

# ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS



DRA. ROCIO RODRIGO

URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Hospital Universitario Vall d'Hebron

Octubre 2018

# OBJETIVOS

- ▶ Repasar las patologías infecciosas bacterianas más frecuentemente diagnosticadas en UP
- ▶ Revisar cuáles son los agentes microbianos que las suelen causar
- ▶ Proponer el tratamiento antibiótico de elección para cada una de ellas en pacientes inmunocompetentes
- ▶ Proponer alternativas en caso de alergias



# INTRODUCCIÓN

- ▶ Los antibióticos son uno de los recursos terapéuticos principales
- ▶ Hay que usarlos de manera racional
- ▶ Su uso indiscriminado lleva a la aparición de resistencias
- ▶ Se debe escoger el más adecuado acorde a:

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE	FACTORES CLÍNICOS
Edad Alergias Situación socioeconómica Disfunciones orgánicas Estado inmunitario Medicamentos (interacciones)	Tipo de infección Localización Gravedad

# ÍNDICE

- 1. FARINGOAMIGDALITIS Y ADENITIS
- 2. OTITIS MEDIA AGUDA / MASTOIDITIS
- 3. SINUSITIS
- 4. CELULITIS ORBITARIA
- 5. MENINGITIS BACTERIANA
- 6. NEUMONÍA ADQUIRIDA EN COMUNIDAD
- 7. INFECCIÓN TRACTO URINARIO/PIELONEFRITIS AGUDA
- 8. INFECCIÓN OSTEOARTICULAR
- 9. INFECCION DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS



# FARINGOAMIGDALITIS Y ADENITIS

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
<b>FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA AGUDA</b>	<p>Estreptococo betahemolítico del grupo A</p> <p><i>Mycoplasma pneumoniae</i></p> <p><i>Chlamydophila pneumoniae</i></p> <p>Estreptococo betahemolítico de grupos C, G</p>

# FARINGOAMIGDALITIS



- En mayores de 3 años, más del 25% de las faringoamigdalitis agudas son causadas por estreptococos del grupo A.
- Es necesario realizar el **diagnóstico etiológico**, ya que es difícil diferenciar la amigdalitis bacteriana de la vírica solamente por la clínica.
- Son muy útiles los **métodos de detección rápida** de antígeno del polisacárido de la pared del estreptococo del grupo A.

# FARINGOAMIGDALITIS Y ADENITIS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA AGUDA	<p><b>PENICILINA V 25-50 mg/kg/d (c/8-12h) vo 10 días</b></p> <p><b>AMOXICILINA 40 mg/kg/d (c/12h) vo 10 días</b></p> <p>PENICILINA G BENZATINA: &lt;27 kg 600.000 U im dosis única &gt;27 kg 1.2 MU im dosis única</p>	<p><b>NO GRAVE:</b> CEFADROXILO<sup>1</sup> 30 mg/kg/d (c/12h) vo 10 días</p> <p><b>GRAVE/ANAFILAXIA:</b> AZITROMICINA<sup>2</sup> 20 mg/kg/d (c/24h) vo 3 días</p>

**FARINGOAMIGDALITIS RECURRENTE:** reaparición de síntomas entre 1-4 semanas después de completar el tratamiento antibiótico.

Si es un cuadro banal, no se recomienda realizar tratamiento erradicador. Si fuera necesario, hay controversia sobre el antibiótico más adecuado. **Clindamicina, macrólidos a dosis altas,...**

# FARINGOAMIGDALITIS Y ADENITIS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
ABSCESO/FLEMÓN PERIAMIGDALINO	<b>AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 100-150 mg/kg/d (c/ 6-8h) ev 7 días</b>	CLINDAMICINA <sup>3</sup> 40 mg/kg/d (c/8 h) ev 7 días
ADENITIS <sup>5</sup> /ADENOFLEMÓN SIN INGRESO	<b>AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 80 mg/kg/d (c/ 8h) vo 7 días</b>	CLINDAMICINA <sup>3</sup> 40 mg/kg/d (c/8 h) vo 7 días <sup>4</sup>
ADENITIS <sup>5</sup> /ADENOFLEMÓN CON INGRESO	<b>AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 100-150 mg/kg/d (c/ 6-8h) ev 7 días</b>	CLINDAMICINA <sup>3</sup> 40 mg/kg/d (c/8 h) ev 7 días

<sup>1</sup> Dosis máxima diaria de cefadroxilo en pediatría: 2 gramos.

