

Directrices africanas para el tratamiento con antibióticos para las infecciones bacterianas comunes y los síndromes



**Primera Edición
2021**

Publicado por

**Centros africanos para el control y la prevención de enfermedades
El Centro de Dinámica de Enfermedades, Economía y Política**

El Centro de Dinámica de Enfermedades, Economía y Política

Se autoriza la reproducción siempre que se cite la fuente.

Este informe refleja el trabajo realizado con el apoyo de la Red de Programas de Capacitación en Epidemiología e Intervenciones de Salud Pública (TEPHINET).

Los hallazgos y conclusiones que contiene son los de los autores y no reflejan necesariamente las posiciones o políticas del CDDEP, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, TEPHINET o cualquier otra organización nombrada. Las designaciones, los límites geográficos y la mención de países, empresas o productos de manufacturas específicos no implican aprobación ni opinión alguna por parte de los autores, contribuyentes u organizaciones de financiación. La guía clínica y las recomendaciones de tratamiento contenidas en esta publicación se desarrollaron en base a los comentarios de un grupo internacional de expertos que consideraron la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica y la pericia, junto con otros factores relevantes. La responsabilidad de la interpretación y el uso de este material recae únicamente en el lector; ni los autores ni los financiadores serán responsables de los daños derivados de su uso.

Los autores desean agradecer a los médicos, científicos, farmacéuticos y otros expertos que participaron en el desarrollo de las recomendaciones de tratamiento y proporcionaron retroalimentación durante el proceso de revisión externa.

La investigación relacionada y la información adicional están disponibles en www.cddep.org y www.africacdc.org.

Cita sugerida: Craig, J., Kapoor, G., Sriram, A., Frost, I., Hiban, K., Alimi, YH., y Varma, JK. 2021. Directrices africanas para el tratamiento con antibióticos para las infecciones bacterianas comunes y los síndromes- Primera edición. Addis Abeba, Etiopía.

CENTROS DE ÁFRICA PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Comisión de la Unión Africana Roosevelt Street, Addis Abeba, Etiopía

CENTRO DE DINÁMICA, ECONOMÍA Y POLÍTICAS DE ENFERMEDADES 5636 Connecticut Ave NW, PO Box 42735 Washington, DC 20015, EE. UU.

El índice de contenidos

los autores y Colaboradores	6
Panel de desarrollo de pautas de tratamiento pediátrico	7
Revisores externos	8
Prólogo	10
Lista de Acrónimos	11
Parte I. Introducción	13
Parte 2. Metodologías	14
Parte 4. Cómo utilizar estas directrices	21
Parte 5. Tratamientos antibióticos recomendados para infecciones bacterianas comunes y síndromes en pacientes neonatales y pediátricos	22
Sistema nervioso central	22
Sospecha de meningitis bacteriana aguda (Adquirida en la comunidad).....	22
Cabeza, Ojo, Oído, Nariz y Garganta	23
Conjuntivitis neonatal purulenta aguda.....	24
Otitis media aguda.....	24
Faringotonsillitis.....	26
Sospecha de sinusitis bacteriana aguda.....	27
Absceso dental (incluyendo gingivitis necrotizante aguda/periodontitis).....	29
Cardíaco	30
Fiebre reumática aguda.....	30
Endocarditis infecciosa (válvula nativa).....	31
Respiratorio	33
Infección aguda del tracto respiratorio inferior: Leve-moderada/ambulatoria (adquirida en la comunidad).....	33
Infección aguda del tracto respiratorio inferior: Grave/intrahospitalaria (adquirida en la comunidad).....	35
Gastrointestinal	37
Fiebre tifoidea/entérica.....	39
Infección intraabdominal complicada (adquirida en la comunidad).....	40
Genitourinario	42
Infección del tracto urinario (ITU).....	42
Sífilis (incluida la sífilis congénita).....	44
Piel, Tejidos blandos, Huesos y Articulaciones	47
Infecciones de la piel y del tejido blando (incluyendo impétigo, celulitis, abscesos).....	47
El tétanos.....	48
Osteomielitis aguda y artritis séptica.....	49

El torrente sanguíneo	51
Sepsis en el recién nacido	51
Posible infección bacteriana grave en lactantes menores de 3 meses de edad (adquirida en la comunidad)	53
Parte 6. Tratamientos antibióticos recomendados para infecciones bacterianas comunes y síndromes en pacientes adultos	56
Sistema nervioso central	56
Meningitis bacteriana aguda (adquirida en la comunidad)	56
Cabeza, Ojo, Oído, Nariz y Garganta	57
Otitis media aguda	57
Absceso dental (incluyendo gingivitis)	59
Faringotonsillitis bacteriana (incluidos estreptococos y difteria)	60
Cardíaco	61
Endocarditis infecciosa	61
Infección de válvula protésica o marcapasos	61
Respiratorio	62
Bronquitis aguda	62
Exacerbación aguda de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC)	62
Neumonía extrahospitalaria (CAP) leve a moderada en pacientes ambulatorios	63
Neumonía extrahospitalaria grave para pacientes hospitalizados	64
Neumonía intrahospitalaria (nosocomial)	65
Gastrointestinal	66
Enfermedad Diarreicas invasiva aguda (Disentería)	66
Infecciones intrabdominales complicadas (ciAI)	67
Fiebre tifoidea/entérica	69
Genitourinario	71
Prostatitis aguda sin complicaciones de leve a moderada	71
Infección urinaria sin complicaciones (ITU)	71
Pielonefritis aguda	72
Piel, Tejidos blandos, Huesos y articulaciones	73
Infecciones de la piel y del tejido blando (SSTI)	73
Osteomielitis aguda y artritis séptica	74
El torrente sanguíneo	75
Sepsis (septicemia) y shock séptico	75

Autores y Colaboradores

Centro de Dinámica de Enfermedades, Economía y política

Jessica Craig, MPH
Geetanjali Kapoor, MD, MPH
Aditi Sriram, MPH
Isabel Frost, DPhil
KayliHiban, MPH

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de África

YewandeAlimi, DVM, MPH
Jay K. Varma, MD

Pediatric Treatment Guidelines Development Panel

Andrew Whitelaw, MBBCh, MSc, FCPATH
Universidad de Stellenbosch and el Hospital Tygerberg DE NHLS, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Angela AneneOkolo, MD, DCH, FRCPCH, FMCPed, FWACP
Centro Médico Federal, Asaba, Nigeria

BeckieTagbo, MBBS, FWACP(Paed), PhD
Instituto de la medicina molecular y de las enfermedades infecciosas, universidad de Nigeria, ciudad, Nigeria y Royal Society of Medicine, Londres, Reino Unido

David Kiptum, MB ChB, MMED
Gertrude's Children's Hospital, Nairobi, Kenia

EsperançaSevene, PhD
Universidad Eduardo Mondlane, Maputo, Mozambique

Frances Garraghan, MPharm
Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester, RU

Gary Reubenson, MBBCh, FCPaed, DCH DTM&H
Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica

Hala Abdullatif, MD, MSc, MRCPCH
Universidad de El Cairo, El Cairo, Egipto

James Nuttall*, MBChB, DipObst, DCH, FCPaed, DTM&H, MSc(Med)(Paed)(*El Presidente del panel)
Red Cross War Memorial Children's Hospital & Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Jean Koko, MD

Université des Sciences de la Santé, Libreville, Gabon

Joycelyn Assimeng Dame, MBChB, FGCS, WACP

Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana

NdèyeRamatoulayeDiagneGuèye, MD

Universidad de Thiès y el Hospital Infantil de Diamniadio, Thiès, Senegal

Olubukola T. Idoko, MBBS, MSc, PhD

Consejo de investigación médica, The Gambia

Rodrick Richard Kisenge, MD, M.Med, PhD

Universidad de Salud y Ciencias Aliadas de Muhimbili, Dar es Salaam, Tanzania

Sabrina BakeeraKitaka, MBChB; MMed, PhD

Universidad de Makerere Facultad de Ciencias de la Salud y Mulago National Referral Hospital, Kampala, Uganda

Sara Abdelgalil, MBBS, FRCPCH, MTROPaed

Norfolk y el Hospital Universitario de Norwich y Sudán Doctors Union de Reino Unido, Norwich, Reino Unido

Tajudeen Raji, MBBS, FWACP, MPH

África CDC, Addis Abeba, Etiopía

Tinsae Alemayehu, MD

El Centro Médico Americano, Addis Abeba, Etiopía

Valéria Isabel Muando Chicamba, MD

Ministerio de Salud y Hospital Central de Maputo, Maputo, Mozambique

Panel de Desarrollo de Pautas de Tratamiento para Adultos

Adrian Brink, MBChB, MMed

Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Engy Hamed, MPH

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Mediterráneo Oriental, El Cairo, Egipto

Marc Mendelson*, PhD, FRCP (*El Presidente del panel)

El Hospital Groote Schuur, Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Revathi Gunturu, MBBS, MD

Hospital Universitario de Aga Khan, Nairobi, Kenia

James Duah, MBCh.B, EMBA, MPH
Fundación Ford y Asociación Cristiana de Salud de Ghana, Accra, Ghana

MirfinMpundu, DrPH
ReActAfrica, Centro Internacional de Soluciones Antimicrobianas, Universidad de KwaZulu Natal, Programa de Descubrimiento de Drogas de Newton AMR, Lusaka, Zambia

MoussaSeydi, MD
Universidad Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

OtridahKapon, MSc
Instituto Nacional de Salud Pública de Zambia, Lusaka, Zambia

Walter Fuller, MS, MD, MBA
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para África, Brazzaville (República del Congo)

Revisores Externos

Guru V Bhoojhawon, MBBS
Hospital Victoria, Mauricio (2010-2012); Hospitales y Clínicas de la Universidad de Iowa; y Carver universidad de Medicina, Universidad de Iowa, Iowa City, Iowa, Estados Unidos

Kate Clezy, MBBS, FRACP
Médecins Sans Frontières, Centro Operativo Amsterdam; Comisión de Excelencia Clínica, NSW Australia; y el Prince of Wales Hospital, Sydney, Australia

Brian Eley, MBChB, FCPaed(SA), BSc
Red Cross War Memorial Children's Hospital y la Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Amethyst Gillis, MSc
DAI, Yaounde, Cameroon

Jesse Gitaka, MBChB, MTropMed, PhD
Universidad Mount Kenia, Thika, Kenia

DaphineKanyunyuzi, MPH, BMed
Kabale School of Comprehensive Nursing, Kabale, Uganda

AderemiKehinde, MBChB, MPH, FMCPATH
Facultad de Medicina, Universidad de Ibadán; University College Hospital; Y Laboratorio Nacional de Referencia, University College Hospital, Ibadan, Nigeria

Beatrice Manka Mushi, PharmD
Consultores Bhealth, Dar es Salaam, Tanzania

Elizabeth Matthai, MBBS, MD, FRCPath, PhD
DAI, Newfoundland, Canadá

Dooshaveer C. Nuckchady, MBBCh, MD, MIDSA, MACP
Hospital Victoria, Ministerio de Salud y Bienestar de Mauricio, Quatre Bornes, Mauricio

Charles Okot Odongo, BDS, MSc, PhD
Universidad de Global HealthEquity, Kigali, Rwanda and Kampala, Uganda

Samuel Okori, MFM
St. John XXIII Hospital Aber, ciudad de Lira, Uganda

Abdulazeez Bolaji Salahudeen, BPharm
Hi-Care Pharmacy Limited and Foresight Institute of Research and Translation, Ibadan, Nigeria

VivekaNordberg, MD, PhD
Karolinska University Hospital, Estocolmo, Suecia e Iniciativa de Salud Pediátrica, Dar es Salaam, Tanzania

Martha Franklin Mkony, MD, MMed
Hospital Nacional de Muhimbili e Iniciativa de Salud Pediátrica, Dar es Salaam, Tanzania y
Universidad de Capetown y Hospital de Maternidad de Mowbray, Capetown, Sudáfrica

Kughong Reuben Chia, MD
Care Center Clinic, Bambalang-Ndop, Cameroon

Rupa Kanapathipillai, MBBS, FRACP, DTM&H, MPH
Medecins Sans Frontieres (MSF)/Doctors Without Borders, NUEVA YORK, Estados Unidos

SenayTsfayGebremeskel, BPharm
Servier pharmaceutical, Addis Abeba, Etiopía

Constance RumbidzayiMutekeri, MPharm,
University Hospital Southampton NHS Trust and Association of Zimbabwe Pharmacists
Abroad, Southampton RU

ShingiMarithaKatsande-Mutamba, MPharm
University Hospital Southampton NHS Trust, University of Portsmouth, and Association of
Zimbabwe Pharmacists Abroad, Southampton, RU

Daniel Matache, BPharm, RPh
Colegio de Farmacéuticos de Ontario, Association of Zimbabwe Pharmacists Abroad, Ontario, Canadá

UduakOkomo, MBBCh, FWACP(Paediatrics), MSc, PhD
MRC Unit, The Gambia at the London School of Hygiene & Tropical Medicine, Fajara, The Gambia

El prólogo

Aunque pueden fabricarse prácticamente sin límite, los antimicrobianos son, de hecho, un recurso escaso. El uso excesivo de antimicrobianos selecciona los microorganismos que evaden el tratamiento, lo que hace que los antimicrobianos sean potencialmente inútiles. Reconociendo la urgente amenaza que la resistencia antimicrobiana (RAM) representa para el continente, los Centros para el Control de Enfermedades de África (CDC) priorizaron el control de la RAM como parte de su primera estrategia quinquenal, con un enfoque en mejorar el monitoreo, retrasar la emergencia, limitar la transmisión y mitigar el daño causado por los patógenos de la RAM.

Los planes de acción mundiales y nacionales sobre RAM hacen referencia de manera uniforme a la necesidad de que los médicos utilicen los antimicrobianos de manera adecuada, pero ¿qué significa esto? Cuando una persona se presenta con una enfermedad que puede requerir antimicrobianos, ¿a dónde debe recurrir el médico para decidir El medicamento, La dosis y La duración adecuados?

Con demasiada frecuencia, los médicos africanos han tenido que recurrir a una guía escrita lejos del continente, una guía que no refleja la epidemiología y susceptibilidad de las enfermedades infecciosas en sus propias comunidades. Este documento representa un primer intento del continente africano de hacerse cargo de lo que significa para los africanos el uso antimicrobiano “apropiado”. Los CDC de África convocaron a expertos de todo el continente para revisar los datos y hacer recomendaciones para una amplia gama de afecciones que pueden requerir tratamiento antimicrobiano.

A través de este proceso, los CDC de África y sus socios aprendieron tres lecciones críticas. En primer lugar, existe la necesidad urgente de que los Estados Miembros aumenten la vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos para garantizar que las recomendaciones se basen en un análisis oportuno, exhaustivo y representativo de los patógenos. En segundo lugar, este documento debería considerarse un primer proyecto que requiere una actualización continua basada en nuevos datos procedentes de África. Y, por último, el continente es vasto y diverso, y este documento debe considerarse una plantilla para que las entidades nacionales y subnacionales, en última instancia, desarrollen y actualicen continuamente su propia orientación basada en las necesidades de los médicos y los pacientes en sus comunidades.



Dr. John Nkengasong

El director, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de África

Lista de acrónimos

El agente patógeno

<i>A. baumannii</i>	<i>Acinetobacterbaumannii</i>
<i>C. difficile</i>	<i>Clostridioidesdifficile</i>
<i>C. diphtheriae</i>	<i>Corynebacteriumdiphtheriae</i>
<i>C. trachomatis</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<i>E. coli</i>	<i>Escherichiacoli</i>
<i>H. influenzae</i>	<i>Haemophilusinfluenza</i>
<i>K. neumonía</i>	<i>Klebsiellaneumonía</i>
<i>L. monocytogenes</i>	<i>Listeria monocytogenes</i>
<i>L. pneumophila</i>	<i>Legionellapneumophila</i>
<i>M. catarrhalis</i>	<i>Moraxellacatarrhalis</i>
<i>N. gonorrhoeae</i>	<i>Neisseriagonorrhoeae</i>
<i>N. meningitidis</i>	<i>Neisseriameningitidis</i>
<i>P. aeruginosa</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
<i>S. aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
<i>S. enterica</i>	<i>Salmonella enterica</i>
<i>S. epidermidis</i>	<i>Staphylococcus epidermidis</i>
<i>S. marcescens</i>	<i>Serratiamarcescens</i>
<i>S. neumonía</i>	<i>Streptococo neumonía</i>
<i>S. pyogenes</i>	<i>Streptococopyogenes</i>
<i>S. saprophyticus</i>	<i>Staphylococcus saprophyticus</i>

Clínico

CAP	la neumonía adquirida en la comunidad.
clAI	Infecciones intra-abdominales complicadas
CMV	citomegalovirus
COPD	enfermedad pulmonar obstructiva crónica
CRP	Proteína C reactiva
CSF	Líquido cefalorraquídeo
HAP	Neumonía hospitalaria (nosocomial)
HIV	el virus de inmunodeficiencia humana
IV	Intravenoso
IM	Intramuscular

MU	millones de unidades
PCT	La procalcitonina
PO	Oral/por vía oral
SSTI	Infección de la piel y del tejido blando
TB	la Tuberculosis
UTI	la infección urinaria
VP	Ventriculoperitoneal

Unidades de medida

g	El gramo
IU	Unidad internacional
kg	El kilogramo
mg	El miligramo
mL	El mililitro

Otro

Africa CDC	Centros africanos para el control y la prevención de enfermedades
ASP	Programa(s) de administración de antibióticos
AST	Pruebas de susceptibilidad antibiótica
AU	Unión Africana
AWaRe	Acceso, Vigilancia y Reserva
CDDEP	El Centro de Dinámica de Enfermedades, Economía y Política
COI	Los conflictos de intereses
MLEM	Lista Modelo de medicamentos esenciales
MoH	Ministerio de salud
STG(s)	Pautas de tratamiento estándar
WHO	la Organización Mundial de la Salud

Parte I. Introducción

La resistencia a los antibióticos plantea un importante reto para la salud pública, amenazando la capacidad de curar muchas enfermedades infecciosas comunes. En toda África, la resistencia a los antibióticos es un desafío documentado para muchas infecciones bacterianas, en particular las asociadas con la atención médica.

