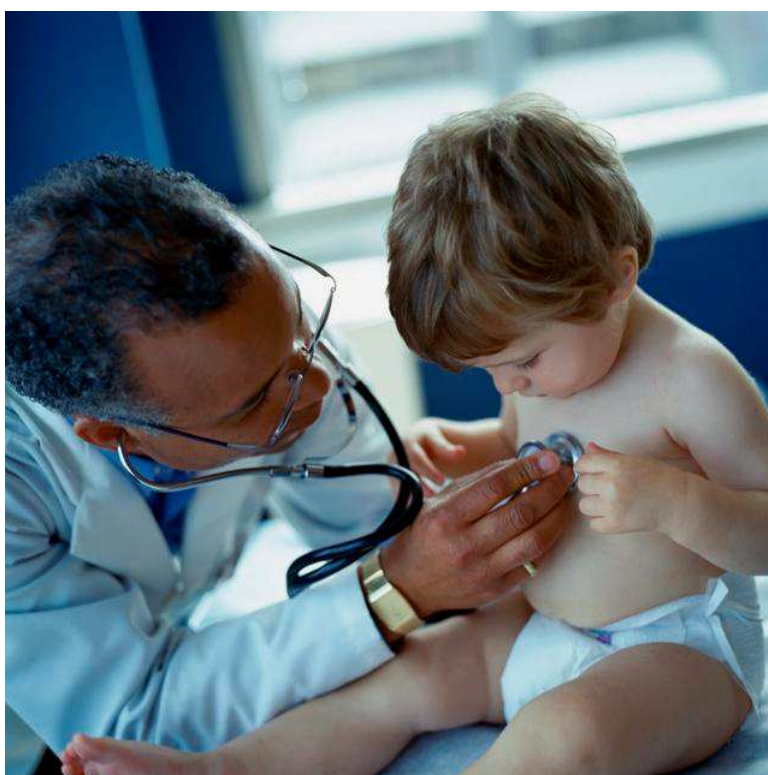


Pediatría

Instituto de Medicina Tropical



**Esquemas Prácticos
para la Guardia de Urgencias**

Contenido

<u>SINDROME CONVULSIVO</u>	5
<u>Convulsiones:</u>	5
<u>Anamnesis:</u>	5
<u>Examen Neurológico:</u>	5
<u>Manejo del paciente durante la crisis</u>	5
<u>Estudios especiales</u>	6
<u>MENINGITIS BACTERIANA AGUDA</u>	7
<u>I.- Criterios diagnósticos</u>	7
<u>1.- Clínicos:</u>	7
<u>2.- Laboratoriales:</u>	7
<u>3.- Estudio de imagen (TAC de cráneo)</u>	9
<u>4.- Indicaciones para repetir la Punción Lumbar</u>	9
<u>5. Contraindicaciones de la punción lumbar (antes de estudio de imagen TAC o IRM)</u>	9
<u>II. Tratamiento empírico inicial de la Meningitis Bacteriana Aguda</u>	11
<u>Tratamiento empírico para la Meningitis Bacteriana Aguda secundaria a un factor predisponente</u>	11
<u>Dosis de antimicrobianos recomendadas para la terapia de pacientes con meningitis (mg/kg/día)</u>	12
<u>a.- Neonatos</u>	12
<u>b.- Mayores de 1 mes</u>	12
<u>Duración de terapia antimicrobiana basada en aislamiento</u>	13
<u>Anticonvulsivantes</u>	13
<u>IV. Complicaciones</u>	13
<u>1.- Tempranas</u>	13
<u>2.- Tardías</u>	14
<u>V. Seguimiento</u>	14
<u>VI. Prevención</u>	14
<u>1.- <i>Haemophilus influenzae</i></u>	14
<u>2.- <i>Neisseria meningitidis</i></u>	14
<u>3.- <i>Streptococcus pneumoniae</i></u>	14
<u>Algoritmo de manejo de pacientes pediátricos con sospecha de meningitis bacteriana</u>	15