<sup>2</sup> Dosis máxima diaria de azitromicina en pediatría: 500mg

<sup>3</sup> Dosis máxima diaria de clindamicina **IV** en pediatría: 3600mg; dosis máxima **VO**: 1800mg

<sup>4</sup> En caso de niños pequeños con imposibilidad de administrar clindamicina VO (no existe prescripción en suspensión): azitromicina 10mg/kg/día cada 24 horas 3 días + metronidazol 30mg/kg/día cada 8 horas 10 días (dosis máxima diaria en pediatría: 2gr).

<sup>5</sup> En caso de adenitis de **NO ORIGEN DENTARIO** se iniciará tratamiento con CEFAZOLINA IV o CEFADROXILO VO.



# OTITIS MEDIA AGUDA Y MASTOIDITIS

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i> <i>Streptococcus pyogenes</i>

# OTITIS MEDIA AGUDA Y MASTOIDITIS

- ▶ *S. pneumoniae* causa del 25 al 30% de las OMA
- ▶ *H. influenzae* causa aproximadamente el 20%
- ▶ *S. pyogenes* y *M. catarrhalis* causan del 3 al 20% restante



EL TRATAMIENTO SE DEBE DIRIGIR PRINCIPALMENTE CONTRA *S. pneumoniae*



# OTITIS MEDIA AGUDA Y MASTOIDITIS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE	<b>AMOXICILINA 80-90 mg/kg/d (c/8h) vo 5-7 días<sup>1</sup></b>  AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 80 mg/kg/d (c/ 8h) vo 5-7 días <sup>2</sup>  Principalmente <6 m Falta de respuesta OMA recurrente	<b>NO GRAVE:</b> CEFUROXIMA 30 mg/kg/d (c/12h) vo 5-7 días <sup>5</sup>  <b>GRAVE/ANAFILAXIA:</b> AZITROMICINA 10 mg/kg/d (c/24h) vo 3 días

<sup>1</sup> Amoxicilina vía oral a dosis altas (80-90 mg/kg/día) consigue concentraciones en oído medio que permiten erradicar neumococo resistente a penicilina.

<sup>2</sup> Amoxicilina-clavulánico será de primera elección en: menores de dos años (principalmente menores de 6 meses); otitis media aguda recurrente; falta de respuesta tras 48/72 horas de tratamiento con amoxicilina.

<sup>3</sup> Si correcta evolución clínica y hemocultivo negativo, puede realizarse pauta secuencial, continuando con amoxicilina-clavulánico 80 mg/kg/día vo o cefuroxima 30mg/kg/día vo (a partir del tercer día aprox.). Completar pauta de 10-14 días.

<sup>4</sup> Si correcta evolución con defervescencia de clínica (aprox. al 5to día) se puede continuar con amoxicilina-clavulánico 100mg/kg/día ev o cefuroxima 150mg/kg/día ev hasta completar pauta de 15 días.

<sup>5</sup> Dosis máxima diaria de cefuroxima IV en pediatría: **6 gramos** al día; dosis máxima VO en pediatría: **1 gramo**

<sup>6</sup> En menores de 5 años, levofloxacino 20mg/kg/día cada 12horas. Dosis máxima diaria en pediatría: 500mg al día.

<sup>7</sup> Valorar la necesidad de metronizadol de manera individual.

# OTITIS MEDIA AGUDA Y MASTOIDITIS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
<b>MASTOIDITIS SIMPLE</b>	<b>AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 100-150 mg/kg/d (c/8h) ev 7 días<sup>3</sup></b>	<b>NO GRAVE:</b> CEFUROXIMA 150 mg/kg/d (c/8h) ev 7 días <sup>5</sup>  <b>GRAVE/ANAFILAXIA:</b> LEVOFLOXACINO 10 mg/kg/d (c/12-24h) ev 7 días
<b>MASTOIDITIS CON OSTEÍTIS</b>	<b>CEFOTAXIMA 300 mg/kg/día (c/6h) ev<sup>4</sup> + CLOXACILINA 200 mg/kg/día (c/6h) ev 14 días</b>	LEVOFLOXACINO <sup>6</sup> 10 mg/kg/día (c/12-24h) ev 14 días
<b>MASTOIDITIS + COMPLICACIÓN INTRACRANEAL SUPURATIVA<sup>7</sup></b>	<b>DRENAJE QUIRÚRGICO + CEFOTAXIMA 300 mg/kg/d (c/6h) ev + CLOXACILINA 200 mg/kg/d (c/6h) ev 6-8 semanas</b>	DRENAJE QUIRÚRGICO + LEVOFLOXACINO <sup>6</sup> 10 mg/kg/día (c/12-24h) ev 6-8 semanas