En 2018 Centros de África para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC en África) publicaron su estrategia para mitigar la aparición y propagación de patógenos resistentes a los antibióticos en África. En un taller celebrado en abril de 2018, los Estados miembros de la Unión Africana (UA) y las partes interesadas identificaron actividades prioritarias para implementar el Marco de los CDC de África para el control de la resistencia a los antibióticos. Para mitigar el daño, los participantes señalaron que muchos países de África carecen actualmente de directrices que definan cuándo Trate las infecciones y qué agentes antibióticos apropiados usar. A excepción de enfermedades seleccionadas, como el VIH, la tuberculosis y la malaria, los proveedores de atención médica deben usar su juicio individual o confiar en las directrices desarrolladas fuera de África.

Para colmar esta brecha y fomentar el uso apropiado de antibióticos en el sector de la salud humana, los CDC de África y el Centro de Dinámica, Economía y Política de Enfermedades (CDDEP) desarrollaron las siguientes Directrices Africanas de Tratamiento de Antibióticos para Infecciones Bacterianas Comunes y Síndromes, Primera Edición.

El objetivo de estas directrices es proporcionar a los trabajadores de la salud recomendaciones de expertos para la selección de antibióticos, La dosis y La duración del tratamiento de infecciones bacterianas y síndromes comunes entre neonatos, pediátricos, Y las poblaciones de pacientes adultos en África y promover el uso apropiado de antibióticos para prevenir la transmisión y reducir la prevalencia de patógenos resistentes a los antibióticos. Las directrices adjuntas se basan en una revisión sistemática de las normas nacionales existentes o las directrices de tratamiento clínico, los datos de resistencia a los antibióticos disponibles y la experiencia clínica de los paneles de expertos internacionales compuestos por médicos y farmacéuticos y otros médicos involucrados en el tratamiento de enfermedades infecciosas. Las recomendaciones de tratamiento están destinadas a complementar las directrices de tratamiento clínico nacionales e internacionales existentes, cuando estén disponibles, y a proporcionar una plantilla para la adaptación local en su ausencia. Las directrices están diseñadas para su uso por médicos, enfermeras, farmacéuticos y otro personal que participe en el tratamiento de enfermedades infecciosas o la dispensación de antibióticos en África.

La primera edición de las directrices se centra en las infecciones bacterianas comunes y los síndromes clínicos que reflejan las áreas de salud prioritarias de los estados miembros de la UA. Se prevé que algunos países, áreas subnacionales y/o instalaciones ya tienen o desarrollarán directrices de tratamiento antibiótico, basadas en datos locales, epidemiología y experiencia clínica. En esas situaciones, los CDC de África prevén que los trabajadores de la salud se basarán en las normas o recomendaciones más relevantes a nivel local, informadas por su criterio clínico, al seleccionar un agente antibiótico y determinar La dosis y duración de la terapia.

Los CDC de África aspiran a que sus directrices también sirvan como modelo estandarizado para otras jurisdicciones o instalaciones en África que desarrollen sus propias directrices. Este documento describe las metodologías empleadas para desarrollar las directrices de la primera edición y un protocolo para actualizar continuamente las directrices. Este protocolo fue informado por el Manual para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (2018 Manual para el desarrollo de guías de práctica clínica) (2018) y por el Manual para el Desarrollo de Guías de la Organización Mundial de la Salud (2014)^{1,2}. Los grupos de expertos examinaron y acordaron el protocolo.

1 Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América. Manual para el Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. 2018. Disponible en <https://www.idsociety.org/practice-guideline/clinical-practice-guidelines-development-training-and-resources/>

2 Organización Mundial de la Salud. Manual para el desarrollo de directrices, edición de 2nd. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>

Parte 2. Metodologías

Revisión de las directrices nacionales de tratamiento estándar existentes y de los datos de resistencia a los antibióticos

Se realizó una revisión para identificar y obtener las directrices de tratamiento nacionales o estándar (STG) existentes para el tratamiento de enfermedades infecciosas comunes en los Estados miembros de la UA. Se revisaron los sitios web del Ministerio de Salud de los Estados miembros de la UA o de agencias gubernamentales nacionales equivalentes para los STG relevantes publicados en cualquier idioma antes de marzo de 2019 y se estableció contacto con los puntos focales en el país para obtener ayuda para identificar cualquier STG existente que no estuviera disponible de manera fácil o aparente.

Las directrices se incluyeron para la revisión final sólo si contenían recomendaciones de tratamiento específicas para enfermedades o patógenos y si las recomendaciones del régimen de antibióticos incluían el nombre o tipo específico de antibiótico, La dosis yLa duración de la terapia con antibióticos. Se excluyeron las directrices que cubrían exclusivamente el VIH, la malaria, la tuberculosis y otras infecciones o síndromes abordados por los programas nacionales o verticales de control de enfermedades en África.

Se identificaron un total de 28 GST pertinentes de 17 países y cumplieron con nuestros criterios de inclusión; varios países tenían más de un GST publicado (Figura 1).



Figura 1. Distribución geográfica de 17 países con directrices de tratamiento estándar (GST) existentes que cumplían los criterios de inclusión

De las 28 directrices, 24 se publicaron en inglés y 4 en francés. El año de publicación (o última actualización) osciló entre 2001 y 2018/19. Veinte guías proporcionaron recomendaciones de tratamiento para poblaciones de pacientes adultos y pediátricos, 5 proporcionaron solo pautas específicas para adultos y 3 proporcionaron recomendaciones solo pediátricas (Tabla 1).

Revisamos cada una de las 28 guías y recopilamos información sobre los tipos de infecciones y síndromes clínicos incluidos y sobre las recomendaciones de terapia antibiótica para cada una,

incluyendo la selección y dosificación de fármacos de primera y segunda línea, La duración de la terapia y los principios de administración. Las selecciones de agentes antibióticos de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (MLEM, 21st Lista, 2019) y MLEM para Niños (7th Lista; 2019) también se recopilaron y utilizaron para ayudar en la evaluación de la disponibilidad de medicamentos en todo el continente^{3,4}.

Asimismo, se realizó una revisión para identificar todos los datos de resistencia a antibióticos disponibles, recopilados entre enero de 2010 y julio de 2020, en poblaciones de pacientes neonatales, pediátricos y adultos en todos los estados miembros de la UA. Se consideraron las tasas de prevalencia de resistencia a los antibióticos para todas las combinaciones de microorganismos y antibióticos, manifestaciones de enfermedades y tipos de muestras, así como los datos recopilados en diversos entornos, incluidos los pabellones clínicos, las investigaciones de brotes y los centros de salud individuales.

Todas las recomendaciones de tratamiento de los GST existentes y los datos de resistencia a los antibióticos disponibles fueron compilados y presentados a dos grupos de expertos que desarrollaron las directrices contenidas en este documento.

En general, hubo una grave escasez de datos disponibles sobre la resistencia a los antibióticos, lo que impidió que estos datos se consideraran detenidamente durante el desarrollo de las recomendaciones de tratamiento con antibióticos. En el futuro, con una base de evidencia más sólida, la prevalencia de la resistencia y las tendencias a lo largo del tiempo a nivel de centro, regional y nacional deben considerarse al desarrollar las pautas de tratamiento.

Tabla 1. Resumen de las directrices de tratamiento estándar identificadas (n=28) que cumplían los criterios de inclusión

El país	El título	Año de publicación	Origen/Editor	El adulto	Ped.
Eswatini	Pautas estándar del tratamiento Lista de medicinas esenciales de comodios médicos comunes en el Reino de Swazilandia 1ª Edición	2012	Ministerio de Salud (MoH)	X	X
Etiopía	Directrices sobre la gestión de brotes de cólera	2011	Ethiopian Health and Nutrition Research Institute	X	X
Etiopía	Directrices nacionales para la Gestión de las infecciones transmitidas mediante el enfoque singrnómico.	2015	MoH	X	X
Gambia	La Guía Estándar de Tratamiento de Medicamentos de Gambia	2001	Departamento de Estado de Salud y Bienestar Social	X	X
Ghana	Pautas estándar del tratamiento Sexta edición	2010	MoH	X	X

³ *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud, Lista 21st, 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>*

⁴ *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales para la Infancia de la Organización Mundial de la Salud, Lista 7th, 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU201907>*

El país	El título	Año de publicación	Origen/Editor	El adulto	Ped.
Kenia	Directrices clínicas para el manejo y la remisión de condiciones comunes en los niveles 4-6: Hospitales	2009	Ministerio de Servicios Médicos y Ministerio de Salud Pública y Saneamiento	X	X
Kenia	Directrices para el control del cólera	2002	División de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades del Ministerio de Salud	X	X
Liberia	2ª Edición Norma Nacional Directrices terapéuticas y Lista de medicamentos esenciales - 2017	2017	MoH	X	X
Malawi	Directrices estándar de tratamiento de Malawi 5ª edición 2015	2015	MoH	X	X
Marruecos	Directives de Prise en Charge de L'Enfant Malade de Moins de Cinq Ans	2016	MoH		X
Nigeria	Directrices estándar de tratamiento de Nigeria Segunda edición	2016	MoH	X	X
Las Seychelles	Directrices sobre antibióticos para Gestión de infecciones en hospitales	2018-2019	MoH Agencia de Salud	X	X
Las Seychelles	Directrices para la prescripción de antibióticos en los Servicios de Atención Primaria de Salud	2017-2018	MoH Agencia de Salud	X	X
Sudáfrica	Pautas de tratamiento estándar y Lista de medicamentos esenciales para la pediatría a nivel hospitalario de África	2017	Departamento Nacional de Salud		X
Sudáfrica	Pautas de tratamiento estándar y Lista de medicamentos esenciales para Sudáfrica- Adultos de nivel hospitalario	2015	Departamento Nacional de Salud	X	X
Sudáfrica	Pautas de tratamiento estándar y Lista de medicamentos esenciales para el sur de África- Nivel de atención primaria de la salud	2018	Departamento Nacional de Salud	X	X
Sudáfrica	Directrices para el control de la lepra en Sudáfrica	2011	Departamento Nacional de Salud	X	
Sudáfrica	Listeriosis: Clinical recommendations for diagnosis and treatment	2017	Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles	X	
Sudan	Directrices Nacionales de Tratamiento Normalizado del Sudán	2014	MoH	X	X

El país	El título	Año de publicación	Origen/Editor	El adulto	Ped.
Tanzania	Pautas de tratamiento estándar y lista nacional de medicamentos esenciales	2017	Ministerio de Salud, Desarrollo de la Comunidad, Género, Ancianos y Niños	X	X
Túnez	Antibiotérapie des Infectious Osteo-Articulaires Aigues communautaires pyogenes- Recommandations Nationales Fevrier 2006	2006	Ministerio de Salud Pública	X	
Túnicia	Antibiotherapie des Pyelonephrities Aigues Communautaires de L'Adulte	No indicado	Ministerio de Investigación Científica, Departamento de Farmacia, Sociedad Tunecina de Ciencias Médicas, etc	X	
Túnicia	L'Antibiotherapie dans les Infections Respiratoires Basses Acquisées de L'Adulte Traitee en Ville	No indicado	No indicado	X	
Uganda	Prevención y control del cólera	2017	MoH	X	X
Uganda	Directrices clínicas de Uganda 2016: Directrices nacionales para el manejo de las condiciones comunes	2016	MoH	X	X
Zambia	Directrices estándar de tratamiento, Lista de medicamentos esenciales y Lista de suministros esenciales de laboratorio para Zambia	2013	MoH	X	X
Zambia	Pautas esenciales del cuidado del recién nacido	2014	Ministerio de Desarrollo de la Comunidad, Salud de la Madre y el Niño		X
Zimbabue	7th Lista de medicamentos esenciales y Directrices estándar de tratamiento para Zimbabue	2015	Ministerio de Salud y Cuidado Infantil	X	X

Convocatoria de un Grupo de Desarrollo de Directrices

Se formaron dos grupos de expertos para desarrollar recomendaciones de tratamiento para poblaciones de pacientes adultos y neonatales/pediátricos, respectivamente. Al seleccionar a los panelistas, nos esforzamos por lograr un equilibrio de género, para incluir una amplia gama de especialidades clínicas y ocupaciones, y para asegurar que el grupo fuera representativo de cada región africana. Se pidió a todos los panelistas participantes que informaran a las empresas farmacéuticas de cualquier posible conflicto de intereses (COI), incluidos los vínculos financieros y de propiedad intelectual. No se identificaron dichas COI.

El primer panel, compuesto por nueve médicos, se reunió en agosto de 2019 en la sede de la UA en Addis Abeba, Etiopía, para desarrollar recomendaciones de tratamiento para las poblaciones de pacientes adultos. En octubre de 2020 se celebró un panel posterior, integrado por 19 expertos, a través de un seminario virtual para elaborar recomendaciones de tratamiento para pacientes pediátricos. Cada panel revisó los datos compilados de la resistencia a los antibióticos y las recomendaciones de tratamiento de los GST existentes, seleccionó las infecciones bacterianas y los síndromes para incluirlos en las directrices de la primera edición, y desarrolló recomendaciones de tratamiento consensuadas. Después de las reuniones iniciales, se dio a los panelistas la oportunidad de examinar los borradores de las directrices y proporcionar más información antes de que las directrices se publicaran para su examen externo. Los panelistas también proporcionaron información sobre las metodologías utilizadas para desarrollar estas directrices y el protocolo descrito para actualizar continuamente estas directrices.

Difusión de las Directrices

CDDEP y África Los CDC hospedarán y mantendrán una plataforma fácil de usar, basada en la web, que muestra la selección de antibióticos, La dosis yLa duración de las recomendaciones de tratamiento desarrolladas por los paneles de expertos. El sitio web que muestra una base de datos de GST y las directrices de tratamiento de la primera edición están disponibles en las siguientes ubicaciones:

- africaguidelines.cddep.org
- africacdc.org/african-antibiotic-treatment-guidelines-for-common-bacterial-infections-and-syndromes/

Protocolo para la actualización continua de las directrices

Para garantizar que las Directrices para el tratamiento de antibióticos en África sigan reflejando las áreas de salud prioritarias de los Estados miembros de la UA y los STG existentes, recientemente publicados o actualizados, el CDDEP y los CDC de África realizarán una revisión sistemática anual, según las metodologías aprobadas por los grupos de expertos, determinar las directrices que cumplen los criterios de inclusión del proyecto. Se revisarán directrices nuevas o actualizadas y se añadirá información sobre metodologías y terapias antibióticas recomendadas a una base de datos electrónica existente. Además, los datos disponibles sobre la resistencia a los antibióticos se recopilarán y analizarán continuamente. Por último, cada cinco años se reunirá un grupo de expertos multidisciplinarios para examinar los datos nacionales de resistencia a los antibióticos y las recomendaciones de tratamiento de antibióticos recientemente disponibles y actualizar estas directrices según sea necesario.

Parte 3. Principios de administración

Los antibióticos son recursos escasos y deben utilizarse juiciosamente para el manejo de enfermedades infecciosas. Lamentablemente, la falta de reglamentos y directrices para el uso adecuado de antibióticos ha contribuido al aumento del consumo de antibióticos en los sectores de la salud humana y animal. El mal uso y el uso excesivo de antibióticos en estos sectores son los principales impulsores de la resistencia a los antibióticos. Estudios anteriores han encontrado que los antibióticos clínicamente inadecuados se prescriben en un gran número de casos^{5,6,7}. Además, el consumo es mayor entre los países africanos, lo que puede reflejar la mayor carga de morbilidad infecciosa⁸.

Existe una necesidad urgente de implementar programas exitosos de administración de antibióticos (ASP, por sus) nacionales y basados en instalaciones que integren la prevención y el control de infecciones, el diagnóstico clínico y el manejo de enfermedades.

El desarrollo e implementación de GST es valioso para institucionalizar un ASP de hospital. Entre las consideraciones importantes para el uso de antibióticos se incluyen la selección de fármacos considerando el espectro de actividad de los antibióticos, el perfil de efectos adversos y la disponibilidad de formulaciones específicas (incluidas las aplicables a niños pequeños), la probabilidad de resistencia a los antibióticos, la vía de administración, La dosis y La duración del tratamiento. La decisión de iniciar y continuar el tratamiento con antibióticos debe basarse en indicaciones claras que incluyan resultados de diagnóstico y seguimiento clínicos y de laboratorio.

En general, los prescriptores deben considerar primero el tratamiento con antibióticos clínicamente apropiados en la lista de acceso de la OMS y recurrir al tratamiento con antibióticos watch and reserve solo en casos de resistencia documentada o falta de disponibilidad de fármacos.⁹. El uso de terapias combinadas de dosis fija sólo debe utilizarse cuando sean clínicamente adecuadas y necesarias. La reevaluación de la terapia es esencial una vez que se obtienen los resultados de laboratorio disponibles, y las opciones para la desescalada de antibióticos de amplio espectro a antibióticos de espectro más estrecho deben considerarse si el cultivo microbiológico y los resultados de las pruebas de susceptibilidad a los antibióticos lo permiten. Las terapias antibióticas deben usarse junto con otras intervenciones apropiadas, como el control temprano y efectivo de la fuente.

Junto con otras intervenciones de administración de antibióticos, el desarrollo y la implementación de las directrices, particularmente cuando se basan en datos locales, ofrecen una oportunidad para reducir el uso de antibióticos. Estudios anteriores han informado que las guías clínicas que proporcionan recomendaciones explícitas para el tratamiento de enfermedades infecciosas y ayudan en la toma de decisiones clínicas, no solo reducen la prescripción inadecuada de antibióticos, sino que también mejoran la calidad de la atención.^{10,11}.

5 Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin SR. Tasas de prescripción de antibióticos para infecciones agudas de las vías respiratorias en entornos ambulatorios de EE.UU. *JAMA*. 2009; 302(7):758-66. DOI: 10.1001/jama.2009.1163

6 Milani RV, Wilt JK, Entwisle J, Hand J, Cazabon P, Bohan JG. Reducir la prescripción inadecuada de antibióticos para pacientes ambulatorios: Comparación normativa utilizando informes de proveedores sin enmascaramiento. *BMJ Calidad abierta*. 2019; 8(1):e000351. DOI: 10.1136/bmjqa-2018-000351

7 Fleming-Dutra KE, Hersh AL, Shapiro DJ, Bartoces M, Enns EA, File TM, Finkelstein JA, Gerber JS, Hyun DY, Linder JA, Lynfield R. Prevalencia de prescripciones antibióticas inapropiadas entre las visitas ambulatorias de EE.UU., 2010-2011. *JAMA*. 2016 May 3;315(17):1864-73.

