, DTP-HepB-Hib 1, Rotavirus 1)
OPV 3, DTP-HepB-Hib 3, IPV 3, Rotavirus 3	14 semanas (ó 4 semanas después de OPV 2, DTP-HepB-Hib 2, Rotavirus 2)
SR 1	9 meses
OPV 4, DTP-HepB-Hib, SR2	18 meses
DT	6 años o inicio de escolarización

Printed by



World Health
Organization
Timor-Leste