<u>Escalas de interés en pediatría</u>	16
<u>Escala de cómo de Glasgow</u>	16
<u>Glasgow modificada para lactates</u>	17
<u>Score Insuficiencia Respiratoria (Escala de Tall)</u>	18
<u>Asma: Valoración de la Gravedad</u>	19
<u>GUIA PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RELACIONADAS A CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)</u>	20
<u>Infección relacionada a catéter venoso central (CVC)</u>	20
<u>Conducta</u>	21
<u>ENDOCARDITIS</u>	23
<u>Tratamiento empírico inicial</u>	24
<u>Válvula Nativa:</u>	24
<u>Posoperatorio Precoz:</u>	24
<u>Posoperatorio Tardío:</u>	24
<u>Estreptococos sensible a la penicilina (CIM < 0,1 ug/ml)</u>	24
<u>Estreptococos con resistencia intermedia a la penicilina (CIM entre 0,1 y 0,5 ug/ml)</u>	24
<u>Estreptococos resistentes a la penicilina (CIM >0,5 ug/ml) y Enterococos</u>	24
<u><i>Staphylococcus aureus</i></u>	24
<u>Enterobacterias</u>	25
<u>Grupo HACEK</u>	25
<u>Hongos</u>	25
<u>NEUTROPENIA FEBRIL</u>	26
<u>Definiciones:</u>	26
<u>Que Solicitar:</u>	26
<u>Grados de Neutropenia</u>	26
<u>Factores de bajo riesgo en pacientes con cáncer y neutropenia</u>	26
<u>Antibiótico inicial</u>	27
<u>Bajo riesgo</u>	27
<u>Si requiere internación</u>	27
<u>Situaciones en las que debe asociarse Vancomicina</u>	27
<u>Estudio de imágenes complementarios</u>	27
<u>Criterios de pasaje a vía oral para manejo ambulatorio</u>	27
<u>Duración del tratamiento</u>	28

<u>INFECCION DE VIAS URINARIAS (IVU) EN NIÑOS</u>	29
<u>Definición:</u>	29
<u>Bacteriuria significativa:</u>	29
<u>IVU sintomática:</u>	29
<u>IVU no complicada:</u>	29
<u>IVU complicada:</u>	29
<u>IVU recurrente:</u>	29
<u>Recaída de IVU:</u>	29
<u>Urosepsis</u>	29
<u>Factores del Hospedero que predisponen a la Infección de Vías Urinarias</u>	29
<u>Criterios para el diagnóstico de Infección de Vías Urinarias por cultivo según la forma de recolección de la muestra</u>	30
<u>Tratamiento antimicrobiano de IVU por grupo de edad</u>	30
<u>Menor de un mes: Hospitalizar</u>	30
<u>De 1 mes a 3 años (1, 2, 3)</u>	30
<u>> de 3 años con cistitis:</u>	30
<u>> de 3 años con pielonefritis:</u>	31
<u>GUIA DE ATENCION CLINICA EN FIEBRE AMARILLA</u>	32
<u>GUIA PARA LA ATENCION CLINICA DE DENGUE EN EPIDEMIA</u>	35
<u>Protocolo de manejo de la Neumonía Adquirida de la Comunidad</u>	37
<u>Leishmaniosis visceral</u>	39
<u>Protocolo de manejo de Cetoacidosis Diabética</u>	43
<u>Anexo</u>	
<u>Manejo de Influenza no pandémica</u>	44
<u>Manejo de Rabia</u>	51

SINDROME CONVULSIVO

Convulsiones: Alteración paroxismal de la función cerebral, consistente en la descarga neuronal excesiva que puede manifestarse como una alteración o pérdida de la consciencia, actividad motora normal, cambios conductuales, alteraciones sensoriales o disfunción autonómica

Son un fenómeno frecuente en el niño , su presencia no constituye un diagnóstico si no un síntoma de una alteración subyacente del SNC que obliga a una investigación exhaustiva de la causa

Anamnesis: Interrogar:

- Si fue focal o Generalizada
- Tipo de crisis
- Duración
- Estado de Consciencia
- Aa de fiebre o traumatismo
- Ingesta de fármacos o infusiones caseras

Examen Neurológico: Glasgow, signos meníngeos, signos de hipertensión endocraneana, signos de trauma. Precisar en la historia clínica la presencia de hiperreflexia, clonus o Babinski

Manejo del paciente durante la crisis

Contempla el manejo escalonado de fármacos para controlar las convulsiones

Si las crisis han persistido más de 20 minutos u ocurren repetidamente sin recuperación completa entre las crisis, estamos frente a un estatus epiléptico

- Mantener vía aérea permeable
- Preparar los elementos necesarios para intubación endotraqueal en caso de no controlar las crisis convulsivas
- Oxígeno en bigotera a 2 l/m
- Vía periférica para medicación
- Diazepam a 0,3 mg/kg/ds ev lento