8 Versporten A, Zarb P, Caniaux I, Gros MF, Drapier N, Miller M, et al Consumo y resistencia de antibióticos en pacientes hospitalizados adultos en 53 países: Resultados de una encuesta mundial de prevalencia puntual basada en Internet. *The Lancet Global Health*. 2018; 6(6):e619-629. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30001-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30001-0)

9 Organización Mundial de la Salud. Consciente. Disponible en: <https://adoptaware.org/>

10 Fernández González F, Detrés J, Torrelas P, Ballesta CR. Comparación del uso apropiado de antibióticos basado en pautas clínicas entre médicos en formación frente a médicos en práctica. *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*. 2013; 105(3):21-24.

11 de con K, Allerberger F, Amann S, Apfalter P, Brodt HR, Eckmanns T, et al. Estrategias para mejorar el uso racional de los antibióticos en los hospitales: Una guía de la Sociedad Alemana de Enfermedades Infecciosas. *Infección*. 2016; 44(3): 395-439. DOI: 10.1007/s15010-016-0885-z.

A lo largo de las recomendaciones de tratamiento se describen principios de administración específicos de enfermedades o infecciones relevantes. Siempre que sea posible, los médicos deben buscar obtener cultivos de muestras de pacientes relevantes antes del inicio del tratamiento y realizar un diagnóstico microbiológico. Identificación de patógenos y pruebas de susceptibilidad antibiótica (AST). Sin embargo, en situaciones en las que un paciente presenta una infección grave diagnosticada clínicamente, el tratamiento no debe retrasarse hasta que se disponga de esos resultados.

Si los servicios de pruebas de laboratorio no están disponibles y la presentación clínica indica una etiología viral, los médicos pueden considerar la posibilidad de practicar una espera cautelosa y retrasar el inicio del tratamiento con antibióticos. Sin embargo, las pautas no tienen la intención de anular el juicio clínico y el tratamiento inmediato debe iniciarse en infecciones graves o sospecha de sepsis. Por último, los médicos deben considerar un diagnóstico clínico de otras infecciones (p. ej. TB, VIH, malaria, etc.) en áreas endémicas o de alta carga.

Parte 4. Cómo utilizar estas directrices

Las siguientes directrices de tratamiento proporcionan recomendaciones para la terapia con antibióticos empíricos para infecciones y síndromes bacterianos comunes. La terapia con antibióticos empíricos se refiere a una elección apropiada de uno o más antibióticos para tratar una infección para la cual no se ha realizado un diagnóstico etiológico específico (identificación de un patógeno en una muestra de paciente apropiada y AST). La terapia antibiótica empírica se dirige al patógeno(s) más probable(s) para el(los) sitio(s) de la infección, idealmente coincide con el(los) antibiótico(s) único(s) de espectro más estrecho con el(los) patógeno(s) probable(s), evalúa la probabilidad de resistencia a los antibióticos (por ejemplo, exposición reciente a los antibióticos u hospitalización), tiene en cuenta las contraindicaciones potenciales, incluidas las alergias y selecciona un antibiótico con una penetración adecuada del tejido diana.

Las definiciones clínicas incluyendo los actuales síntomas comunes y las bacterias causativas se proporcionan para cada síndrome o infección, al igual que los principios relevantes de administración y otras notas clínicas; sin embargo, estas notas no pretenden ser exhaustivas. Es importante destacar que no se proporciona una guía de diagnóstico clínico completa dado el alcance de las directrices de la terapia empírica, y se excluyen las terapias médicas y el tratamiento fuera de la terapia con antibióticos (por ejemplo, el manejo del dolor o la intervención quirúrgica).

Elección de antibióticos preferida, dosis, y La duración debe seguirse cuando sea posible. Sólo se debe aplazar a tratamientos alternativos si no se dispone de la opción antibiótica preferida o existen otras razones convincentes que excluyen el uso del antibiótico preferido.

Cuando se recomienda la terapia de bajada, La duración es La duración total del tratamiento, incluida la terapia intravenosa (IV).

A menos que se especifique lo contrario, todas las formulaciones antibióticas descritas a lo largo de las recomendaciones de tratamiento siguen las del MLEM DE LA OMS y el MLEM DE LA OMS para niños^{12,13}.

Para los grupos de edad neonatal y pediátrico, se siguen generalmente las siguientes definiciones, a menos que se especifique lo contrario; para los pacientes de 20 años o más, consulte las recomendaciones de tratamiento para adultos:

Neonato	Menos de 28 días de edad o si nace prematuramente, menos de 42 semanas de edad gestacional corregida
Infantil	Menos de 1 años de edad
Niño	Menos de 10 años de edad
Adolescente	10 – 19 años de edad

¹² *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud, Lista 21st, 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>*

¹³ *Lista modelo de medicamentos esenciales para niños de la Organización Mundial de la Salud, 7ª Lista, 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/WHOMVPEMPIAU201907>*

Parte 5. Tratamientos antibióticos recomendados para infecciones bacterianas comunes y síndromes en pacientes neonatales y pediátricos

Sistema nervioso central

Sospecha de meningitis bacteriana aguda (adquirida en la comunidad)			
<p><u>Definición clínica:</u> Inflamación de meninges del cerebro y la médula espinal. las características clínicas pueden no ser específicas en neonatos y lactantes pequeños (por ejemplo, mala alimentación, apatía, ictericia, apnea, fontanela completa, fiebre, hipotermia) y en bebés mayores pueden incluir irritabilidad, somnolencia, mala alimentación, fiebre alta y/o vómitos. Los niños mayores pueden presentarse de manera similar a los adultos con dolor de cabeza, fiebre, fotofobia, vómitos, rigidez en el cuello y/o alteración del nivel de conciencia. Entre los patógenos bacterianos comunes en neonatos y lactantes pequeños se incluyen <i>Streptococoagalactiae</i> (estreptococos del grupo B), <i>E. coli</i>, especies de <i>Klebsiella</i>, <i>L. monocytogenes</i> y en lactantes y niños mayores: <i>S. neumonía</i>, <i>H. influenza</i> y <i>N. meningitidis</i>.</p>			
Neonato			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	La formulación	La dosis	La duración
Terapia de combinación con: Cefotaxima (IV) Más Ampicilina (IV)	Cefotaxima-Polvo para inyección : 250 o 500 mg por vial (como sal de sodio)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 horas ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días o mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	Trate con ampicilina (para cobertura de <i>Listeria</i>) hasta que los resultados del cultivo de LCR confirmen la etiología. Si el cultivo de LCR no está disponible, Trate con cefotaxima más ampicilina durante 14 a 21 días.
	Ampicilina-Polvo para inyección: 500mg, 1g (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 100 mg/kg/dosis 6 por hora 	
Si la cefotaxima no está disponible, use			
Terapia de combinación con: Ceftriaxona (IV) Más Ampicilina (IV) Si el cultivo de LCR no está disponible, Trate con ceftriaxona más ampicilina durante 14-21 días.	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (en forma de sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis 12 por hora	Trate con ampicilina (para cobertura de <i>Listeria</i>) hasta que los resultados del cultivo de LCR confirmen la etiología. Si el cultivo de LCR no está disponible, Trate con ceftriaxona más ampicilina durante 14-21 días.
	Ampicilina- Polvo inyectable: 500mg, 1g (en forma de sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 mg/kg/dosis 8 horas ○ 8 días de edad y mayores: 100 mg/kg/dosis 6 por horas 	

Bebé (mayor de 28 días), niño y adolescente			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	La formulación ¹	La dosis	La duración
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora	10 – 14 días
Opción antibiótica alternativa sólo si no se dispone de cefotaxima/ceftriaxona			
Ampicilina (IV)	Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima: 2 g 6 por hora	10 – 14 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > La meningitis aguda puede ser causada por una variedad de patógenos, algunos de los cuales no son bacterias. El diagnóstico microbiológico, incluyendo la tinción/microscopía de gram de LCR, el cultivo bacteriano y el AST debe obtenerse lo antes posible, si está disponible, ya que esto puede permitir que el tratamiento con antibióticos empíricos se ajuste para dirigirse al patógeno específico identificado e informar La duración del tratamiento. En ausencia de un cultivo positivo de LCR o resultado de PCR, un resultado positivo de hemocultivo junto con un recuento de células de LCR y química sugestiva de meningitis bacteriana puede ser útil para guiar la selección de antibióticos y La duración del tratamiento aunque las directrices difieren en las recomendaciones de duración del tratamiento para patógenos específicos, una recomendación general para la meningitis no complicada es la de los organismos Gram negativos y Listeria 21 días, Streptococo del grupo B 14-21 días, S. neumonía 10-14 días, H. influenza 7-10 días, N. meningitis 5-7 días. > En pacientes con un cultivo positivo de LCR, repita la punción lumbar 24-48 horas después del inicio del tratamiento antimicrobiano para documentar la esterilización del LCR es útil (particularmente en neonatos) ya que la esterilización retrasada puede ser una indicación de complicaciones como un enfoque purulento que requiere intervención o resistencia a los antibióticos. > Si el LCR se obtiene y no es consistente con la meningitis (por ejemplo, ausencia de células y química normal), los antibióticos se deben suspender o ajustar dependiendo de si se ha alcanzado un diagnóstico alternativo. > Considere la posibilidad de realizar pruebas de diagnóstico para la meningitis tuberculosa y criptocócica, especialmente en zonas con alta carga de VIH. 			
Otras notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Las complicaciones incluyen el empiema subdural y el absceso cerebral que pueden requerir intervención neuroquirúrgica además del tratamiento con la terapia antimicrobiana antes mencionada. > En niños y adolescentes con una derivación ventriculoperitoneal (VP) que presenta meningitis, busque la opinión de expertos y refiera al paciente a un especialista cuando sea posible. 			

Cabeza, Ojo, Oído, Nariz y Garganta

Conjuntivitis neonatal purulenta aguda			
Definición clínica: Inflamación de las conjuntivas comúnmente causada por <i>N. gonorrhoeae</i> .			
Neonato			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	La formulación	La dosis	La duración
Ceftriaxona (IM)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sódica) en vial	50 mg/kg de STAT como dosis única	Dosis única
Principios de administración:			
> Ninguno.			
Otras Notas:			
> Riegue con frecuencia con solución salina y trate con terapia tópica según sea necesario.			

Otitis media aguda			
Definición clínica: Infección aguda con inflamación del oído medio. Los síntomas comunes incluyen fiebre, dolor en el oído, secreción del oído y dificultad para oír. Los patógenos bacterianos comunes incluyen <i>S. neumonía</i> , <i>H. influenzae</i> y <i>M. catarrhalis</i> .			
Bebé, Niño y Adolescente			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	La formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO) ^A	Polvo para líquidos orales: 125 mg (como trihidrato) /5 ml; 250 mg (como trihidrato) /5 ml; Dosis oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	40-45 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 1,5 g 12 por hora	5 – 10 días
Para pacientes que recibieron amoxicilina en los 30 días anteriores o para aquellos que no responden al tratamiento de primera línea con amoxicilina después de 48 a 72 horas			
Amoxicilina + ácido clavulánico (PO) ^A	el líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico /5 mL; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico /5 mL; Pastilla: 500 mg (como Trihidrato) + 125 mg (comosal de potasio).	40 – 45 mg/kg de componente de amoxicilina por dosis 12 por hora, dosis máxima de componente de Amoxicilina: 875 mg 12 por hora. (Consulte otras Notas ^{Ba} continuación para obtener instrucciones sobre la dosificación con precisión).	5 – 10 días

En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Azitromicina ^c	El líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro).	10 mg/kg una vez al día, dosis máxima diaria de 500 mg	3 – 5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Practique la espera vigilante y retenga los antibióticos excepto para los pacientes con síntomas graves, los menores de 2 años y los pacientes con enfermedad bilateral. > Los cursos repetidos de antibióticos en niños con otitis media crónica y/o otorrea son ineficaces y deben evitarse. Se debe considerar el asesoramiento de expertos o la remisión a un especialista de ENT y audiólogo si está disponible. 			
Otras notas:			
<p>A. Si un paciente no puede tolerar antibióticos orales (por ejemplo, vómitos persistentes), se pueden considerar antibióticos IV o IM:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina (25 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima: 500 mg 6 por hora), o ▪ Ceftriaxona (50 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima: 1 g al día) <p>B. Las formulaciones líquidas orales disponibles actualmente contienen Amoxicilina+ ácido clavulánico en una proporción de 4:1:1. Para obtener 40-45 mg/kg/dosis del componente de Amoxicilina, cuando se utiliza La formulación 4:1 recete ácido clavulánico amoxicilina 10-15 mg/kg/dosis del componente de amoxicilina 12 horas por separado recete amoxicilina 30-35 mg/kg/dosis 12 horas para no superar La dosis máxima recomendada de ácido clavulánico (10 mg/kg/día), reduciendo así el riesgo de diarrea asociada a antibióticos.</p> <p>Si se dispone de formulaciones líquidas orales con una dosis más alta de Amoxicilina (Proporción 7:1 – 400 mg amoxicilina 57.5 mg ácido clavulánico/5 mL, o proporción 14:1 – 600 mg amoxicilina 42.9 mg ácido clavulánico/5 mL), estos pueden administrarse a una dosis de 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina 12 horas sin una prescripción separada de amoxicilina (no se excederá La dosis de ácido clavulánico). Si está disponible La formulación de la pastilla de proporción 7:1 (875 mg de Amoxicilina 125 mg de ácido clavulánico ácido clavulánico)</p> <p>C. Si un paciente falla la terapia con macrólidos, considere la posibilidad de usar ceftriaxona o consulte a un especialista.</p>			

Faringoamigdalitis

Definición clínica: Inflamación aguda de la pared faríngea y de las amígdalas comúnmente causada por patógenos virales incluyendo virus respiratorios y virus de Epstein-Barr. Las etiologías bacterianas comunes incluyen Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (*S. pyogenes*). Los síntomas comunes incluyen dolor de garganta y fiebre.

El Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO) ^A	Polvo para líquidos orales: 125 mg (como trihidrato)/ 5 ml; 250 mg (como trihidrato)/5 ml; Forma de dosificación oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	50 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 2 g	10 días

Opción(s) de antibióticos alternativos			
Benzatina Bencilpenicilina (IM) ^B	Polvo para inyección: 900 mg Bencilpenicilina (=1.2 millones de unidades) en vial de 5 ml; 1,44 g de bencilpenicilina (=2,4 millones de unidades) en vial de 5 ml	Por peso: <ul style="list-style-type: none"> o <27 kg: 600 000 unidades (375 mg) como dosis única o 27 kg o más: 1,2 millones de unidades (750 mg) como dosis única 	Dosis única
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Azitromicina (PO) ^C	Líquido oral: 200 mg/5 ml. Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro).	10 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 500 mg al día	5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > La faringitis aguda viral y bacteriana generalmente se resuelve sin tratamiento antibiótico pero la razón principal para considerar el tratamiento con antibióticos es prevenir la fiebre reumática aguda (y en menor medida las complicaciones supresivas locales). > Las características clínicas que sugieren una causa viral en lugar de bacteriana de la faringotonsillitis incluyen la secreción nasal, voz ronca o llanto, tos, conjuntivitis, lesiones ulcerativas orales discretas y diarrea. En estos casos, evite el uso de antibióticos. > Los niños menores de 3 años de edad no deben recibir antibióticos como parte del tratamiento para la faringotonsillitis, ya que no tienen un riesgo significativo de fiebre reumática aguda. 			
Otras Notas:			
<p>A. Si un paciente no puede tolerar antibióticos orales (por ejemplo, vómitos persistentes), se pueden considerar antibióticos IV o IM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina (25 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima: 500 mg 6 por hora), o ▪ Ceftriaxona (50 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima: 1 g al día) <p>B. La administración dolorosa de benzatina bencilpenicilina por vía IM puede reducirse disolviendo benzatina bencilpenicilina 1,2 millones de unidades en 3,2 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina (adrenalina) y llevando la preparación a temperatura ambiente antes de la inyección.</p> <p>C. En muchas partes del mundo se han registrado tasas significativas de resistencia de las cepas de <i>Streptococo</i> del Grupo Aa los macrólidos (azitromicina) y azalidas (claritromicina). Si el paciente falla el tratamiento con macrólido o azalida, considere la posibilidad de usar ceftriaxona o consulte a un especialista.</p>			

Sospecha de sinusitis bacteriana aguda

Definición clínica: Infección bacteriana aguda de los senos paranasales. Los patógenos bacterianos comunes incluyen *S. neumonía*, *H. influenza* y *M. catarrhalis*. Los síntomas incluyen una infección previa del tracto respiratorio superior, fiebre, congestión nasal, secreción nasal, dolor facial y sensibilidad. Poco común en niños, particularmente en niños pequeños en los que los senos paranasales no están completamente desarrollados.

Bebé, Niño y Adolescente			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO) ^A	Polvo para líquidos orales: 125 mg (como trihidrato) /5 ml; 250 mg (como trihidrato) /5 ml; Forma de dosificación oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	40 – 45 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 1,5 g 12 por hora	5 – 7 días
Para pacientes que recibieron amoxicilina en los 30 días anteriores, o para aquellos que no responden al tratamiento de primera línea con amoxicilina después de 48 a 72 horas.			
Amoxicilina + ácido clavulánico (PO) ^A	Líquido oral: 125 mg de Amoxicilina 31,25 mg de ácido clavulánico/5 ml; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) 125 mg (como sal de potasio)	40 – 45 mg/kg de componente de amoxicilina por dosis 12 por hora, dosis máxima de componente de amoxicilina: 875 mg 12 por hora. (Consulte otras notas ^B a continuación se ofrece una guía precisa sobre la dosificación)	5 – 7 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Azitromicina (PO) ^C	Líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro).	10 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 500 mg al día	5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Practique la espera vigilante y retenga los antibióticos excepto para los pacientes con síntomas severos. Para casos graves o una respuesta deficiente al tratamiento inicial, puede ser necesario contar con el asesoramiento de expertos y la adquisición de imágenes radiológicas para excluir la extensión intracraneal. 			