# SINUSITIS

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
<b>SINUSITIS</b>	<i>Streptococcus pneumoniae</i>  <i>Haemophilus influenzae</i>  <i>Moraxella catarrhalis</i>  <i>Streptococcus pyogenes</i>  <i>Staphylococcus aureus</i>

# SINUSITIS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
SINUSITIS NO COMPLICADA <sup>1</sup>	<p><b>AMOXICILINA 80-90 mg/kg/d (c/8h) vo 10-14 días</b></p> <p>AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 80mg/kg/d (c/8h) vo 10-14 días</p> <p>&lt;2 a síntomas prolongados falta de respuesta</p>	<p><b>NO GRAVE:</b> CEFUROXIMA 30mg/kg/d (c/12h) vo 10-14 días<sup>2</sup></p> <p><b>GRAVE:</b> LEVOFLOXACINO 10mg/kg/d (c/12- 24h) vo 7 días<sup>3</sup></p>
SINUSITIS CON COMPLICACIÓN INTRACRANEAL SUPURATIVA	<p><b>DRENAJE QUIRÚRGICO + CEFOTAXIMA 300 mg/kg/d (c/6h) ev + CLOXACILINA 200 mg/kg/d (c/6h) ev + METRONIDAZOL 30 mg/kg/d ev 6-8 semanas<sup>4</sup></b></p>	<p>LEVOFLOXACINO 10 mg/kg/d (c/12-24h) ev<sup>3</sup> + METRONIDAZOL 30 mg/kg/d ev 6-8 semanas<sup>4</sup></p>

<sup>1</sup> Entre el 60-80% de las sinusitis no complicadas se resuelven de manera espontánea y es por ello que la tendencia es a recomendar el inicio de antibiótico solo en casos persistentes o complicados (*Martínez Campos et al. An Pediatr 2013*).

<sup>2</sup> Dosis máxima diaria de cefuroxima en pediatría: 6 gramos

<sup>3</sup> En menores de 5 años, levofloxacino 20mg/kg/día cada 12 horas. Dosis máxima diaria en pediatría: 500 mg.

<sup>4</sup> Dosis máxima diaria metronidazol (vo/IV) en pediatría: 2 gramos.

# CELULITIS ORBITARIA



PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
CELULITIS PERIORBITARIA CON PUERTA ENTRADA CUTÁNEA	Microorganismos de la piel
CELULITIS ORBITARIA O PERIORBITARIA SIN PUERTA ENTRADA CUTÁNEA	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Streptococcus pyogenes</i>

# CELULITIS ORBITARIA

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
CELULITIS PERIORBITARIA (PRESEPTAL) CON PUERTA DE ENTRADA <sup>1,2</sup>	<b>CEFADROXILO 30 mg/kg/d vo (c/12h) 7 días</b>  <b>SI MODERADA:</b> CEFAZOLINA 100 mg/kg/d ev c/8 h	LEVOFLOXACINO 10 mg/kg/d (c/12-24h) vo 7 días <sup>4</sup>
CELULITIS PERIORBITARIA (PRESEPTAL) SIN PUERTA DE ENTRADA APARENTE	<b>CEFUROXIMA 150 mg/kg/d (c/6) ev 7 días</b> [CEFUROXIMA AXETIL 20- 30 mg/kg/d (c/12h) vo 7 días] AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 10:1 100- 150 mg/kg/d (c/6h) ev 7 días [AMOXICILINA-CLAVULÁNICO 80mg/kg/d vo (c/6-8h)] <b>(*valorar vía de administración según clínica/mejoría)</b>	<b>NO GRAVE:</b> CEFUROXIMA 150mg/kg/d (c/6h) IV <sup>5</sup> CEFUROXIMA AXETIL 20-30mg/kg/d (c/12h) vo 7 días  <b>GRAVE:</b> LEVOFLOXACINO 10mg/kg/d (c/12-24h) ev/vo 7 días <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Aparente a la exploración física o por la historia clínica del paciente. Incluido orzuelo o dacriocistitis.