Dosis máxima < 5 años 5mg , en mayores de 5 años 10 mg

- Lorazepam 0,1 mg/kg/ds EV lento con un máximo de 4 mg
- Si no se logra instalar una vía periférica estos medicamentos pueden realizarse por vía rectal
- Si las crisis persisten administrar Fenitoina dosis de carga 20 mg/kg/ds, mantenimiento 7,5 mg/kg/d dividido en dos dosis
- Si no se detienen las convulsiones Fenobarbital carga 20mg/kg/ds, mantenimiento 5mg/kg/d dividido en dos dosis
- Si no se detienen las convulsiones proceder a Intubación endotraqueal, ingreso a UCI para coma barbitúrico con tiopental sódico ev lento 2-4 mg/kg/dosis

Estudios especiales

- Glicemia
- Electrolitos ,Magnesio, Calcio
- Hemograma a y PCR
- Puncion lumbar si hay antecedente de fiebre
- Si las convulsiones fueron focalizadas TAC de cráneo de rigor
- EEG y TAC en las convulsiones febriles atípicas

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA

I.- Criterios diagnósticos

1.- Clínicos:

a. *Lactantes:*

- Síntomas: Irritabilidad (78%) + trastornos del sensorio (4-12%) + rechazo a la vía oral
- Signos: Fiebre (90%) + vómito + convulsiones (20-46%) + abombamiento de fontanela (30%) + déficit neurológico focal (16.5%).

b. *Preescolar, escolar y adolescente:*

- Síntomas: Cefalea (80-100%), trastornos del sensorio (60%) + irritabilidad (75%) + rechazo a la vía oral + fotofobia
- Signos: Fiebre (90-100%) + Rigidez de nuca (Kerning y/o Brudzinkski positivos) (80%) + déficit neurológico focal (15%).

c.- *Evaluación clínica al ingreso y de seguimiento intrahospitalario:*

- Signos vitales horarios por 24 horas y/o hasta estabilización
- Gasto urinario horario por 24 horas y/o hasta estabilización
- Perímetro cefálico diario en neonatos y lactantes
- Valoración neurológica al ingreso (Glasgow y pupilas) y cada 12 horas las primeras 72 horas; luego cada 24 horas hasta el egreso
- En pacientes con trastornos del sensorio la valoración deberá ser horaria hasta que el paciente se estabilice

2.- Laboratoriales:

A.- *Estudios de laboratorio* (además del estudio del LCR)

a) Al ingreso.

- Hemograma a, incluyendo recuento de plaquetas
- Proteína C reactiva
- Química sanguínea (Creatinina, Urea, glucosa)
- Pruebas de función hepática (TGO, TGP, FA)
- Tiempos de sangrado (TP y TPT)
- Electrolitos séricos y osmolaridad sérica
- Examen general de orina (densidad urinaria)
- Hemocultivo
- Urocultivo (en menores de 3 meses)

b) Posteriormente:

b 1.- Pacientes críticamente enfermos ó inestables

- Electrolitos séricos, osmolaridad sérica y densidad urinaria cada 6-12hrs las primeras 24-48hr y/o hasta estabilización del paciente, posteriormente c/24 hrs.

b 2.- Pacientes estables

- Electrolitos séricos, osmolaridad sérica y densidad urinaria cada 24hrs por 2 días.

B.- Punción lumbar (líquido cefalorraquídeo: LCR)

Condición	Presión (mmH2O)	Leucocitos/mm ³	Proteínas (mg/dl)	Glucosa (mg/dl)	Hallazgos específicos
Normal: < 1 mes	180 ± 70	8-32. Diferencial de 0-66% de PMN	Pretérmino: <1500g 45-370. >1500gr : 65-150 Término 20-170	2/3 de la sérica. Relación LCR/sérica ≥ 0.6	Sin microorganismos en tinción Gram . Cultivos (-)
Normal: > 1 mes	180 ± 70	0-5. Predominio de linfocitos.	Menos de 40	2/3 de sérica. Relación LCR/sérica ≥ 0.4	Sin microorganismos en tinción Gram . Cultivos (-)
Meningitis aguda bacteriana	Elevada, usualmente > 300	>5, (usualmente mas de 100), con predominio de PMN	Elevadas, de 100- 500, ocasionalmente más de 1000	Disminuida (<40 mg/dl en 50% de los casos) o < 2/3 de glucosa sérica	Microorganismos en la tinción Gram (25-97%). Cultivo (+) (60-90%). Conglutina- ción (+) (70-90%)
Meningitis tuberculosa	Elevada, en caso de bloqueo disminuida	25-100, raro >500, predominio de linfocitos; en fase temprana predominio de PMN	Elevadas, 100-200. En caso de bloqueo se observa mayor incremento	Disminuida, < 50mg/dl en 75% de los casos	BAAR positivo. Película positiva
Meningitis viral	Elevada	11-500, al inicio predominio de PMN, después de 8-12 hrs predominio de linfocitos	Discretamente elevadas	Normal. Raramente disminuida	Sin microorganismos en tinción Gram . Cultivos (-)