Otras Notas:

- A. Si un paciente no puede tolerar antibióticos orales (por ejemplo, vómitos persistentes), se pueden considerar antibióticos IV o IM:
- Ampicilina (25 mg/kg/dosis 6 por hora, Dosis máxima: 500 mg 6 por hora), o
 - Ceftriaxona (50 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima: 1 g)
- B. Las formulaciones líquidas orales actualmente ampliamente disponibles contienen Amoxicilina ácido clavulánico en una proporción de 4:1:1. Para lograr 40-45 mg/kg/dosis del componente de Amoxicilina, cuando use La formulación 4:1, prescriba amoxicilina + ácido clavulánico 10-15 mg/kg/dosis de componente de amoxicilina 12 horas y prescriba Amoxicilina por separado 30-35 mg/kg/dosis 12 horas para no superar La dosis máxima recomendada de ácido clavulánico (10 mg/kg/día), reduciendo así el riesgo de diarrea asociada a antibióticos.
- Si se dispone de formulaciones líquidas orales con una dosis más alta de amoxicilina (relación 7:1 – 400 mg de amoxicilina + 57,5 mg de ácido clavulánico/5 ml, o relación 14:1 – 600 mg de amoxicilina + 42,9 mg de ácido clavulánico/5 ml), estos pueden administrarse a una dosis de 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina 12 horas sin una prescripción separada de amoxicilina (no se excederá La dosis de ácido clavulánico). Si se dispone de La formulación en pastillas de 7:1 proporciones (875 mg de amoxicilina 125 mg de ácido clavulánico), se puede prescribir 12 horas para niños que pesen 25 kg o más.
- C. Si el paciente falla la terapia con macrólidos, considere la posibilidad de usar ceftriaxona o consulte a un especialista.

Absceso dental (incluyendo gingivitis necrotizante aguda/periodontitis)

Definición clínica: Un absceso dental se refiere a una infección supurativa aguda o crónica relacionada con los dientes. Los síntomas incluyen dolor severo, sensibilidad dental, inflamación e hinchazón de las encías y la cara. La gingivitis/periodontitis necrotizante aguda se refiere a una infección aguda muy dolorosa del margen gingival. Las características clínicas incluyen respiración con mal olor, necrosis y desprendimiento del margen de las encías, pérdida de la gingiva y soporte del hueso alrededor de los dientes. Puede estar asociada con una enfermedad subyacente (por ejemplo, desnutrición, VIH) y puede extenderse a los labios y las mejillas sin un tratamiento adecuado. Las infecciones generalmente son causadas por múltiples bacterias orales incluyendo organismos anaeróbicos.

Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Terapia combinada con: Amoxicilina (PO) Más Metronidazol (PO) ^A	Amoxicilina - Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 ml; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosificación oral sólida: 250 mg; 500 mg (comotrihidrato).	40-45 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima: 1,5 g 12 por hora	5 – 7 días
	Metronidazol- Líquido oral: 200 mg (como benzoato)/5 ml. Pastilla: 200 mg a 500 mg. Inyección: 500 mg en vial de 100 ml.	7,5 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 300 mg 8 por hora	

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Clindamicina (PO)	Cápsula: 150 mg (como clorhidrato). Inyección: 150 mg (como fosfato) / ml; Líquido oral: 75 mg/5 ml (como palmitato).	6 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 450 mg 6 por hora	5 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Azitromicina (PO)	Líquido oral: 200 mg/5 ml. Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro)	10 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 500 mg	3 – 5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > En todos los casos se recomienda la remisión a un dentista. > Si el absceso se drena y el paciente está mejorando, considere suspender los antibióticos después de 5 días de tratamiento. > Para la gingivitis sola sin necrosis o absceso, no se debe Trate con antibióticos. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Si un paciente no puede tolerar los antibióticos orales o para la enfermedad severa, los antibióticos IV/IM pueden ser considerados. Trate con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampicilina (25 mg/kg/dosis 6 por hora IV o IM, dosis máxima: 500 mg 6 por hora) MÁS metronidazol (7,5 mg/kg/dosis 8 por hora IV, dosis máxima: 400 mg 8 por hora), o ▪ Ceftriaxona (50 mg/kg/dosis una vez al día IV o IM, dosis máxima: 1 g al día) MÁS metronidazol (7,5 mg/kg/dosis 8 por hora IV, dosis máxima: 300 mg 8 por hora) 			

Cardíaco

Fiebre Reumática Aguda 30

Definición clínica: Afección inflamatoria que puede seguir a una infección de la garganta con estreptococos del grupo A y una causa importante de cardiopatía adquirida en la fase aguda de la enfermedad y como resultado de complicaciones valvulares crónicas. La fiebre reumática aguda es predominantemente una enfermedad de niños (no de bebés), adolescentes y adultos jóvenes.

Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO)	Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 ml; 250 mg (como trihidrato)/5 mL, Forma de dosificación oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	50 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 2 g	10 días

Elección (es) de antibióticos alternativos			
BenzatinaBencilpenicilina (IM) ^A	Polvo para inyección: 900 mg bencilpenicilina (=1.2 Millones de unidades) en vial de 5 ml; 1,44 g de bencilpenicilina (=2,4 millones de unidades) en vial de 5 ml	Por peso: <ul style="list-style-type: none"> ○ <27 kg: 600 000 unidades (375 mg) en dosis única ○ 27 kg o más: 1,2 millones de unidades (750 mg) como dosis única 	Dosis única
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Azitromicina (PO) ^B	Líquido oral: 200 mg/5 mL; Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro).	10 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 500 mg al día	3 – 5 días
Principios de administración: <ul style="list-style-type: none"> > Ninguno 			
Otras Notas: <ul style="list-style-type: none"> A. La administración intramuscular dolorosa de benzatina bencilpenicilina puede reducirse disolviendo benzatina bencilpenicilina 1,2 millones de unidades en 3,2 ml de lidocaína 1% sin adrenalina (epinefrina) y llevando la preparación a temperatura ambiente antes de la inyección B. En muchas partes del mundo se han registrado tasas significativas de resistencia de las cepas de <i>Streptococo</i> del Grupo A a los macrólidos (azitromicina) y azalidas (claritromicina). El uso de estos antibióticos puede resultar en fracaso del tratamiento. > Profilaxis: Administra a todos los pacientes con fiebre reumática documentada. Continúa la profilaxis durante 10 años o hasta los 21 años de edad (lo que sea más largo) si no hay enfermedad valvular reumática, y hasta los 35 años de edad en pacientes con enfermedad valvular reumática. <ul style="list-style-type: none"> ○ Benzatina bencilpenicilina (IM) 600.000 UI cada 21-28 días para niños que pesen <30 kg o 1,2 UM cada 21-28 días para niños que pesen 30 kg o más, O fenoximetilpenicilina (PO) 125 mg 12 horas O amoxicilina (PO) 125 mg diarios para niños que pesen <30kg y 250 mg diarios para niños que pesen 30 kg o más. ○ Para los pacientes con alergias graves a la penicilina, administre profilaxis con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para niños <11 años: Macrólido, por ejemplo, azitromicina (PO) 10 mg/kg/dosis (dosis máxima 500 mg) 3 veces por semana ▪ Para niños de 11 años o más: Macrólido por ejemplo azitromicina (PO) 250 mg diarios) 			

Endocarditis infecciosa (válvula nativa)

Definición clínica: Infección de la superficie endotelial del corazón. Los síntomas pueden ser variables e inespecíficos. Idealmente, el diagnóstico debe confirmarse y un organismo identificado en el hemocultivo antes de comenzar el tratamiento. Sin embargo, si el paciente presenta una enfermedad grave, debe iniciarse el tratamiento empírico y dirigirse a los estafilococos y los estreptococos.

Neonato, Bebé, Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

Terapia de combinación con: Bencilpenicilina (IV) Más Cloxacilina (IV) Más Gentamicina (IV)	Bencilpenicilina-Polvo para inyección: 600 mg (= 1 millones de UI); 3 g (= 5 millones de UI) (sal de sodio o potasio) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 000 UI/kg/dosis 8 horas ○ 8 días de edad y mayores: 125 000 UI/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 5 millones de UI 6 por hora 	4 – 6 semanas
	CloxacilinaPolvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 – 28 días: 50 mg/kg/dosis 8 horas ○ 28 días y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 3 g 6 por hora 	
	Gentamicinanyección: 10 mg, 40 mg (como sulfato) / ml en vial de 2 ml	3 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 360 mg	Las primeras 2 semanas de terapia
Elección (es) de antibióticos alternativos			
SiBencilpenicilino está disponible, sustitúyase por: Ampicilina (IV) Trate en combinación con Cloxacilina (IV) Más Gentamicina (IV), como arriba.	Ampicilina-Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (en forma de sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 8 horas ○ 8 días de edad y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 2 g 6 por hora 	4 – 6 semanas
SiCloxacilino está disponible, sustitúyase por: Cefazolina (IV) Trate en combinación con Bencilpenicilina (IV) (O Ampicilina (IV)) Más Gentamicina (IV), como arriba.	Cefazolina- Polvo para inyección: 1 g (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 50 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 4 g 8 por hora 	4 – 6 semanas
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración

Vancomicina (IV) Más Gentamicina (IV)	Vancomicina-Inyección: 500 mg, vial de 1 g (como clorhidrato)	15 mg/kg/dosis 6 por hora	4 – 6 semanas
	Gentamicina-Inyección: 10 mg, 40 mg (como sulfato) / ml en vial de 2 ml	1,5 mg/kg/dosis 12 por hora	Las primeras 2 semanas de terapia
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Para casos sospechosos de endocarditis infecciosa, se deben obtener 3 hemocultivos en rápida sucesión de 3 sitios anatómicos en un plazo de 6 horas antes del inicio de la terapia antibiótica. > Si se identifica un patógeno en el hemocultivo, el tratamiento antibiótico debe adaptarse a ese patógeno, de acuerdo con las directrices adecuadas. El patógeno y el sitio anatómico pueden afectar la duración del tratamiento. > Monitorización de fármacos terapéuticos y monitorización de la función renal en pacientes tratados con vancomicina y/o Gentamicina. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenga asesoramiento de un cardiólogo o especialista en enfermedades infecciosas (si está disponible) en todos los casos de endocarditis (endocarditis valvular nativa o prótesis valvular) 			

Respiratorio

Infección aguda del tracto respiratorio inferior: Leve-moderada/ambulatoria (adquirida en la comunidad)

Definición clínica: La infección aguda del tracto respiratorio inferior incluye bronquiolitis viral aguda, neumonía bacteriana y viral aguda. Los antibióticos están indicados en el tratamiento empírico de la neumonía y no suelen estar indicados para el tratamiento de la bronquiolitis. Sin embargo, la decisión de prescribir o retener antibióticos está influenciada por varios factores: La capacidad de distinguir clínicamente la bronquiolitis viral aguda de la neumonía, los hallazgos de laboratorio y radiológicos pueden no proporcionar una diferenciación segura de la bronquiolitis viral de la neumonía bacteriana, el conocimiento de que la coinfección bacteriana puede estar presente en una proporción variable de niños con características de bronquiolitis, la capacidad del cuidador para vigilar al niño y volver a acceder a la atención médica con urgencia en caso de deterioro clínico. LA OMS recomienda que se prescriban antibióticos para niños pequeños con inicio agudo de tos asociado con sibilancia, respiración rápida y adornamiento torácico. La selección de antibióticos se basa en la evaluación de la gravedad y la etiología probable. Las causas bacterianas comunes de la neumonía incluyen: Neonatos – Estreptococo del grupo B, especies de *Klebsiella*, *E. coli*, *C. trachomatis*, *S. aureus*; Bebés y niños mayores – *S. neumonía*, *H. influenza*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *M. neumonía*

Neonato

Todos los niños menores de 1 meses con infección leve/moderada o grave del tracto respiratorio inferior agudo deben ser ingresados en el hospital. Vea las pautas para las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores.

Bebé, Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

Amoxicilina (PO)	Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 ml; 250 mg (como trihidrato)/5 mL. Forma de dosificación oral sólida: 250 mg;500 mg (como trihidrato).	40-45 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima: 1,5 g 12 por hora	5 días
En caso de respuesta deficiente a la elección de antibióticos preferidos			
Amoxicilina + ácido clavulánico (PO)	Líquido oral: 125 mg de amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico /5 mL; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico /5 mL.pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio	40 – 45 mg/kg de componente de amoxicilina por dosis 12 por hora, dosis máxima de componente de amoxicilina: 875 mg 12 por hora. (Consulte otras Notas ^A a continuación se ofrece una guía precisa sobre la dosificación)	5 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Azitromicina (PO) ^B	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro). Líquido oral: 200 mg/5 ml	10 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 500 mg	3 – 5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Ninguno 			
Otras Notas:			
<p>A. Las formulaciones líquidas orales disponibles actualmente contienen Amoxicilina+ ácido clavulánico en una proporción de 4:1. Para lograr 40-45 mg/kg/dosis de componente de amoxicilina, cuando se usa la formulación 4:1, se debe prescribir amoxicilina + ácido clavulánico 10-15 mg/kg/dosis de componente de amoxicilina 12 por hora y prescribe por separado Amoxicilina 30-35 mg/kg/dosis 12 por hora para no superar La dosis máxima recomendada de ácido clavulánico (10 mg/kg/día) reduciendo así el riesgo de diarrea asociada a antibióticos.</p> <p>Si se dispone de formulaciones líquidas orales con una dosis más alta de amoxicilina (proporción 7:1 – 400 mg de amoxicilina 57,5 mg de ácido clavulánico/5 ml, o proporción 14:1 – 600 mg de amoxicilina 42,9 mg de ácido clavulánico/5 ml), estos pueden administrarse a una dosis de 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina 12 horas sin una prescripción separada de amoxicilina (no se excederá la dosis de ácido clavulánico). Si la fórmula de la pastilla de la proporción 7:1 está disponible (875 mg Amoxicilina 125 mg de ácido clavulánico) se puede prescribir 12 horas para niños que pesen 25 kg o más.</p> <p>B. En caso de fracaso del tratamiento con azitromicina, trata con clindamicina (6 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima: 450 mg 6 por hora).</p> <ul style="list-style-type: none"> > Se debe sospechar de <i>S. neumonía</i> si hay empiema, cavitación pulmonar o formación de neumáticele, o la presencia de infecciones piogénicas extrapulmonares. El tratamiento debe seguir las directrices para la infección aguda del tracto respiratorio inferior: Grave/paciente hospitalizado. > Considere la posibilidad de realizar pruebas de detección del VIH y la tuberculosis en todos los pacientes que presenten infección por el tracto respiratorio inferior. 			

Infección aguda del tracto respiratorio inferior: Grave/paciente hospitalizado (adquirida en la comunidad)

Neonato			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Terapia de combinación con: Cefotaxima (IV) ^A Más Ampicilina (IV)	Cefotaxima-Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	5 – 7 días
	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 100 mg/kg/dosis 6 por hora 	
Bebé, Niño y Adolescente			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Ampicilina (IV)	Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal de sodio) en vial.	50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 2 g 6 por hora	5 – 7 días
Si se sospecha de una respuesta deficiente al tratamiento o neumonía por estafilococos (empiema, cavitación pulmonar, formación de neumáticele o presencia de infecciones piogénicas extrapulmonares), escale a:			
Amoxicilina + ácido clavulánico (IV) O Ceftriaxona (IV)	Amoxicilina + ácido clavulánico - Polvo para inyección: 500 mg (como sodio)+ 100 mg (como sal de potasio); 1000 mg (como sodio) 200 mg (como sal de potasio) en vial.	30 mg/kg/dosis de componente de amoxicilina 8 por hora, dosis máxima 1,2 g 8 por hora	10 –14 días
	Ceftriaxona- polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal de sodio) en vial.	50 mg/kg una vez al día, dosis máxima de 1 g	10 – 14 días

La terapia de bajar un escalón			
Amoxicilina (PO) OR, Si se trata con Amoxicilina+ ácido clavulánico (IV) o Ceftriaxona (IV), luego Amoxicilina + ácido clavulánico (PO) ^B	Amoxicilina- Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato) /5 ml; 250 mg (como trihidrato) /5 ml; Dosis oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato).	40-45 mg/kg/dosis 12 por hora, 1,5 g 12 por hora	10 – 14 días <i>(Duración total del tratamiento, incluida la terapia IV).</i>
	Amoxicilina + Ácido clavulánico- Líquido oral: 125 mg de Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico /5 mL; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico /5 mL. Pastilla: 500 mg (como trihidrato) 125 mg (como sal de potasio).	40 – 45 mg/kg de componente de Amoxicilina por dosis 12 por hora, dosis máxima de componente de Amoxicilina: 875 mg 12 por hora. (Consulte otras Notas ^B a continuación se ofrece una guía precisa sobre la dosificación)	
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial.	50 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 1 g	10 – 14 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Continúe con antibióticos intravenosos hasta que haya evidencia de buena respuesta clínica y/o los marcadores de laboratorio de infección mejoren, y luego considere cambiar a terapia antibiótica oral. > Para neumonía o empiema de estafilococos sospechados o confirmados con o sin confirmación microbiológica, se recomienda un drenaje adecuado de pus y una duración prolongada del tratamiento (mínimo 10 – 14 días). 			