<sup>2</sup> Control en 48 horas: si empeoramiento clínico se debe **realizar TC** e ingresar para tratamiento IV.

<sup>3</sup> Si correcta evolución con desfervescencia de clínica (aprox. al 5to día) se puede continuar con amoxicilina-clavulánico 100mg/kg/día IV o cefuroxima 150mg/kg/día IV hasta completar pauta de 14 días.

<sup>4</sup> En menores de 5 años levofloxacino 20/mg/kg/día (c/12h). Dosis máxima diaria en pediatría: 500mg.

<sup>5</sup> Dosis máxima diaria de cefuroxima en pediatría: 6 gramos.



# CELULITIS ORBITARIA

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
CELULITIS ORBITARIA (POSTSEPTAL)	CEFOTAXIMA 300 mg/kg/d (c/6h) ev <sup>3</sup> + CLOXACILINA 200 mg/kg/d (c/6h) ev 14 días	LEVOFLOXACINO <sup>4</sup> 10mg/kg/d (c/12-24h) vo/ ev 14 días
CELULITIS ORBITARIA (POSTSEPTAL) CON COMPLICACIÓN INTRACRANEAL	DRENAJE QUIRÚRGICO + CEFOTAXIMA 300 mg/kg/d (c/6h) ev + CLOXACILINA 200 mg/kg/d (c/6h) ev + METRONIDAZOL 30 mg/kg/d ev 6/8 semanas	DRENAJE QUIRÚRGICO + LEVOFLOXACINO <sup>4</sup> 10mg/kg/d (c/12-24h) vo/ ev + METRONIDAZOL 30 mg/kg/d ev 6/8 semanas

<sup>1</sup> Aparente a la exploración física o por la historia clínica del paciente. Incluido orzuelo o dacriocistitis.

<sup>2</sup> Control en 48 horas: si empeoramiento clínico se debe **realizar TC** e ingresar para tratamiento IV.

<sup>3</sup> Si correcta evolución con desfervescencia de clínica (aprox. al 5to día) se puede continuar con amoxicilina-clavulánico 100mg/kg/día IV o cefuroxima 150mg/kg/día IV hasta completar pauta de 14 días.

<sup>4</sup> En menores de 5 años levofloxacino 20/mg/kg/día (c/12h). Dosis máxima diaria en pediatría: 500mg.

<sup>5</sup> Dosis máxima diaria de cefuroxima en pediatría: 6 gramos.

# MENINGITIS BACTERIANA



EDAD	ETIOLOGÍA
< 3 MESES	Microorganismos del canal del parto <sup>1</sup> Microorganismos de origen comunitario
>3 MESES	Microorganismos de origen comunitario <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Escherichia coli*; *Listeria monocytogenes*; *Streptococcus agalactiae*.

<sup>2</sup> *Neisseria meningitidis*; *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*.

# MENINGITIS BACTERIANA

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
< 3 MESES	CEFOTAXIMA 300 mg/kg/d <sup>1</sup> (c/6h) ev + AMPICILINA 200 mg/kg/d (c/6h) ev	NO CORRESPONDE <sup>2</sup>
> 3 MESES	CEFOTAXIMA 300 mg/kg/d (c/6h) ev + VANCOMICINA 60 mg/kg/d <sup>1</sup> (c/6h) ev	LEVOFLOXACINO 10 mg/kg/d (c/12- 24h) ev <sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Si posibilidad de presencia de neumococo elevaremos dosis de cefotaxima a 300mg/kg/día y en pacientes mayores de 3 meses añadiremos vancomicina 60 mg/kg/día.

Recomendaciones de duración de tratamiento etiológico:

- meningitis meningocócica: 7 días.
- meningitis neumocócica y *Haemophilus influenzae*: 14 días.
- meningitis BGN o por *Listeria monocytogenes*: 21 días.

<sup>2</sup> Debido a la baja probabilidad de tener alergias confirmadas antes de los 3 meses de edad, no se añadirá esta información en el presente documento. Se recomienda consultar con especialistas en infectología y alergología pediátricas si se produce esta situación.