Empiema subdural	Elevada > 300	Usualmente <100 predominio de PMN	Elevadas, de 100-500	Normal	Sin microorganismos en tinción Gram . Cultivos (-)
Absceso cerebral	Elevada	100-200, predominio de linfocitos	75-400	Normal	Cultivos (-) (excepto en caso de ruptura)
Meningitis micótica	Elevada >200	0-800 Predominio de linfocitos	20- 500	Disminuida en 50% de casos < 30	Cultivos para hongos (+), en caso de infección por <i>Cryptococco</i> , tinción con tinta china (+)

3.- Estudio de imagen (TAC de cráneo)

Indicaciones

- Glasgow < 13
- Status convulsivo
- Presencia de signos de déficit neurológico focal
- Edad menor de 3 meses
- Convulsiones después de 48hrs de tratamiento adecuado
- Aumento desproporcionado de perímetro cefálico
- Persistencia de cultivos positivos en LCR después de tratamiento adecuado
- Persistencia de elevación de polimormonucleares en LCR (> 30-40%), después de 10 días de tratamiento adecuado
- Fiebre persistente (>7 días) o recurrente (reaparición)
- Meningitis recurrente
- Aislamiento de *S. aureus*, o bacilos Gram negativos (que no sea *H. influenzae tipo b*)

4.- Indicaciones para repetir la Punción Lumbar

- Cualquier paciente que no tiene respuesta clínica adecuada a las 48 hrs. de terapia antimicrobiana efectiva
- Diariamente en neonatos hasta esterilización de cultivos
- Meningitis por bacilos Gram negativos o *S. aureus*, diariamente hasta esterilización de cultivos
- A las 48 hrs en pacientes con meningitis por *S. pneumoniae* resistente a penicilina (principalmente en pacientes que reciben esteroides)

5. Contraindicaciones de la punción lumbar (antes de estudio de imagen TAC o IRM)

A.- Signos de incremento en la presión intracraneana:

- Glasgow < 13
- Papiledema, cambios retinianos, anisocoria, reflejos pupilares alterados, postura de descerebración o de decorticación

- Patrón respiratorio anormal, hipertensión arterial sistémica + bradicardia
- Déficit neurológico focal
- Crisis convulsiva prolongada (más de 30 min.)

B.- Infección de la piel en el área de punción

C.- Compromiso cardiorrespiratorio clínico importante

D.- Desordenes de la coagulación

- En neonatos: Trombocitopenia y prolongación de tiempos de sangrado
- En mayores de 1 mes: Trombocitopenia severa (<30,000)
- Historia o signos de sangrado (ejemplo: hemofilia)

E.- Estudio de imagen (TAC ó IRM) con hallazgos sugestivos de efecto de masa

II. Tratamiento empírico inicial de la Meningitis Bacteriana Aguda

Grupo de Edad	Etiología	Terapia de elección	Terapia alternativa
<1 mes	<i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Klebsiella sp</i>	Cefotaxima o Ceftriaxona (*) + Ampicilina	Ampicilina + gentamicina o amikacina
1-23 meses	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>	Cefotaxima o Ceftriaxona +	Ampicilina + Cloramfenicol
2- 5 años	<i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>	Cefotaxima o Ceftriaxona +	Ampicilina + Cloramfenicol
>5- 50 años	<i>Streptococcus pneumoniae</i> y <i>Neisseria meningitidis</i>	Cefotaxima o Ceftriaxona +	Penicilina + Cloramfenicol

* La ceftriaxona no debe usarse en neonatos ≤ 7 días de vida

Tratamiento empírico para la Meningitis Bacteriana Aguda secundaria a un factor predisponente

Factor predisponentes	Etiología	Terapia de elección	Terapia alternativa
Traumatismo penetrante	<i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	Vancomicina + Cefotaxima ó Ceftriaxona	Vancomicina + Ceftazidima
Post-neurocirugía	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> , bacilos Gram negativos aerobios (<i>P. aeruginosa</i>)	Vancomicina + Ceftazidima	Vancomicina + meropenem
Asociado a Sistema de derivación ventricular	<i>S. epidermidis</i> , <i>S. aureus</i> , bacilos Gram negativos aerobios (<i>P. aeruginosa</i>), <i>Propionibacterium acnes</i>	Vancomicina + ceftazidima	Vancomicina + meropenem