Otras Notas:

- A. Si Cefotaxima no está disponible, use ceftriaxona (50 mg/kg/dosis 12 por hora en neonatos) en combinación con bencilpenicilina o ampicilina, excepto en neonatos con ictericia y neonatos que reciben líquidos IV que contienen calcio.
- B. Las formulaciones líquidas orales disponibles actualmente contienen Amoxicilina+ ácido clavulánico en una proporción de 4:1. Para lograr 40-45 mg/kg/dosis de componente de amoxicilina, cuando se usa la formulación 4:1, se debe prescribir Amoxicilina+ ácido clavulánico 10-15 mg/kg/dosis de componente de amoxicilina 12 por hora y por separado prescribir Amoxicilina 30-35 mg/kg/dosis 12 por hora para no superar la dosis máxima recomendada de ácido clavulánico (10 mg/kg/día) reduciendo así el riesgo de diarrea asociada a antibióticos.
- Si se dispone de formulaciones líquidas orales con una dosis más alta de amoxicilina (proporción de 7:1 – 400 mg Amoxicilina + 57.5 mg ácido clavulánico /5 mL, or 14:1 proporción de ratio – 600 mg Amoxicilina + 42.9 mg ácido clavulánico /5 mL), estos pueden administrarse a una dosis de 40-45 mg/kg de componente de amoxicilina 12 horas sin una prescripción separada de amoxicilina (La dosis de ácido clavulánico no se excederá). Si la fórmula de la pastilla de la proporción 7:1 está disponible (875 mg Amoxicilina + 125 mg ácido clavulánico) se puede prescribir 12 horas para niños que pesen 25 kg o más.
- > Si se sospecha de tos ferina, añada el tratamiento con macrólido, por ejemplo, azitromicina 10 mg/kg una vez al día durante 3 – 5 días, dosis máxima de 500 mg.
 - > Examine a todos los pacientes para detectar el VIH y la tuberculosis.
 - > Añada tratamiento empírico para la neumonía por neumocitos (PCP) en lactantes y niños expuestos al VIH o infectados por el VIH:
 - Trimetoprima + sulfametoxazoles (1:5) dosificado según el componente trimetoprima (Dosis de carga: 10 mg/kg IV seguida de 5 mg/kg/dosis IV o PO 6 cada hora para 21 días.)
 - La adición de corticosteroides, normalmente prednisona de 1 a 2 mg/kg una vez al día de PO durante 7 días, disminuida en los siguientes 7 días puede ser beneficiosa.

Gastrointestinal

enfermedad del diarrea aguda: Gastroenteritis viral, disentería

Definición clínica: La diarrea aguda es una enfermedad infantil común y grave que se evidencia por el paso frecuente de heces acuosas sueltas profusas. Puede haber vómitos o no. A menudo es causada por una infección viral, pero puede deberse a una infección bacteriana, a una dieta u otras causas. Los antibióticos no se deben usar rutinariamente para enfermedades diarreicas aparte de cuando la disentería está presente. Las características incluyen fiebre, sangre y mucosidad en heces, leucocitos en microscopía de heces, cultivo de Shigella, Salmonella, *E. coli* patógena o especies de Campylobacter.

Neonato

La enfermedad diarreica es poco común en neonatos. Consulte la sección sobre Posible infección bacteriana grave para obtener orientación sobre el tratamiento.

Bebé, Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos para disentería sospechada o confirmada

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

Para enfermedad leve/moderada y terapia ambulatoria: ciprofloxacino (PO)	Líquido oral : 250 mg/5 ml (anhidro) ;Pastilla : 250 mg (comoclorhidrato)	15 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 500 mg 12 por hora	3 – 5 días
Para enfermedades moderadas/graves que requieran ingreso hospitalario: Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg, 1 g (como sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 1 g	
Elección (es) de antibióticos alternativos para sospecha de disentería confirmada			
Azitromicina (PO)	Líquido oral: 200 mg/5 ml; cápsula: 250 mg. 500 mg (anhidro)	10 mg/kg/dosis diaria, dosis máxima de 500 mg	3 – 5 días
En regiones donde la amibiasis es común			
Metronidazol (PO)	Líquido oral: 200 mg (como benzoato) / 5 ml; Pastilla: 200 mg a 500 mg	15 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 800 mg 8 por hora	7 – 10 días
En regiones donde el cólera es endémico o donde se están produciendo brotes			
Azitromicina (PO)	Líquido oral: 200 mg/5 ml. Cápsula: 250 mg. 500 mg (anhidro)	10 mg/kg/dosis diaria, dosis máxima de 500 mg	3 – 5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > En un contexto epidémico y donde el cultivo de heces y la AST estén disponibles, ajuste el tratamiento de acuerdo con la susceptibilidad actual del organismo. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Para los pacientes inmunodeprimidos con infecciones por Salmonella (por ejemplo, pacientes con enfermedad de células falciformes), aumente la duración del tratamiento a 14 días. ▪ Prevención y tratamiento de la deshidratación y/o shock hipovolémico con un manejo cuidadoso de los líquidos es esencial. 			

Tifoidea /Fiebre entérica

Definición clínica: Enfermedad sistémica causada por la especie Salmonella. Las características clínicas incluyen fiebre, anorexia, dolor de cabeza, vómitos, estreñimiento o diarrea, dolor abdominal o sensibilidad, delirio / alteración del nivel de conciencia, hepatomegalia o esplenomegalia. Donde esté disponible, el organismo puede ser cultivado a partir de sangre (primera semana de enfermedad) o heces (después de la primera semana), orina o médula ósea. Un estado de portador crónico puede ocurrir con la liberación continua del organismo en las heces, lo que puede resultar en la transmisión a otros a través de alimentos o agua contaminados.

Bebé, Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Para pacientes con enfermedad grave: Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg, 1 g (como sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora	10 – 14 días
Para la enfermedad leve/moderada o como terapia de reducción para la enfermedad grave basada en la respuesta clínica y los resultados de susceptibilidad antibiótica, si están disponibles: Ciprofloxacina (PO)	Líquido oral : 250 mg/5 ml (anhidro) ;Pastilla : 250 mg (comoclorhidrato)	15 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 500 mg 12 por hora	10 – 14 días <i>(Duración total del tratamiento incluyendo terapia IV, si procede.)</i>
Elección (es) de antibióticos alternativos para alergias a medicamentos confirmadas o contraindicaciones médicas			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Ciprofloxacina (IV)	Solución para perfusión IV: 2 mg/ ml (como hclato)	10 mg/kg/dosis 8-12 por hora, dosis máxima 400 mg 8-12 por hora	10 – 14 días
Azitromicina (PO)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro). Líquido oral: 200 mg/5 ml	10 mg/kg/dosis diaria, dosis máxima de 500 mg	5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Idealmente, el paciente debe aislarse con precauciones de contacto mantenidas hasta que se confirme la erradicación del organismo de las heces en 3 muestras de heces tomadas 1 semana después de la finalización del tratamiento antibiótico y cada 48 horas después para detectar el transporte crónico y la excreción del organismo. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Se recomienda la terapia prolongada (de 4 a 6 semanas) en enfermedades invasivas, incluidas infecciones óseas, y en pacientes inmunocomprometidos (incluida la infección por VIH) 			
Infección intraabdominal complicada (adquirida en la comunidad)			
Definición clínica: Peritonitis sospechada o confirmada, incluyendo perforación o filtración de contenidos intestinales en peritoneo			
Neonato			

Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis ¹⁴	La duración
Terapia combinada con: Cefotaxima (IV) MÁS Metronidazol (IV)	Cefotaxima- Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	5 – 10 días dependiendo de la respuesta al tratamiento clínico y quirúrgico
	Metronidazol-Inyección: 500 mg en 100- mL vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 7.5 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 días de la edad y mayores: 7.5 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 400 mg 8 por hora 	
Opción(s) alternativas de antibióticos			

¹⁴ *Directrices neonatales y dosis de fármacos Quinta edición. Cape Town Neonatal Consultancy Ltd.*
Disponible en: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.neonatalguide>

La terapia de combinación con: Bencilpenicilina (IV) MÁS Gentamicina (IV) MÁS Metronidazol (IV)	Bencilpenicilina-Polvo para inyección: 600 mg (= 1 millón IU); 3 g (= 5 millón IU) (sodio o sal de potasio) en vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 000 UI/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 125 000 UI/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 5 millones de UI 6 por hora 	5 – 10 días dependiendo de la respuesta al tratamiento clínico y quirúrgico
	Gentamicina-Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) / mL en vial de 2 mL.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dosis una vez al día 	
	Metronidazol-Inyección: 500 mg en vial de 100 ml.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 7,5 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 7,5 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 400 mg 8 por hora 	
Si Bencilpenicilina (IV) no está disponible, sustitúyase por: Ampicilina (IV) Trata con Gentamicina (IV) MÁS Metronidazol (IV), como arriba.	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) in vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	
Bebé, Niño y Adolescente			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
La terapia de combinación con: Ceftriaxona (IV) MÁS Metronidazol (IV)	Ceftriaxona-Polvo para inyección: 250 mg, 1 g (como sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora	5 si se ha logrado el control de la fuente (por ejemplo, laparotomía, lavado, reparación). Se pueden requerir duraciones más largas si se retrasa el control de código fuente
	Metronidazol-Inyección: 500 mg en vial de 100 ml.	7,5 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 400 mg 8 por hora	
Elección (es) de antibióticos alternativos			

Amoxicilina + ácido clavulánico (IV)	Polvo para inyección: 500 mg (como sodio) + 100 mg (como sal de potasio); 1000 mg (como sodio) + 200 mg (como sal de potasio) en vial.	30 mg/kg/dosis de componente de Amoxicilina 8 por hora, dosis máxima 1,2 g 8 horas	5 días si se ha logrado el control de la fuente (por ejemplo, laparotomía, lavado, reparación). Se pueden requerir duraciones más largas si se retrasa el control de código fuente
Si la respuesta al tratamiento es deficiente			
La terapia de combinación con: Piperacilina/tazobactam (IV) MÁS Amikacina (IV)	Piperacilina/tazobactam-Polvo para inyección: 2 g (como sal sódica) + 250 mg (como sal sódica); 4 g (como sal sódica) + 500 mg (como sal sódica) en vial	100 mg/kg 100 mg/kg de componente de piperacilina /dosis 8 por hora, dosis máxima 4 g de componente de piperacilina 8 por hora	5 días si se ha logrado el control de la fuente (por ejemplo, laparotomía, lavado, reparación). Se pueden requerir duraciones más largas si se retrasa el control de código fuente
	Amikacina-Inyección: 250 mg (Como sulfato)/mL in 2- mL vial	15 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 1,5 g	
Sipiperacilina-tazobactam (IV) no está disponible o en caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Ciprofloxacina (IV) MÁS Metronidazol (IV) MÁS Amikacina (IV)	Ciprofloxacina Solución para perfusión IV: 2 mg/ ml (como hclato)	10 mg/kg/dosis 8-12 por hora, dosis máxima 400 mg 8-12 por hora	5 días si se ha logrado el control de la fuente (por ejemplo, laparotomía, lavado, reparación). Se pueden requerir duraciones más largas si se retrasa el control de código fuente
	Metronidazol-Inyección: 500 mg en vial de 100 ml.	7,5 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 400 mg 8 por hora	
	Amikacina-Inyección: 250 mg (como sulfato) /ml en vial de 2 ml	15 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 1,5 g	
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenga un hemocultivo antes de comenzar la terapia con antibióticos. > Investigue la tuberculosis como causa en zonas endémicas. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > La consulta con un cirujano se requiere con frecuencia en pacientes con infecciones intraabdominales complicadas. > Una vez que el paciente esté mejorando clínicamente y tolerando los alimentos orales, considere cambiar a un antibiótico oral como amoxicilina + ácido clavulánico 			

Genitourinario

Infección del Tracto Urinario (ITU)			
<p>Definición clínica: La ITU no complicada es una infección limitada al tracto urinario inferior sin anomalías urológicas asociadas. Se observa más en niñas mayores de 2 años de edad. La ITU complicada es una infección que involucra el parénquima renal (pielonefritis aguda) o que está asociada con anomalías congénitas subyacentes de los riñones y del tracto urinario. La diferenciación de la ITU no complicada con frecuencia no es factible en neonatos y lactantes, y deben tratarse como si se trate de una ITU complicada. La ITU puede resultar en una morbilidad significativa a corto plazo, incluyendo shock séptico e insuficiencia renal aguda, especialmente en lactantes. El daño renal permanente puede ocurrir en niños que tienen episodios recurrentes de pielonefritis. Las etiologías comunes incluyen Enterobacteriales (<i>E. coli</i>, <i>especies de Klebsiella</i>, <i>especies de Proteus</i>, <i>especies de Enterobacteria</i>) y <i>especies de Enterococcus</i>. Para la ITU en adolescentes embarazadas, consultar las directrices para adultos.</p>			
Neonato (Trate todas las ITU en neonatos como ITU complicadas)			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 – 20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	10 – 14 días ^A
Bebé, Niño y Adolescente			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración

<p>Si la vía oral es adecuada:</p> <p>Amoxicilina + ácido clavulánico (PO)</p> <p>OR</p> <p>Nitrofurantoina (PO)</p>	<p>Amoxicilina + Ácido clavulánico - Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg Ácido clavulánico -/5 mL; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg Ácido clavulánico -/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) 125 mg (como sal de potasio)</p>	<p>10-15 mg/kg de componente de Amoxicilina/dosis 8 por hora, dosis máxima de 250 mg de componente de amoxicilina 8 por hora</p> <p>Si La formulación contiene 875 mg de Amoxicilina+ 125 mg ácido clavulánicois disponible, esto puede ser prescrito dos veces al día para niños que pesen 25 kg o más</p>	<p>ITU sin complicaciones:</p> <p>5 –7 días</p> <p>ITU complicado:</p> <p>10 días</p>
<p>Si la vía oral no es adecuada o para una ITU complicada, trata con:</p> <p>Ceftriaxona (IV)</p> <p>O</p> <p>Gentamicina (IV)</p>	<p>Ceftriaxona-Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial.</p> <p>Gentamicina-Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) / ml en vial de 2 ml.</p>	<p>50 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 1 g</p> <p>5 – 7,5 mg/kg/dosis una vez al día, dosis máxima de 360 mg</p>	
<p>Elección alternativa de antibióticos, guiada por los resultados del cultivo, o en caso de respuesta deficiente a Opción preferido de antibióticos</p>			
<p>El medicamento</p>	<p>la formulación</p>	<p>La dosis</p>	<p>La duración</p>
<p>(PO para UTI no complicada, IV para UTI complicada)</p>	<p>Líquidooral : 250 mg/5 mL (anhidro) ; Pastilla :250 mg (como clorhidrato) ; solución para perfusión IV : 2 mg/ ml (como hidclato)).</p>	<p>Terapia oral:</p> <p>10-15 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 500 mg 12 por hora</p> <p>Terapia IV:</p> <p>10 mg/kg/dosis 8-12 por hora, dosis máxima 400 mg 8-12 por hora</p>	<p>ITU sin complicaciones:</p> <p>5 – 7 días</p> <p>ITU complicado: 7 días</p>
<p>Principios de administración:</p> <p>A. Después del 5-7 días, o antes si hay una buena respuesta clínica al tratamiento, considere cambiar a un antibiótico oral para completar una duración total del tratamiento de 10 días. La selección de antibióticos orales debe guiarse por el cultivo de orina y los resultados de susceptibilidad a antibióticos o el uso de amoxicilina/ácido clavulánico no está disponible el cultivo de orina.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Evite el uso de fluoroquinolonas siempre que sea posible. > No trate a pacientes asintomáticos fuera del embarazo. > La elección de la vía de tratamiento debe estar determinada por la capacidad de tolerar la terapia oral y/o la presencia de una enfermedad sistémica significativa. 			

Otras Notas:

- > Los niños menores de 5 años de edad con una ITU confirmada y los niños con ITU recurrente o persistente deben hacerse una ecografía de los riñones, el uréter y la vejiga para detectar anomalías del tracto urinario y/o ser referidos a un especialista para investigaciones posteriores.

Sífilis (incluida la sífilis congénita)

Definición clínica: Infección multiorgánica causada por *T. pallidum*. La infección congénita se adquiere por transmisión vertical a través de la vía transplacentaria durante el embarazo. Los signos que pueden estar presentes al nacer o en los primeros 3 meses de vida incluyen ictericia, palidez, edema, erupción maculopapular eritematosa generalizada que puede desquamate, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, rinitis, seudoparálisis de una o más extremidades. La sífilis adquirida se transmite a través del contacto sexual, incluido el abuso sexual. Para el tratamiento de la sífilis en adolescentes embarazadas, consulte las pautas separadas.

Neonato

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Para pacientes con infección sintomática: Bencilpenicilina (IV) ^A	Polvo para inyección: 600 mg (= 1 millones de UI); 3 g (= 5 millones de UI) (sal de sodio o potasio) en vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 000 unidades/kg/dosis 12 por hora ○ 8 – 28 días: 50 000 unidades/kg/dosis 8 por hora 	10 días
Para pacientes con infección asintomática y seropositiva de la madre o resultado desconocido la madre no ha sido tratada o sólo fue tratada parcialmente durante el embarazo: Benzatinabencilpenicilina (IM) ^A	Polvo para inyección: 900 mg bencilpenicilina (= 1,2 millones de UI) en vial de 5 ml; bencilpenicilina (= 2,4 millones de UI) en vial de 5 ml.	unidades/kg	Dosis única

Elección (es) de antibióticos alternativos

Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 o 500 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	10 días
-----------------	---	---	---------

Bebé, Niño y Adolescente			
Opción preferida de antibióticos para el diagnóstico retardado de sífilis congénita			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Bencilpenicilina (IV) ^A	Polvo para inyección: 600 mg (= 1 millones de UI); 3 g (= 5 millones de UI) (sal de sodio o potasio) en vial.	50.000 unidades/kg/dosis 6 horas, dosis máxima 5 millones IU/kg/dosis 6 horas	10 días
Opción(s) alternativa(s) de antibióticos			
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora	10 días
Para infecciones por sífilis adquirida, primaria o secundaria (no sífilis congénita)			
Benzatinabencilpenicilina (IM) ^A	Polvo para inyección: 900 mg bencilpenicilina (= 1.2 millones de UI) en 5- mL vial; 1.44 g bencilpenicilina (= 2.4 millones de UI) en 5- mL vial.	50.000 unidades/kg/dosis, dosis máxima de 2,4 millones de unidades	3 dosis a intervalos de 1 semana
Opciones alternativas de antibióticos o para la alergia confirmada a la penicilina			
Niños/adolescentes <12 años de edad: Amoxicilina (PO) MÁS Probenecid (PO) Probenecid- Pastillas: 500 mg (no incluido en MLEM de la OMS)	Amoxicilina-Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato) /5 ml, 250 mg (como trihidrato) /5 ml; forma de dosificación oral sólida: 250 mg, 500 mg (como trihidrato)	1 g 8 por hora	Sífilis temprana: 14 días Sífilis tardía/látente: 28 días
Adolescentes de 12 años y mayores: Doxiciclina (PO)	líquido oral: 25 mg/5 ml, 50 mg/5ml (anhidro); forma de dosificación oral sólida: 50 mg, 100 mg (como hclato)	100 mg 12 por hora	Sífilis temprana: 14 días Sífilis tardía/látente: 28 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Para la sífilis congénita, se requiere un curso completo de 10 días. Si el tratamiento se interrumpe 1 días (o más), reinicie el tratamiento completo de 10 días. > Los bebés tratados por sífilis congénita deben ser objeto de un seguimiento 3 meses después del tratamiento inicial para repetir las pruebas serológicas no treponemales hasta que la prueba no sea reactiva. Si la disminución del título serológico es inferior a 4 veces, deberá repetirse el curso del tratamiento 			

Otras Notas:

- A. Si no se dispone de bencilpenicilina (IV) o benzatina bencilpenicilina (IM), solicite la opinión de un experto sobre terapias alternativas (la eficacia de la cefotaxima/ceftriaxona es incierta).
- > La sífilis adquirida en un niño (no sexualmente activa) requiere investigación por abuso infantil.
 - > La sífilis adquirida en un niño (no sexualmente activa) requiere investigación por abuso infantil.