<sup>3</sup> En menores de 5 años levofloxacino 20mg/kg/día (c/12h). Dosis máxima diaria en pediatría: 500mg al día.

<sup>4</sup> Debido a la poca experiencia en su uso clínico en el tratamiento de meningitis en pediatría, se recomienda consultar con un experto ante esta situación.

# NEUMONIA DE ORIGEN COMUNITARIO

PATOLOGÍA	DEFINICIÓN
<b>NEUMONÍA TÍPICA:</b> sospecha de infección neumocócica	Cualquier edad Inicio de clínica con fiebre elevada y escalofríos Radiografía muestra patrón alveolar Afectación lobar
<b>NEUMONÍA ATÍPICA<sup>1</sup>:</b> sospecha infección por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> o <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> <sup>2</sup>	Edad escolar Clínica subaguda con tos seca y febrícula Radiografía muestra patrón infiltrado bilateral

<sup>1</sup> En niños mayores/adolescentes con cuadros graves con mala evolución, especialmente durante brotes epidémicos, debería considerarse *Legionella pneumoniae* como etiología. Estudio mediante Ag orina (contactar con laboratorio 29598)  
<sup>2</sup>En niños mayores (entre 5-15 años).

- La identificación del agente causal sólo es posible en una minoría de pacientes
- El tratamiento debe basarse en la epidemiología, la presentación clínica y las exploraciones complementarias

# NEUMONIA DE ORIGEN COMUNITARIO

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
SOSPECHA DE NEUMONÍA NEUMOCÓCICA SIN NECESIDAD INGRESO	<b>AMOXICILINA 80-90 mg/kg/d (c/8h) vo 7 días</b>	<b>NO GRAVE:</b> CEFUROXIMA <sup>2</sup> 30-50mg/kg/d (c/6h) vo  <b>GRAVE:</b> LEVOFLOXACINO <sup>3</sup> 10 mg/kg/d (c/12-24h) ev/vo 7 días
SOSPECHA DE NEUMONÍA NEUMOCÓCICA CON NECESIDAD INGRESO	<b>PENICILINA G 300.000-400.000U/kg/d (c/4h) EV 7-10 días<sup>1</sup></b>  AMPICILINA 200-300 mg/kg/d (c/6h) EV 7-10 días <sup>1</sup>	LEVOFLOXACINO <sup>3</sup> 10 mg/kg/d (c/12-24h) ev 7 días

<sup>1</sup> En caso de necesidad de ingreso hospitalario. Si correcta evolución clínica, realizar tratamiento secuencial, pasando a amoxicilina vo (80-90mg/kg) en 48 horas si hemocultivo negativo.

<sup>2</sup> Dosis máxima cefuroxima diaria en pediatría: 6 gramos

<sup>3</sup> En menores de 5 años levofloxacino 20mg/kg/día (c/12h). Dosis máxima diaria en pediatría: 500mg

<sup>4</sup> Valorar añadir clindamicina en caso de sospecha de neumonía necrotizante o sospecha de CA-MRSA.

<sup>5</sup> En caso de neumonía con complicaciones, ajustar tratamiento según evolución de las mismas.

# NEUMONIA DE ORIGEN COMUNITARIO

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
NEUMONÍA GRAVE CON NECESIDAD INGRESO EN UCIP	<p><b>CEFUROXIMA 150-200 mg/kg/d ev (c/6h) ev 14 días<sup>5</sup></b>  <b>CEFOTAXIMA 200 (c/6h) ev 14 días<sup>5</sup></b></p> <p><b>+ AZITROMICINA 10 mg/kg/d vo 5 días<sup>4,5</sup></b></p>	<p>LEVOFLOXACINO<sup>3</sup> 10 mg/kg/d vo/ ev (c/12-24 h)<sup>3</sup> 14-21 días</p>
NEUMONÍA ATÍPICA	<p><b>AZITROMICINA 10 mg/kg/d vo 3 días</b></p>	

<sup>1</sup> En caso de necesidad de ingreso hospitalario. Si correcta evolución clínica, realizar tratamiento secuencial, pasando a amoxicilina vo (80-90mg/kg) en 48 horas si hemocultivo negativo.

<sup>2</sup> Dosis máxima cefuroxima diaria en pediatría: 6 gramos

<sup>3</sup> En menores de 5 años levofloxacino 20mg/kg/día (c/12h). Dosis máxima diaria en pediatría: 500mg

<sup>4</sup> Valorar añadir clindamicina en caso de sospecha de neumonía necrotizante o sospecha de CA-MRSA.