Piel, Tejido Suave, Hueso y Articulaciones

Infecciones de la piel y del tejido blando (incluyendo impétigo, celulitis, abscesos)

Definición clínica: Infecciones bacterianas de la piel y del tejido blando subyacente. Entre los patógenos bacterianos comunes se encuentran *S. áureas* y las especies de *Streptococo* del grupo A. Los anaerobios pueden jugar un papel en regiones específicas del cuerpo incluyendo el perineo.

Neonato, Bebé, Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Cloxacilina (IV)	Cloxacilina- Polvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-28 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ Mayor que 28 días: 25-50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 2 g 6 por hora 	5 – 7 días
Si Cloxacilina (IV) no está disponible, use Cefazolina (IV).	Cefazolina- Polvo para inyección: 1 g (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 días y mayor: 50 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 4 g 8 por hora 	

Para bebés, niños y adolescentes, cambie a terapia oral cuando se tolere (los neonatos deben completar la terapia IV):

Flucloxacilina (PO)	la cápsula: 500 mg; 1 g (como sal sódica)	25 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 500 mg 6 por hora	5 – 7 días <i>(Duración total del tratamiento, incluida la terapia IV).</i>
---------------------	---	---	--

Opción antibiótica alternativa para bebés y niños que no pueden tragar cápsulas de flucloxacilina:

Cefalexina (PO)	Polvo para reconstitución con agua: 125 mg/5 ml; 250 mg/5 ml; Forma de dosificación oral sólida: 250 mg (como mono hidrato)	25 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 1 g 6 por hora	5 – 7 días
-----------------	---	--	------------

En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Clindamicina (IV/PO)	Líquido oral: 75 mg/5 mL (como palmitato). Cápsula: 150 mg (como clorhidrato). Inyección: 150 mg (como fosfato)/mL	6 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 600 mg 8 por hora (IV) o 450 mg 6 por hora (PO)	5 – 7 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Si el absceso puede ser inciso y drenado, retenga los antibióticos para un absceso estándar y sin complicaciones en una persona que por lo demás está bien. > Si se indica terapia antibiótica intravenosa, revise diariamente el progreso del paciente para considerar cambiar de terapia intravenosa a terapia oral. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Para los pacientes con sospecha de mordedura de animal, evalúe el riesgo de rabia y maneje en consecuencia, y administre una dosis de refuerzo contra el tétanos si está indicado. > Si se sospecha de fascitis necrotizante (especialmente en el área perineal), use ceftriaxona más metronidazol más clindamicina o, alternativamente, amoxicilina/ácido clavulánico más clindamicina (incluida para suprimir la producción de toxinas), y obtenga asesoramiento experto urgente en relación con el tratamiento quirúrgico. 			

El tétanos

Definición clínica: Infección causada por *C. tetani* caracterizada por la aparición aguda de rigidez muscular y contracciones musculares.

Neonato, Bebé, Niño y Adolescente

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Metronidazol (IV)	Inyección: 500 mg en vial de 100 ml.	<ul style="list-style-type: none"> o Primera semana de vida (7 días o menos): 7,5 mg/kg/dosis 12 por hora o 8 días de edad y mayores: 7,5 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 400 mg 8 por hora 	10 días

Opciones alternativas de antibióticos

Bencilpenicilina (IV)	Polvo para inyección: 600 mg (= 1 millones de UI); 3 g (= 5 millones de UI) (sal de sodio o potasio) en vial.	25 000 UI/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 5 millones IU/kg/dosis 6 por hora	10 días
-----------------------	---	---	---------

Principios de administración:

- > Ninguno

Otras Notas:

- > También administre inmunoglobulina de tétanos humano (IM): Neonatos 500 UI, niños 2000 UI, adultos 3000-6000 UI.
- > Se requiere cuidado de heridas y desbridamiento/cuidado del cordón umbilical.
- > Administre una dosis de refuerzo de la vacuna contra el tétanos (no es necesaria en pacientes inmunizados que han recibido una dosis de refuerzo en los últimos 5 años).

Osteomielitis aguda y artritis séptica

Definición clínica:

Osteomielitis aguda: Infección ósea que generalmente comienza en la metáfisis de huesos largos como resultado de la deposición hematógena de organismos tras bacteriemia transitoria. La infección se puede diseminar a través de la epífisis hasta la articulación, lo que resulta en artritis séptica. Los organismos causativos comunes varían según la edad: Neonatos – *S. áureas*, estreptococos del grupo B, organismos Gram negativos incluyendo *E. coli*; lactantes y niños – *S. áureas*, *H. influenza*, estreptococos del grupo A, *S. neumonía*. La anemia drepanocítica está asociada con infecciones óseas causadas por *Salmonella* especies & *S. neumonía*.

Artritis séptica: Puede ocurrir como resultado de deposición hematógena en el sinovium durante bacteriemia transitoria o como parte de septicemia generalizada y puede involucrar más de una articulación. Los organismos causativos comunes varían según la edad: Neonatos – *S. áureas*, estreptococos del grupo B, *E. coli*; lactantes / niños – *S. áureas*, *H. influenza*, estreptococos del grupo A y *S. neumonía*.

Neonato

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 or 500 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 – 20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayores: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	4 – 6 semanas

Opciones alternativas de antibióticos

La terapia de combinación con: Cloxacilina (IV) MÁS Gentamicina (IV)	Cloxacilina-Polvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) en vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-28 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ Más de 28 días: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	4 – 6 semanas
	Gentamicina-Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) / ml en vial de 2 ml	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dosis una vez al día 	

<p>If Cloxacillin (IV) is not available, substitute with: Cefazolina (IV) La terapia de combinación con: Cefazolina (IV) MÁS Gentamicina (IV)</p>	<p>Cefazolina-Polvo para inyección: 1 g (como sal sódica) en vial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 días de edad y mayores: 50mg/kg/dosis 8 por hora 	<p>4 – 6 semanas</p>
	<p>Gentamicina-Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) /mL en vial de 2 mL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dosis una vez al día 	
<p>Bebé, Niño y Adolescente</p>			
<p>Opción preferida de antibióticos</p>			
<p>El medicamento</p>	<p>la formulación</p>	<p>La dosis</p>	<p>La duración</p>
<p>La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) MÁS Cloxacilina (IV)</p>	<p>Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) en vial</p>	<p>50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 2 g 6 por hora</p>	<p>4 – 6 semanas</p>
	<p>Cloxacilina- Polvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) en vial</p>	<p>50 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 2 g 6 por hora</p>	
<p>Si Cloxacilina (IV) no está disponible, trate con: Cefazolina (IV) (solo)</p>	<p>Polvo para inyección: 1 g (como sal sódica) en vial.</p>	<p>50 mg/kg/dosis 8 por hora, dosis máxima 4 g 8 por hora</p>	<p>4 – 6 semanas</p>
<p>Opciones alternativas de antibióticos</p>			
<p>Ceftriaxona (IV)</p>	<p>Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial</p>	<p>50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora</p>	<p>4 – 6 semanas</p>
<p>Para pacientes con anemia drepanocítica (se recomienda cubierta gramnegativa empírica)</p>			
<p>Ceftriaxona (IV)</p>	<p>Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial</p>	<p>50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora</p>	<p>4 – 6 semanas</p>
<p>En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica</p>			
<p>Si el paciente no tiene antecedentes de hipersensibilidad/anafilaxia inmediata a las penicilinas, trate con: Ceftriaxona (IV)</p>	<p>Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial</p>	<p>50 mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 2 g 12 por hora</p>	<p>4 – 6 semanas</p>

Si el paciente tiene antecedentes de hipersensibilidad/anafilaxia inmediata a las penicilinas, trate con: Clindamicina (IV/PO) MÁS Ciprofloxacina (IV/PO)	Clindamicina-Inyección: 150 mg (como fosfato) / ml.	6 mg/kg/dosis 6 por hora, dosis máxima 600 mg 8 por hora (IV) o 450 mg 6 por hora (PO)	4 – 6 semanas
	Ciprofloxacino- Solución para infusión IV: 2 mg / mL (como hyclate); Líquido oral: 250 mg/5 mL (anhidro); Pastilla: 250 mg (como clorhidrato)	10 mg/kg/dosis 8-12 por hora, dosis máxima 400 mg 8-12 por hora (IV); 15 Mg/kg/dosis 12 por hora, dosis máxima 500 mg 12 por hora (PO)	
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > no administre antibióticos empíricos para las infecciones crónicas de huesos y articulaciones. En su lugar, realice biopsias de hueso y tejido y trate con terapia dirigida. > Inicie inmediatamente el tratamiento con antibióticos intravenosos a medida que se realiza el diagnóstico y se han recogido muestras de sangre y pus, si están disponibles. > Ajuste la terapia antibiótica basada en los resultados de cultivo y AST, si está disponible, o si la respuesta clínica al tratamiento antibiótico es insatisfactoria. > Continúe con antibióticos intravenosos hasta que haya evidencia de buena respuesta clínica y los marcadores de laboratorio de infección mejoren, y luego considere cambiar a terapia antibiótica oral si hay una opción oral apropiada disponible. Si no se dispone de cultivo, considere la terapia de reducción gradual empírica a los antimicrobianos orales con amoxicilina/ácido clavulánico, cefalexina o flucloxacilina. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Busque la consulta con un especialista ortopédico y considere el drenaje quirúrgico > Si la infección es causada por <i>S. áureas</i> resistente a la cloxacilina (MRSA), reemplace la cloxacilina con vancomicina 15 mg/kg/dosis 6 por hora IV. 			

El torrente sanguíneo

Sepsis en el recién nacido

Definición clínica: Invasión de la sangre por bacterias u otros microorganismos antes o después del nacimiento que pueden propagarse para involucrar a otros órganos/sistemas, por ejemplo, meninges (meningitis), pulmones (neumonía), huesos (osteomielitis) y riñones (pielonefritis). Los síntomas pueden ser variables y no específicos. Entre los patógenos bacterianos comunes se encuentran el estreptococo del grupo B, *S. aureus*, las especies de *Enterococcus*, los organismos gramnegativos, como *Enterobacteriaceae* (como las especies de *E. coli*, *K. neumonía*, *Enterobacter* y *Serratia*) y Especies de *Acinetobacter* *Pseudomonas*. Los dos últimos son más comúnmente asociados al hospital, y variarán dependiendo de los entornos locales del hospital. *L. monocytogenes*, aunque es un patógeno neonatal reconocido, es menos común.

Early-onset (Less than 48 hours de edad)

Opción preferida de antibióticos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) MÁS Gentamicina (IV) ^A	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	5 – 7 días or as determined by clinical assessment and laboratory / microbiological results
	Gentamicina-Inyección: 10 mg; 40 mg (Como sulfato) /mLen 2- mL vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dosis una vez diario 	
Para pacientes que no responden al tratamiento			
La terapia de combinación con: Cefotaxima (IV) ^B MÁS Ampicilina (IV)	Cefotaxima- Polvo para inyección: 250 or 500 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	5 – 7 días o según lo determinado por la evaluación clínica y los resultados microbiológicos/de laboratorio
	Ampicilina-Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	
Inicio tardío (48 horas de edad y mayores)			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
La terapia de combinación con: Cefotaxima (IV) ^B MÁS Ampicilina (IV)	Cefotaxima- Polvo para inyección: 250 or 500 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	5 – 7 días or as determined by clinical assessment and laboratory / microbiological results
	Ampicilina-Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) in vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	

Para pacientes que no responden a la terapia o están guiados por resultados microbiológicos/de laboratorio o en centros de atención médica con altas tasas de patógenos gramnegativos multiresistentes adquiridos en el hospital			
Si se sospecha o confirma meningitis: Meropenem (IV)	Meropenem-Polvo para inyección: 500 mg (como trihidrato); 1 g (como trihidrato) in vial	40 mg/kg/dosis 8 por hora	Si se confirma la meningitis: 14 –21 días
Si se excluye o considera improbable la meningitis: Piperacilina/tazobactam (IV) MÁS Amikacina (IV) ^A	Piperacilina/tazobactam-Polvo para inyección: 2 g (como sal sódica) + 250 mg (como sal sódica); 4 g (como sal sódica) + 500 mg (como sal sódica) in vial	<ul style="list-style-type: none"> o Primera semana de vida (7 días o menos): 100 mg/kg/dosis 12 por hora o 8 días de edad y mayor: 100 mg/kg/dosis 8 por hora 	7 – 10 días
	Amikacina- Polvo para inyección: 100 mg; 500 mg; 1 g (como sulfato) in vial.	15 mg/kg/dosis una vez al día	
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > La selección empírica de antibióticos debe guiarse por patrones locales de susceptibilidad a los antibióticos, donde se dispone de datos. En ausencia de datos locales, siga las directrices descritas anteriormente. > Si se cultiva un organismo y se dispone de pruebas de susceptibilidad antibiótica, se debe considerar la posibilidad de cambiar a un antibiótico de espectro más estrecho en la discusión con un especialista y/o un microbiólogo clínico. > La duración de la terapia debe determinarse mediante los resultados clínicos y de laboratorio y la respuesta clínica. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> A. Cuando se trate con Gentamicina o amikacina, realice pruebas de función renal y monitorización de fármacos terapéuticos, cuando estén disponibles. B. Si no se dispone de cefotaxima, utilice ceftriaxona 50 mg/kg/dosis 12 por hora en neonatos (en combinación con bencilpenicilina o ampicilina) excepto en neonatos con ictericia y neonatos que reciban líquidos IV que contengan calcio > Considere la adición de Vancomicina en pacientes que no responden al tratamiento o si se sospecha una infección estafilocócica resistente. 			

Posible infección bacteriana grave en lactantes menores de 3 meses de edad (adquirida en la comunidad)

Definición clínica: Es necesario un recién nacido o un recién nacido muy poco bueno para el que se requiera una evaluación diagnóstica urgente de una posible infección bacteriana grave, como meningitis, neumonía, infección del tracto urinario e infección del torrente sanguíneo, y es apropiado un tratamiento antibiótico empírico urgente de amplio espectro. En lactantes mayores de 3 meses de edad, niños y adolescentes, la elección de la terapia antibiótica empírica debe guiarse por la presentación clínica y dirigirse al sistema o sistemas de órganos más probables involucrados y guiarse por la sección pertinente de esta guía. Si la presentación clínica no es específica, utilice las recomendaciones de antibióticos empíricos para el lactante (28 – 90 días de edad) que aparecen a continuación.

Neonato			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
La terapia de combinación con: Cefotaxima (IV) ^B MÁS Ampicilina (IV)	Cefotaxima-Polvo para inyección: 250 o 500 mg por vial (como sal sódica)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-20 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 21 días y mayor: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	7 – 10 días
	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) in vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayor: 100 mg/kg/dosis 6 por hora 	
Si la meningitis se excluyó o consideró improbable			
La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) MÁS Cloxacillin (IV) MÁS Gentamicina (IV)	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) en vial	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 100 mg/kg/dosis 8 por hora ○ 8 días de edad y mayor: 100 mg/kg/dosis 6 por hora 	7 – 10 días
	Cloxacilina- Polvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) in vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8-28 días: 50 mg/kg/dosis 8 por hora ○ Mayores de 28 días: 50 mg/kg/dosis 6 por hora 	
	Gentamicina- Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) /mLen 2- mL vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 mg/kg/dosis una vez al día 	
Si Cloxacilina (IV) no está disponible, sustitúyase por: Cefazolina (IV) Trate en combinación con ampicilina (IV) y Gentamicina (IV), como se ha indicado anteriormente.	Cefazolina- Polvo para inyección: 1 g (como sal sódica) in vial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Primera semana de vida (7 días o menos): 50 mg/kg/dosis 12 por hora ○ 8 días de la edad y mayor: 50 mg/kg/dosis 8 por hora 	

Niño			
Opción preferida de antibióticos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración ^A
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	50 mg/kg/dosis 12 por hora	7 – 10 días
Si la meningitis se excluyó o consideró improbable			
La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) MÁS Cloxacilina (IV) MÁS Gentamicine (IV) ^C	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg, 1 g (como sal sódica) in vial	50 mg/kg/dosis 6 por hora	7 – 10 días
	Cloxacilina- Polvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) in vial.	50 mg/kg/dosis 6 por hora	
	Gentamicina- Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) /mLen 2- mL vial.	5-7.5 mg/kg una vez al día	
Principios de administración:			
<p>A. La duración de la terapia antibiótica depende de si se confirma un foco de infección bacteriana (por ejemplo, meningitis, infección de las vías respiratorias bajas, ITU, osteomielitis / artritis séptica, infección del torrente sanguíneo) y respuesta clínica al tratamiento. Consulte las secciones pertinentes sobre infecciones específicas de esta guía. Si no se detecta ningún foco de infección clínicamente o se confirma en las pruebas microbiológicas o de laboratorio, continúe con los antibióticos por vía intravenosa hasta que haya una buena respuesta clínica y los marcadores de infección de laboratorio mejoren (normalmente menos de una semana)</p> <p>> Reconsidere la elección del antibiótico, apuntando a la monoterapia cuando sea posible, cuando los resultados de los cultivos y las pruebas de susceptibilidad antibiótica estén disponibles o si el niño no mejora.</p>			
Otras Notas:			
<p>B. Si no se dispone de cefotaxima, utilice ceftriaxona 50 mg/kg/dosis 12 por hora en neonatos (en combinación con bencilpenicilina o ampicilina) excepto en neonatos con ictericia y neonatos que reciban líquidos IV que contengan calcio.</p> <p>C. Cuando se trate con Gentamicina, realice pruebas de función renal y monitorización de fármacos terapéuticos, donde estén disponibles.</p> <p>> La administración temprana de antibióticos de amplio espectro es crítica en pacientes que presentan sepsis.</p>			

Parte 6. Tratamientos antibióticos recomendados para infecciones bacterianas comunes y síndromes en pacientes adultos

Sistema nervioso central

Meningitis bacteriana aguda (adquirida en la comunidad)			
Definición clínica: Inflamación de las meninges y del espacio subaracnoideo. Los síntomas comunes incluyen dolor de cabeza, fiebre, rigidez en el cuello, disminución de la conciencia. Las principales causas de meningitis bacteriana son <i>N. meningitidis</i> , <i>S. neumonía</i> , <i>L. monocytogenes</i> .			
Elección (es) de antibióticos alternativos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	2 g 12 por hora	If culture negative: 10 días. In case of proven <i>S. neumonía</i> infection: 14 días
Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	2 g 6 por hora	
Elección (es) de antibióticos alternativos			
Ampicilina (IV)	Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	3 g 6 por hora	10 días, or if confirmed <i>L. monocytogenes</i> : 3 semanas
Bencilpenicilina (IV)	Polvo para inyección: 600 mg; 3 g (sodio o sal de potasio) en vial	4 MU 4 por hora	10 días
Chloramphenicol (IV) ^A	Polvo para inyección: 1 g (succinato de sodio) en vial	1 g 6 por hora	10 días
En caso de alergia a la penicilina no severa			
Ceftriaxona	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	2 g 12 por hora	If culture negative: 10 días. In case of proven <i>S. neumonía</i> infection: 14 días
Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	2 g 6 por hora	
In case of severe Penicillin allergy			
moxifloxacino (IV, PO)	Pastilla: 400 mg or 100 mg (dispersible); Injectable solution: 400mg/250 mL ¹⁵	400 mg una vez al día	If culture negative: 10 días. In case of proven <i>S. neumonía</i> infection: 14 días

¹⁵ Medscape. Medicamentos y enfermedades. Consultado el 27 de enero de 2021. Recuperado de: <https://reference.medscape.com/>

Principios de administración:

- A. No se prefiere el cloranfenicol y sólo debe usarse si no hay otros antibióticos disponibles.
- > La meningitis aguda puede ser causada por una variedad de patógenos, algunos de los cuales no son bacterias. Diagnóstico microbiológico, incluido el cultivo bacteriano a partir del LCR y la sangre, se debe obtener lo antes posible para confirmar la etiología.
- > En presentaciones de naturaleza subaguda o crónica, considere las pruebas diagnósticas para la meningitis de tb, particularmente en áreas VIH-endémicas.

Otras Notas:

- > Añada ampicilina en situaciones de brotes confirmados de Listeria y en pacientes con alto riesgo de Listeria, incluyendo:
 - > Pacientes mayores de 50 años
 - > Pacientes inmunodeprimidos – cáncer, trasplante, etc.
 - > Pacientes con alcoholismo, cirrosis, etc.
 - > la mujer embarazada

Cabeza, Ojo, Oído, Nariz y Garganta

Otitis media aguda

Definición clínica: Infección aguda e inflamación del oído medio. Los síntomas comunes incluyen dolor de oído y dificultad para oír. Las etiologías bacterianas comunes incluyen *S. neumonía*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus*, *Streptococosp*. Del grupo A.

Opción preferida de antibióticos(s)

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO)	Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 ml; 250 mg (como trihidrato)/5 ml; Presentación oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	500 mg 8 por hora	5 días

Elección (es) de antibióticos alternativos^A

Amoxicilina + ácido clavulánico (PO)	Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg Ácido clavulánico - Líquido oral /5 mL AND 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg Ácido clavulánico /5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio)	500 mg de componente de amoxicilina 12 por hora	5 días
--------------------------------------	--	---	--------

En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica

Azitromicina (PO)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diarios	3 días
-------------------	--	----------------	--------

Principios de administración:

- A. Si el paciente ha recibido antibióticos en el último mes, use el ácido amoxicilina-clavulánico en preferencia a la amoxicilina.

Otras Notas:

- > Ninguno

Absceso dental (incluyendo gingivitis)

Definición clínica: Infecciones dentales por caries, gingivitis y periodontitis. Los síntomas comunes incluyen dolor severo, sensibilidad dental e inflamación de la cara y las encías. La mayoría de las infecciones son microbianas e incluyen bacterias anaeróbicas.

Opción preferida de antibióticos(s)

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina-ácido clavulánico (PO)	Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico/5 mL 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio)	500 mg componente de Amoxicilina 8 por hora	3 días si el control de la fuente es adecuado, o 5 días si no
Phenoxymethyl-penicillin (penicillin V) (PO)	Polvo para Líquido oral: 250 mg (como sal de potasio) /5 mL; Pastilla: 250 mg (como sal de potasio)	500 mg 6 por hora	3 días si el control de la fuente es adecuado, o 5 días si no

En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica

La terapia de combinación con: Azitromicina (PO)	Azitromicina- Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg 6 por hora	5 días
MÁS Metronidazol (PO)	Metronidazol- Líquido oral: 200 mg (as benzoate) / 5 mL; Pastilla: 200 mg to 500 mg	400 mg 8 por hora	

Principios de administración:

- > El absceso dental requiere drenaje quirúrgico, no sólo antibióticos.
- > Si se drena el absceso y el paciente está mejorando, considere suspender los antibióticos después de 3 días de tratamiento.
- > Aunque la gingivitis es un factor de riesgo de absceso dental, sólo la gingivitis necrotizante aguda debe tratarse con antibióticos.
- > En el caso de la gingivitis sin necrosis o absceso, no se debe Trate con antibióticos.

Otras Notas:

> Para gingivitis necrotizante aguda:

- Trate con clindamicina [Dosis: Cápsula: 150 mg (como clorhidrato); Inyección: 150 mg (como fosfato) / ml; líquido oral: 75 mg/5 ml (como palmitato)] para 3 días.
- Para los casos de gingivitis necrotizante aguda asociada con desnutrición, Trate con vitaminas.

Faringotonsillitis bacteriana (incluidos estreptococos y difteria)

Definición clínica: Infección que causa inflamación aguda de la pared faríngea y de las amígdalas causada por varias clases de *S. pyogenes* o *C. diphtheriae* (difteria). Los síntomas comunes incluyen dolor garganta; fiebre de bajo grado; e inflamación de las amígdalas, uvula, ganglios linfáticos, región submandibular y cuello.

Elección (es) de antibióticos alternativos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración ¹⁶
Phenoxymethyl-penicillin (penicillin V) (PO)	Polvo para líquido oral: 250 mg (como sal de potasio) /5 mL; Pastilla: 250 mg (como sal de potasio)	500 mg 6 por hora	5 días
Amoxicilina (PO)	Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosificación oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	500 mg 8 por hora	5 días

En caso de alergia a la penicilina grave confirmada o contraindicación médica

Azitromicina (PO)	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diarios	3 días
-------------------	--	----------------	--------

Principios de administración:

- > El 85% o más de los casos de faringotonsillitis son virales. La mayoría de los casos de faringotonsillitis en adultos deben ser manejados con espera vigilante y alivio sintomático. No se deben considerar los antibióticos a menos que exista un diagnóstico confirmado de *Streptococo* del grupo A..

Otras Notas:

- > Si los hallazgos clínicos o el contexto epidemiológico sugieren difteria, Trate con antitoxina diftérica además de penicilina o macrólida.

Cardíaco

Endocarditis infecciosa

Endocarditis valvular nativa

Definición clínica: Los síntomas pueden ser variables y no específicos. Las etiologías comunes incluyen *S. aureus*^A y especies estreptocócicas y enterococicas.

¹⁶ Casey, J. R., Pichichero, M.E. (2005). Metaanálisis del tratamiento antibiótico de curso corto para la amigdalitis estreptocócica del grupo A.. *The Pediatric Infectious Disease Journal*; 24(10): 909-917.

Opción preferida de antibióticos(s)			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
La terapia de combinación con: Bencilpenicilina (penicilina G, IV) MÁS Gentamicina (IV)	Polvo para inyección: 600 mg; 3 g (sodio o sal de potasio) en vial	5 MU 6 por hora	28 días
	Gentamicina- Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) / mL in 2- mL vial	3 mg/kg diario	14 días
Opción preferida de antibióticos(s)			
La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) MÁS Gentamicina (IV)	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	2 g 4 por hora	28 días
	Gentamicina- Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) / mL in 2mL vial	3 mg/kg diario	14 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Vancomicina (IV)	Polvo para inyección: 250 mg (como clorhidrato) en vial	20 mg/kg 12 por hora	6 semanas
Infección de válvula protésica o marcapasos			
Definición clínica: Infección asociada a la inserción o presencia de válvula protésica, marcapasos o desfibrilador implantado. Las etiologías comunes incluyen <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , y otras especies de estafilococos.			
Opción preferida de antibióticos(s)			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración ¹⁷
La terapia de combinación con: Vancomicina (IV) MÁS Gentamicina (IV) MÁS Rifampicina (PO)	Vancomicina- Polvo para inyección: 250 mg (como clorhidrato) en vial	Dosis de carga: 25 – 30 mg/kg seguida de dosis de mantenimiento: 10 – 15 mg/kg	6 semanas
	Gentamicina- Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) / ml en vial de 2 ml	3 mg/kg diario	2 semanas
	Rifampicina- Líquido oral: 20 mg/mL; Forma de dosificación oral sólida: 150 mg; 300 mg	7.5 mg/kg 12 por hora	6 semanas

17 Casey, J. R., Pichichero, M.E. (2005). Metaanálisis del tratamiento antibiótico de curso corto para la amigdalitis estreptocócica del grupo A. *ThePediatricInfectiousDiseaseJournal*; 24(10): 909-917.

Principios de administración:

- > Para los casos contagiosos sospechosos de la endocarditis, 3 culturas de la sangre se deben obtener en la sucesión rápida a partir de 3 sitios anatómicos en el plazo de 6 horas antes de la administración de la terapia antibiótica.
- > Aproximadamente el 10% de los casos de endocarditis son negativos en cultivos. La razón más común es recibir antibióticos antes de los hemocultivos. Cierta, endocarditis negativa al cultivo sugiere infección por un organismo fastidioso, e incluye *Bartonellasp.*, *Coxiellaburnetti* (Fiebre Q), y *Brucellasp.*, cada uno de los cuales se asocia con factores de riesgo específicos. Discuta las opciones de investigación y tratamiento con su laboratorio de patología local.

Otras Notas:

- A. Si hay factores de riesgo para *S. aureus* (por ejemplo, el paciente es un usuario de drogas intravenosas, si la vegetación es muy grande o el paciente tiene síntomas de aceleración rápida), añadir cloxacilina.

Respiratorio

Bronquitis aguda

Definición clínica: Inflamación de las vías respiratorias superiores debida a infección viral o irritantes.

La bronquitis aguda es una infección viral y **NO** debe tratarse con antibióticos

Exacerbación aguda de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC)

Definición clínica: Empeoramiento agudo o subagudo de la disnea (mayor o igual a 5 en una escala analógica visual que oscila entre 0 y 10) a veces, pero no necesariamente acompañado de un aumento de la tos, el volumen del esputo y/o la purulencia del esputo.

Opción preferida de antibióticos(s) – Enfermedad leve-moderada

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO)	Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Forma de dosificación oral sólida: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	500 mg 8 por hora	5 días
Doxiciclina (PO)	Líquido oral: 25 mg/5 mL; 50 mg/5 mL (Anhidro); Dosis oral sólida: 50 mg; 100 mg (como hiclato)	200 mg STAT y luego 100 mg 12 por hora	5 días

Elección (es) de antibióticos alternativos – Enfermedad grave

Amoxicilina + ácido clavulánico (PO)	Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico/5 mL; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio)	500 mg of Amoxicilina component 8 por hora	5 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica en enfermedad grave			
Azitromicina	Cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); líquido oral: 200 mg/5 ml	500 mg diario	3 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Hasta el 50% de las exacerbaciones agudas relacionadas con la infección son virales. Los biomarcadores como la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina (PCT) pueden desempeñar un papel en la diferenciación, cuando estén disponibles. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Las exacerbaciones de la EPOC son comúnmente no infecciosas y requieren la optimización del tratamiento terapéutico no antimicrobiano. 			

Neumonía extrahospitalaria (CAP) leve a moderada en pacientes ambulatorios

Definición clínica: Neumonía con inicio en pacientes no ingresados en el hospital. La gravedad de la enfermedad de leve a moderada se trata en el entorno ambulatorio. (Para CAP grave (puntuación de CURB>2), véase más abajo)

Opción preferida de antibióticos(s)

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Amoxicilina (PO)	Amoxicilina- Polvo para líquido oral: 125 mg (como trihidrato)/5 mL; 250 mg (como trihidrato)/5 mL; Solid oral dosageform: 250 mg; 500 mg (como trihidrato)	1 g 8 por hora	5 días

Opciones alternativas de antibióticos

Doxiciclina (PO)	Líquido oral: 25 mg/5 mL; 50 mg/5 mL(anhidro); Forma de dosificación oral sólida: 50 mg; 100 mg (como hclato)	100 mg 12 por hora	5 días
------------------	---	--------------------	--------

En pacientes con comorbilidades graves (alcoholismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aspiración presenciada que progresa después de 24 a 48 horas, etc.)			
Amoxicilina + ácido clavulánico (PO)	Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico/5 mL AND 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio)	500 mg component of Amoxicilina 8 por hora	5 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Azitromicina (PO) ^A	La cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diario	3 días
Principios de administración:			
<p>A. Los macrólidos deben evitarse en países con altas tasas de resistencia a los macrólidos en S. <i>neumonía</i> y deben reservarse para el tratamiento de pacientes con alergia a la penicilina.</p> <p>> Se deben evitar las fluoroquinolonas, especialmente en los países donde la tuberculosis es endémica.</p>			
Otras Notas:			
<p>> Se prefiere un cultivo de sangre a un cultivo de esputo si el paciente es ingresado en el hospital.</p> <p>> Si no se dispone de azitromicina u otro macrólido, Trate con una quinolona como moxifloxacina o levofloxacina.</p>			

Neumonía extrahospitalaria grave para pacientes hospitalizados

Definición clínica: La enfermedad grave se define como la puntuación CURB-65 mayor que dos y requiere hospitalization¹⁷

Opción preferida de antibióticos(s)

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

La terapia de combinación con: Ceftriaxona (IV/IM) O Cefotaxima (IV/IM) MÁS Clarithromicina O Azitromicina (PO)	Ceftriaxona- Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	2 g diario	5 días
	Cefotaxima - Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	2 g 8 por hora	5 días
	Clarithromycin- Solid oral dosage form: 500 mg; Powder for Líquido oral: 125 mg/5 mL; 250 mg/5 mL; Polvo para inyección: 500 mg in vial	500 mg by mouth 12 por hora	5 días
	Azitromicina- La cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diario	5 días
In case of confirmed drug allergy or medical contraindication			
Moxifloxacino (IV/PO)	Pastilla: 400 mg; Pastilla (dispersable): 100 mg; Solución inyectable: 400mg/250 mL ³	400 mg diario	5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenga un hemocultivo antes de comenzar la terapia con antibióticos. > Si está disponible, realice una prueba de antígeno urinario de legionela – un resultado positivo permitirá detener el b-lactam y extender la azitromicina a un mínimo de 7 días para Trate la <i>L. pneumophila</i> > En áreas con alto índice de TB endémico, evaluar a los pacientes que presentan fiebre y tos con o sin síntomas constitucionales (anorexia, pérdida de peso, sudores nocturnos) para la enfermedad activa de TB. > La doxiciclina puede usarse en lugar de una macrólida si no está disponible. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Ninguno 			

Neumonía intrahospitalaria (nosocomial) (HAP)

La HAP de inicio temprano se define como el inicio dentro del 5 días del ingreso. Las etiologías comunes de la HAP de inicio temprano incluyen *S. neumonía*, *S. aureus*, *H. influenza*, y bacilos gram-negativos entéricos. El inicio tardío hap se define como inicio después de 5 días después de la admisión; las etiologías comunes incluyen *E. coli*, *S. marcescens*, *K. neumonía*, *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, y especies de Enterobacter.

Elección (es) de antibióticos alternativos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Para instalaciones con resistencia antibiótica de bajo nivel o donde la resistencia es desconocida y/o para pacientes no transferidos de instalaciones con alta resistencia:			

Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) in vial	2 g diario	8 días
Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	2 g 8 por hora	8 días
Amoxicilina + ácido clavulánico (IV)	Polvo para inyección: 500 mg (como sodio) + 100 mg (como sal de potasio); 1000 mg (como sodio) + 200 mg (como sal de potasio) en vial.	1 g of Amoxicilina component 8 por hora	8 días
Para instalaciones con alta resistencia Gram-negativa y/o para pacientes con factores de riesgo de resistencia:			
Piperacilina-tazobactam (IV)	Polvo para inyección: 2 g (como sal sódica) + 250 mg (como sal sódica); 4 g (como sal sódica) + 500 mg (como sal sódica) in vial	4.5 g 8 por hora	7 – 14 días
Opciones alternativas de antibióticos			
Ertapenem	Polvo para inyección: 1g/vial ³	1 g diario	7 – 14 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Moxifloxacino (PO)	Pastilla: 400 mg; Pastilla (dispersable): 100 mg	400 mg diario	7 – 14 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > La elección empírica de antibióticos para el HAP debe ser informada por los perfiles de resistencia locales en su hospital/unidad. > Se recomienda obtener cultivos de sangre y esputo antes de comenzar a tomar antibióticos. > Cambie de antibióticos intravenosos a orales cuando el paciente puede tolerar la medicación oral y tan pronto como los signos y síntomas de la infección están mejorando (por ejemplo, mejora clínica y de laboratorio del recuento de glóbulos blancos). 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Si existen factores de riesgo para la infección por <i>Pseudomonas</i>, aumente la frecuencia de dosificación de piperacilina-tazobactam a 6 por hora, y utilice un carbapenem de segunda generación (por ejemplo, meropenem o imipenem) en lugar de ertapenem. 			