<sup>5</sup> En caso de neumonía con complicaciones, ajustar tratamiento según evolución de las mismas.



# INFECCIÓN TRACTO URINARIO/ PIELONEFRITIS AGUDA

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
Infección de orina	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella spp</i> <i>Proteus mirabilis</i> <i>Enterococcus spp</i>



# INFECCIÓN TRACTO URINARIO/ PIELONEFRITIS AGUDA

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
PNA EN MAYORES DE 3 MESES SIN NEFROUROPATÍA	<b>GENTAMICINA<sup>1,8</sup> 5 mg/kg/d (c/24h) ev 10-14 días pasando a oral en 2-5 días si buena evolución</b> ↓ <b>CEFIXIMA 8 mg/kg/d vo c/12 h</b>	Ver nota <sup>8</sup>
PNA EN MENORES DE 3 MESES O CON UROPATÍA	<b>GENTAMICINA<sup>1,8</sup> 5 mg/kg/d (c/24h) EV + AMPICILINA<sup>2</sup> 200 mg/kg/d (c/6h) ev 14 días</b>	GENTAMICINA <sup>1</sup> 5 mg/kg/d (c/24h) ev + TEICOPLANINA <sup>5</sup> 10 mg/kg/d ev (c/24h) o VANCOMICINA 40 mg/kg/d (c/6h) ev Ver nota <sup>8</sup>

<sup>1</sup> Descartar antecedentes de sordera en rama materna antes de primera dosis de gentamicina.

<sup>2</sup> Dosis máxima de ampicilina: 12 gramos al día (ev).

<sup>3</sup> Añadir ampicilina en caso de uropatía asociada.

<sup>4</sup> Dosis máxima diaria en pediatría de aztreonam: 8 gramos

<sup>5</sup> Teicoplanina: Las tres primeras dosis: 10mg/kg/dosis cada 12 horas y posteriormente seguir con 10mg/kg/dosis cada 24horas . Dosis máxima diaria en pediatría: 400mg.

<sup>6</sup> Dosis máxima diaria de cefuroxima en pediatría: 6 gramos

<sup>7</sup> Dosis máxima diaria en pediatría de ciprofloxacino: 800mg.

<sup>8</sup> En caso de alergia a gentamicina o antecedentes de sordera en rama materna: cefuroxima 150mg/kg/día



# INFECCIÓN TRACTO URINARIO/ PIELONEFRITIS AGUDA

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
PNA EN PACIENTE CON NEFROPATÍA SIGNIFICATIVA	<b>CEFUROXIMA<sup>6</sup> 150 mg/kg/d (c/6h) ev +/- AMPICILINA<sup>2,3</sup> 200 mg/kg/d (c/6h) ev 14 días</b>	CIPROFLOXACINO <sup>7</sup> 10-20 mg/kg/d (c/12h) ev 14 días ( <i>&gt; 25% E.coli son resistentes!!!</i> )  GENTAMICINA 5 mg/kg/d (c/24h) ev con control de niveles
ITU BAJA/CISTITIS	<b>CEFIXIMA 8 mg/kg/d vo (c/24h) 3 días</b> CEFUROXIMA <sup>6</sup> 15-30 mg/kg/d vo (c/12h) 5 días	CIPROFLOXACINO <sup>7</sup> 10- 20 mg/kg/d (c/12h) vo 5-7 días

<sup>1</sup> Descartar antecedentes de sordera en rama materna antes de primera dosis de gentamicina.

<sup>2</sup> Dosis máxima de ampicilina: 12 gramos al día (ev).

<sup>3</sup> Añadir ampicilina en caso de uropatía asociada.

<sup>4</sup> Dosis máxima diaria en pediatría de aztreonam: 8 gramos

<sup>5</sup> Teicoplanina: Las tres primeras dosis: 10mg/kg/dosis cada 12 horas y posteriormente seguir con 10mg/kg/dosis cada 24horas . Dosis máxima diaria en pediatría: 400mg.

<sup>6</sup> Dosis máxima diaria de cefuroxima en pediatría: 6 gramos

<sup>7</sup> Dosis máxima diaria en pediatría de ciprofloxacino: 800mg.