Gastrointestinal

Enfermedad diarreico invasiva aguda (disentería)

Definición clínica: Infección aguda comúnmente causada por bacterias que resultan en diarrea sanguinolenta, a menudo con fiebre asociada y dolor abdominal. Las etiologías bacterianas incluyen *Shigella flexneri*, *Campylobacter jejuni*, enteroinvasiva y enterohemorrágica *E. coli* especies de *Salmonella* no tifoidea. La disentería también puede ser causada por el patógeno protozoario *Entamoeba histolytica*.

Opción preferida de antibiótico(s)

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

Ciprofloxacina (PO)	Líquido oral: 250 mg/5 mL(anhidro); Pastilla: 250 mg (como clorhidrato)	500 mg 12 por hora	3 días
Opción preferida de antibióticos(s)			
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	1 g 12 por hora	5 días
Azitromicina (PO)	La cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diario	3 días
Para casos graves o aquellos que progresan a pesar de la ciprofloxacina, añada la cubierta de Entamoeba:			
Metronidazol (PO)	Inyección: 500 mg en vial de 100 ml; líquido oral: 200 mg (como benzoato) /5 ml; supositorio: 500 mg; 1 g; Pastilla: 200 mg a 500 mg	800 mg stat seguido de 400 mg 8 por hora	7 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > La diarrea infecciosa no sanguinolenta generalmente es causada por virus y no debe ser tratada empíricamente con antibióticos, sino más bien con cuidados de apoyo y rehidratación. > Envíe la muestra de heces para cultivo y sensibilidad antes de comenzar a tomar antibióticos. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > En pacientes con VIH avanzado y CD4 recuentos <100 células/mm³, considere la colitis por citomegalovirus (CMV) 			

Infecciones intrabdominales complicadas (cIAI)

Definición clínica: Inflamación intramural del tracto gastrointestinal que se extiende al espacio peritoneal

Opción preferida de antibióticos(s)

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración ¹⁸
----------------	----------------	----------	---------------------------

¹⁸ Sawyer, R. G., Claridge, J. A., Nathens, A. B., Rotstein, O. D., Duane, T. M., Evans, H.L., et al. (2015). Trial of Short-Course Antimicrobial Therapy for Intraabdominal Infection. *The New England Journal of Medicine*. 372: 1996-2005.

Si es leve a moderado:			4 días si se ha logrado el control de la fuente y el estado clínico está mejorando. De lo contrario, La duración dependerá del progreso clínico y radiológico, administrado conjuntamente con los cirujanos.
Amoxicilina + ácido clavulánico (IV/PO)	Polvo para inyección: 500 mg (como el sodio) + 100 mg (como sal de potasio); 1000 mg (como el sodio) + 200 mg (como sal de potasio) in vial; Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico/5 mL; 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio)	875 mg de componente de amoxicilina 8 por hora	
Si es grave:			
La terapia de combinación con: Cefotaxima (IV) MÁS Metronidazol (IV)	Cefotaxima- Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	2 g 8 por hora	
	Metronidazol- Inyección: 500 mg en 100- mL vial	500 mg 6 por hora	
La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) MÁS Gentamicina (IV) MÁS Metronidazol (IV)	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	200 mg/kg 4 por hora	
	Gentamicina- Inyección :10 mg; 40 mg (como sulfato) /mLen 2- mL vial.	1 mg/kg 8 por hora	
	Metronidazol- Inyección: 500 mg en 100- mL vial	500 mg 6 por hora	
Si se adquiere en un hospital en un centro en el que se ha documentado resistencia, tenga en cuenta lo siguiente:			
Piperacilina-tazobactam	Polvo para inyección: 2 g (como sal sódica) + 250 mg (como sal sódica); 4 g (como sal sódica) + 500 mg (como sal sódica) en vial	4.5 g 6 por hora	
Opciones alternativas de antibióticos			

Meropenem	Polvo para inyección: 500 mg (como trihidrato); 1 g (como trihidrato) en vial	1 g 8 por hora	4 días si se ha logrado el control de la fuente y el estado clínico está mejorando. De lo contrario, La duración dependerá del progreso clínico y radiológico, administrado conjuntamente con los cirujanos.
En caso de alergia a la penicilina confirmada o contraindicación médica			
La terapia de combinación con: Clindamicina (IV) MÁS Gentamicina (IV) O Ciprofloxacina (IV)	Clindamicina- Inyección: 150 mg (como el fosfato) /ml	20 mg/kg/day divided every 6 to 8 hours	4 días si se ha logrado el control de la fuente y el estado clínico está mejorando. De lo contrario, La duración dependerá del progreso clínico y radiológico, administrado conjuntamente con los cirujanos.
	Gentamicina-Inyección: 10 mg; 40 mg (como el sulfato) /mL en 2- mL vial.	1 mg/kg 8 por hora	
	Ciprofloxacina- Solución para perfusión IV: 2 mg/ ml (como hidrato)	500 mg 12 por hora	
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenga un hemocultivo antes de comenzar cualquier terapia antibiótica nueva. > La brecha de la mucosa del tracto gastrointestinal es un factor de riesgo de infección por <i>Candida</i>, que debe considerarse si el control de la fuente y el tratamiento con antibióticos no inducen una respuesta. > Investigar la tuberculosis en áreas endémicas. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > <i>C. difficile</i> a menudo infección difícil de tratar y requiere una estrecha colaboración con los compañeros quirúrgicos para gestionar, ya que el control de la fuente es un aspecto clave de la gestión. 			

la tifoidea /Fiebre entérica

Definición clínica: Enfermedad sistémica por *S. enterica* serotipo Typhi o Paratyphi, comúnmente adquirida por ingestión de alimentos o agua contaminados. La fiebre alta y la diarrea o el estreñimiento son síntomas comunes que presentan.

Elección (es) de antibióticos alternativos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Para casos no complicados de fuera del sur de Asia o Pakistán (bajos niveles de resistencia a quinolonas):			
Ciprofloxacina (PO)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anhidro); Pastilla: 250 mg (como clorhidrato)	500 mg 12 por hora	Para casos leves: 7 días Para casos graves: 10 días
Para casos no complicados del sur de Asia o Pakistán (altos niveles de resistencia a la quinolona):			

Azitromicina (PO)	La cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diario	3 días
Para casos complicados, si el paciente no puede tomar medicación oral, o en caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica:			
Ceftriaxona (IV, con desescalada a ciprofloxacina o azitromicina dependiendo de la resistencia a la fluoroquinolona)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	2 g diario	Para casos leves: 7 días Para casos graves: 10 días
Opciones alternativas de antibióticos			
Cefixime (PO)	Cápsula o pastilla: 200 mg; 400 mg (como trihidrato); Polvo para líquido oral: 100 mg /5 ml	100 mg 12 por hora	Para casos leves: 7 días Para casos graves: 10 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenga un hemocultivo antes de comenzar la terapia con antibióticos 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Los pacientes que adquieren <i>S. Typhi</i> de Pakistán que tienen una infección complicada y grave deben considerarse para el meropenem empírico debido al brote continuo de XDR-<i>S. Typhi</i>. > La mediana de tiempo hasta la reducción de la fiebre es de 5 días. 			

Genitourinario

Prostatitis aguda sin complicaciones de leve a moderada

Definición clínica: Los síntomas comunes incluyen fiebre, escalofríos, malestar, mialgia, dolor pélvico, disuria, y orina turbia. En los pacientes más jóvenes, las etiologías comunes incluyen *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. En pacientes mayores, las etiologías comunes incluyen las especies de *Enterobacteriaceae*.

Elección (es) de antibióticos alternativos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Ciprofloxacina (PO)	Líquido oral: 250 mg/5 mL (anhidro); Pastilla: 250 mg (comoclorhidrato)	500 mg 12 por hora	10 – 14 días
Opciones alternativas de antibióticos			
Azitromicina	La cápsula: 250 mg; 500 mg (anhidro); Líquido oral: 200 mg/5 mL	500 mg diario	3 días

Principios de administración:
> Ninguno
Otras Notas:
> En los hombres sexualmente activos, se debe añadir tratamiento sintomático para la gonorrea y la clamidia, según el protocolo nacional.

Infección urinaria sin complicaciones (ITU)

Definición clínica: Infección de la vejiga y del tracto urinario inferior. Los síntomas incluyen urgencia, disuria y frecuencia de micción. Las ITU son más comunes en las mujeres que en los hombres. Comúnmente causada por las enterobacteriales, *E. coli* y *K. neumonía*.

Elección (es) de antibióticos alternativos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Nitrofurantoína (PO)	Líquido oral: 25 mg/5 mL; Pastilla: 100 mg.	50 mg 6 por hora	5 días
Amoxicilina + ácido clavulánico (PO)	Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico/5 mL AND 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio).	500 mg de componente de Amoxicilina 12 por hora	5 días

Principios de administración:

- > Se debe evitar el tratamiento con quinolonas.
- > No trate a pacientes con bacteriuria asintomática excepto durante el embarazo y considere en aquellas personas que se someten a biopsia del tracto genitourinario.

Otras Notas:

- > Ninguno

Pielonefritis Aguda

Definición clínica: Infección bacteriana del riñón que se presenta comúnmente en mujeres de 18 a 40 años de edad. Los síntomas comunes incluyen fiebre alta, escalofríos o rigores, sensibilidad costovertebral y dolor de flanco. Las etiologías comunes incluyen las enterobacteriales, *E. coli*, *K. neumonía* y *P. mirabilis*. *P. aeruginosa* y *Enterococci* son causas menos comunes.

Opción preferida de antibióticos para casos leves-moderados

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

Ciprofloxacina (PO)	Líquido oral: 250 mg/5 mL(anhidro); Pastilla: 250 mg (como clorhidrato)	500 mg 12 por hora	7 días
Para casos graves considere:			
Gentamicina (IV)	Inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) /mL en vial de 2 mL	5 mg/kg diario	7 días
Amikacina (IV)	Inyección: 250 mg (como sulfato) /mLen 2- mL vial	15 mg/kg diario	7 días
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	1 g diario	7 días
Cefotaxima (IV)	Cefotaxima- Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	1 g 8 por hora	7 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Obtenga orina y hemocultivos para la identificación bacteriana y realice pruebas de susceptibilidad antimicrobiana (AST) antes de iniciar la terapia antibiótica. > Si está tratando la infección por <i>Pseudomonas</i> con ciprofloxacina, aumente La dosis a 750 mg y trate 12 por hora 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Evite el tratamiento con aminoglucósidos en pacientes con insuficiencia renal. 			

Piel, Tejido blando, Hueso y Articulaciones

Infecciones de la piel y del tejido blando (SSTI)			
Definición clínica: Infecciones bacterianas de la piel y del tejido blando subyacente, incluyendo celulitis y absceso.			
Elección (es) de antibióticos alternativos			
El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Cloxacilina (PO)	Cápsula: 500 mg; 1 g (como sal sódica); Polvo para líquido oral: 125 mg (como sal sódica) /5 mL	250 mg 6 por hora	5 días
Opciones alternativas de antibióticos:			

Amoxicilina + ácido clavulánico (PO) <i>Se utiliza para pacientes con mordeduras de animales^A.</i>	Líquido oral: 125 mg Amoxicilina + 31.25 mg ácido clavulánico/5 mL AND 250 mg Amoxicilina + 62.5 mg ácido clavulánico/5 mL; Pastilla: 500 mg (como trihidrato) + 125 mg (como sal de potasio)	500 mg de Amoxicilina componente 8 por hora	5 días
Cefalexina (PO)	Polvo para reconstitución con agua: 125 mg/5 ml; 250 mg/5 mL(anhidro);Forma de dosificación oral sólida: 250 mg (como monohidrato)	500 mg 6 por hora	5 días
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Clindamicina (PO)	La cápsula: 150 mg (como clorhidrato);Líquido oral: 75 mg/5 mL (como palmitato)	300 mg 8 por hora	5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Retenga los antibióticos para el estándar, absceso sin complicaciones en una persona que por lo demás está bien si el absceso puede ser inciso y drenado. > Si la terapia antibiótica IV está clínicamente indicada, revise el progreso del paciente en el día 3 del tratamiento para considerar el cambio de la terapia IV a la oral. 			
Otras Notas:			
A. Para los pacientes con sospecha de mordedura animal, evalúe el riesgo de rabia y considere la posibilidad de administrar un refuerzo contra el tétanos.			

Osteomielitis aguda y Artritis Séptica

Definición clínica: La osteomielitis aguda es una infección ósea con síntomas que duran días o unas pocas semanas, comúnmente causada por *S. aureus* resistente o susceptible a la meticilina. Las etiologías comunes de la artritis séptica incluyen *N. gonorrea*, *S. aureus*, especies de *Streptococo* y bacilos Gram negativos.

Elección (es) de antibióticos alternativos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
Para el tratamiento empírico de la osteomielitis aguda o la artritis séptica:			
Cloxacilina (IV)	Polvo para inyección: 500 mg (como sal sódica) en vial.	2 g 6 por hora	4 – 6 semanas

Elección (es) de antibióticos alternativos

Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	1 g diario	4 – 6 semanas
Cefotaxima (IV)	Polvo para inyección: 250 mg por vial (como sal sódica)	2 g 8 por hora	
Amoxicilina+ ácido clavulánico (IV)	Polvo para inyección: 500 mg (como el sodio) + 100 mg (como sal de potasio); 1000 mg (como el sodio) + 200 mg (como sal de potasio) en vial	1 g componente de amoxicilina 8 por hora	
Para el tratamiento de la artritis séptica mono articular con riesgo de ETS			
Ceftriaxona (IV)	Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	1 g diario	2 semanas
En caso de alergia a medicamentos confirmada o contraindicación médica			
Clindamicina (IV)	Clindamicina- Inyección: 150 mg (como fosfato) /mL; Líquido oral: 75 mg/5 mL (comopalmitato)	600 mg 8 por hora	2 semanas
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > No administre antibióticos empíricos para las infecciones crónicas de huesos y articulaciones. En su lugar, realice biopsias de hueso y tejido y trate con terapia dirigida. > Para la artritis séptica, conduzca un cultivo articular antes de administrar terapia antibiótica y consulte a un cirujano ortopédico para su evaluación. > Si el paciente no puede tomar antibióticos orales, comience con antibióticos intravenosos y cambie a terapia oral tan pronto como el paciente pueda tomar antibióticos por vía oral. 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > Se necesita drenaje adecuado de líquido articular purulento además de la terapia antibiótica para la artritis séptica. 			

El torrente sanguíneo

Sepsis (septicemia) y shock séptico

Definición clínica: La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. El shock séptico es una septicemia que requiere terapia vasopresora para mantener la presión arterial. **La elección de antibióticos empíricos dependerá de la fuente probable de infección (ver infecciones individuales).** La guía dada aquí, se relaciona con sepsis/shock séptico donde ninguna fuente de infección es inmediatamente identificable.

Elección (es) de antibióticos alternativos cuando no se identifica ninguna fuente y/o se adquiere en la comunidad con bajo riesgo de bacterias resistentes a los medicamentos

El medicamento	la formulación	La dosis	La duración
----------------	----------------	----------	-------------

La terapia de combinación con: Ampicilina (IV) O Amoxicilina-ácido clavulánico (IV) MÁS Gentamicina (IV)	Ampicilina- Polvo para inyección: 500 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	200 mg/kg 4 por hora	10 días
	Amoxicilina-ácido clavulánico - Polvo para inyección: 500 mg (como sodio) + 100 mg (como sal de potasio); 1000 mg (como sodio) + 200 mg (como sal de potasio) en vial	1 g componente de amoxicilina 8 por hora	10 días
	Gentamicina- inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) /mLen 2- mL vial.	2 mg/kg 12 por hora	5 días
Elección (es) de antibióticos alternativos			
Terapia de combinación con; Ceftriaxona (IV) MÁS Gentamicina (IV)	Ceftriaxona- Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sódica) en vial	2 g diario	10 días
	Gentamicina- inyección: 10 mg; 40 mg (como sulfato) /mLen 2-mL vial.	2 mg/kg 12 por hora	5 días
Elección (es) de antibióticos alternativos cuando no se identifica ninguna fuente y se adquiere en el hospital con alto riesgo de bacterias resistentes a los medicamentos.			
El medicamento	La formulación ¹	La dosis	La duración
Terapia de combinación con: Piperacilina-tazobactam (IV) MÁS Amikacina (IV)	Piperacilina-tazobactam-Polvo para inyección: 2 g (como sal sódica) + 250 mg (como sal sódica); 4 g (como sal sódica) + 500 mg (como sal sódica) en vial	4.5 g 6 por hora	10 días
	Amikacina - inyección: 250 mg (como el sulfato) /mLen 2-mL vial	15 mg/kg diario	5 días
Principios de administración:			
<ul style="list-style-type: none"> > Si se define la fuente principal de sepsis, modifique La duración del tratamiento de acuerdo con La duración sugerida para infecciones individuales 			
Otras Notas:			
<ul style="list-style-type: none"> > La administración temprana de antibióticos de amplio espectro es crítica en pacientes que presentan sepsis. > La Amikacina tiene una mejor cobertura para la betalactamasa de espectro extendido que la Gentamicina. 			



Addis Ababa, ETHIOPIA P. O. Box 3243 Tele: +251-115 517 700
Fax: +251-11-5 517844 Website: www.africa-union.org

www.au.int     