<sup>8</sup> En caso de alergia a gentamicina o antecedentes de sordera en rama materna: cefuroxima 150mg/kg/día

# INFECCIÓN OSTEOARTICULAR

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
< 3 MESES	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus agalactiae</i> Enterobacterias <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
3 MESES A 3 AÑOS	<i>S. aureus</i> <i>Kingella kingae</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>
> 3 AÑOS	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> <i>Kingella kingae</i>

La penetración ósea de la mayoría de antibióticos es pobre, por lo que se deben usar dosis altas ev para alcanzar una concentración antibiótica óptima

# INFECCIÓN OSTEOARTICULAR

EDAD	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN <sup>1</sup>	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
< 3 MESES	<b>CLOXACILINA 200 mg/kg/d ev (c/4-6h) + CEFOTAXIMA 200 mg/kg/d (c/6h) ev<sup>2</sup></b>	NO CORRESPONDE <sup>5</sup>
3 MESES-3 AÑOS (o no vacunados de <i>H. influenzae</i> tipo B)	<b>CEFUROXIMA 150-200 mg/kg/d (c/6h) ev<sup>3,4</sup></b>	LEVOFLOXACINO 10 mg/kg/d (c/24 h) vo/ ev
> 3AÑOS	<b>CEFAZOLINA 150 mg/kg/d (c/6- 8h) ev</b> CLOXACILINA 200 mg/kg/d (c/4-6h) ev	CLINDAMICINA 20/40 mg/kg/d (c/6-8h) vo/ev

<sup>1</sup> Tiempo de tratamiento dependerá del tipo de infección osteoarticular (osteomielitis/artritis).

<sup>2</sup> Tras estabilidad clínica, con cultivos de SNC negativos, se puede valorar pasar cefuroxima 150mg/kg/día c/6-8h IV.

<sup>3</sup> En lactantes más pequeños valorar: cloxacilina 100-200mg/kg/día IV c/6h + cefotaxima 200mg/kg/día c/6h IV.

<sup>4</sup> Dosis máxima de cefuroxima en pediatría: 6 gramos al día.

<sup>5</sup> Debido a la baja probabilidad de tener alergias confirmadas antes de los 3 meses de edad, no se añadirá esta información en el presente documento. Se recomienda consultar con especialistas en infectología y alergología pediátricas si se produce esta situación

<sup>6</sup> En menores de 5 años 20mg/kg/día cada 12 horas. Dosis máxima en pediatría: 500mg al día.

# INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE
INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS	<i>Staphylococcus aureus</i> (sensible >> resistente a la meticilina)  <i>Streptococcus pyogenes</i>



# INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS SIN NECESIDAD DE INGRESO	<b>CEFADROXILO 30 mg/kg/d (c/12h) vo 7 días</b>  CEFUROXIMA AXETIL 20- 30 mg/kg/d (c/12h) vo 7 días	CLINDAMICINA 20 mg/kg/d (c/8h) vo 7 días  COTRIMOXAZOL 10 mg/kg/d (c/12h) vo 7 días
INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS CON NECESIDAD DE INGRESO	<b>CEFAZOLINA 100-150 mg/kg/d (c/8h) ev 7 días</b>  CLOXACILINA 100 mg/kg/d (c/6h) ev 7 días	CLINDAMICINA 40 mg/kg/d (c/6- 8h) ev 7 días
SI CELULITIS/ABSCESO POR SARM ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD SIN NECESIDAD DE INGRESO	<b>COTRIMOXAZOL 10 mg/kg/d (c/12h) vo 7 días</b>	EN CASO DE ALERGIA, SE CONTACTARÁ CON EXPERTO

# INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALERGIA A BETALACTÁMICOS
CELULITIS/ABSCESO POR SARM ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD CON NECESIDAD DE INGRESO	CLINDAMICINA 40 mg/kg/d (c/6-8h) ev 7 días	EN CASO DE ALERGIA, SE CONTACTARÁ CON EXPERTO
SI FASCITIS O MIOSITIS NECROTIZANTE	CEFAZOLINA 100 mg/kg/d (c/8h) ev 7días + CLINDAMICINA 40 mg/kg/d (c/6-8h) ev 7 días	EN CASO DE ALERGIA, SE CONTACTARÁ CON EXPERTO

▶ MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN!!!!



▶ <http://www.upiip.com>