Dosis de antimicrobianos recomendadas para la terapia de pacientes con meningitis (mg/kg/día)

a.- Neonatos

ANTIBIOTICO	0-7 días < 2000gr	0-7 días > 2000gr	8-28 días
Amikacina	18mgkgd c/36hrs	15-20mgkgd c/12hrs	20mgkgdía c/12hrs
Ampicilina	100mgkd c/12hrs	300mgkg c/8hrs	400mgkg c/6
Cefotaxima	100mgkgd c/12hrs	100-150mgkg c/12hrs	150-200mgkg c/8hrs
Ceftazidima	100mgkgd c/12hrs	100mgkg c/8 – c/12hrs	150mgkg c/8hrs
Ceftriaxona	50mgkd c/24hr	75mgkg c/12-24hr	100mgkg c/12hr
Cloranfenicol	-----	-----	-----
Gentamicina	2.5mgkgd c/18hrs	5mgkg c/12hrs	5mgkg c/12hrs
Meropenem	80mgkgd c/12hrs	120mgkd c/8hrs	120mgkd c/8hrs
Penicilina G	200,000Ukd c/12hrs	200,000Ukd c/8hr	300,000Ukg c/ 6hr
Rifampicina	-----	10mgkgd c /24hr	20mgkg c/12hr
Vancomicina	25mgkd c/12hrs	30mgkg c/12hr	30-45mgkg c/6hr

b.- Mayores de 1 mes

ANTIBIOTICO	≥ 28 días	Dosis máxima
Amikacina	22.5mgkg c/8hrs – c/24hrs	2gr
Ampicilina	300-400mgkg c/6hr	18gr
Cefepime	150mgkg c/8hrs	6gr
Cefotaxima	300mgkg c/6 a c/8hr	18gr
Ceftazidima	200 mgkg c/8hr	6gr
Ceftriaxona	100mgkgc/12 a c/24hr	4gr
Cloranfenicol	75-100mgkg c/6 hrs	4gr
Gentamicina	7.5mgkg c/8hr	0.5gr
Meropenem	120mgkg c/8 hr	6gr
Penicilina G	300,000Ukg-400,000Ukg c/6 a c/4 hrs.	20 millones U
Rifampicina	20mgkgc/12c/24hr	1200mg
TMP/SMX	15-20mgkg c/6	SMX: 800mg
Vancomicina	60mgkg c/6hr	4gr

Duración de terapia antimicrobiana basada en aislamiento

Microorganismo	Duración de terapia
<i>Neisseria meningitidis</i>	7
<i>Haemophilus influenzae</i>	7
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	10-14
<i>Streptococcus agalactiae</i>	14-21
Bacilos aerobios Gram negativos	≥ 21
<i>Listeria monocytogenes</i>	≥ 21
<i>Staphylococcus aureus</i>	≥ 21

Anticonvulsivantes

En los casos en que exista antecedente de convulsión, deterioro neurológico grave o progresivo, (Glasgow <12) y/o sospecha de infección por *S. pneumoniae*, se deberá considerar tratamiento con DFH, con una dosis de impregnación a 15mg/kg y posteriormente 7mg/kg/día en 2 dosis.

IV. Complicaciones

1.- Tempranas

A.- Inmediatas (primeras 72hr)

- Edema cerebral
- Choque séptico
- Coagulación intravascular diseminada
- Miocarditis
- Hiponatremia
- Estado epiléptico
- Hemorragia, infarto o trombosis

B. Mediatas (más de 72hrs)

- Hiponatremia
- Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética
- Crisis convulsivas
- Hidrocefalia
- Hemiparesia ó signos de déficit neurológico focal
- Higromas
- Absceso cerebral
- Hemorragia, infarto ó trombosis

2.- Tardías

- Sordera
- Empiema subdural
- Fiebre persistente ó recurrente (25%)
- Meningitis recurrente
- Hidrocefalia
- Encefalopatía fija: retraso mental, ataxia, debilidad, cuadriparesia espástica

V. Seguimiento

1. Potenciales evocados, auditivos y visuales
2. Electroencefalograma
3. Rehabilitación
4. Terapia de lenguaje
5. Estudio de imagen según requerimientos

VI. Prevención

1.- *Haemophilus influenzae*

- Vacunación universal contra *H. influenzae* tipo b, a los 2, 4 y 6 meses de edad.
- Contactos intradomiciliarios menores de 4 años de edad: profilaxis con rifampicina 20mg/kg/d (máx. 600mg) VO c/24hrs por 4 días.
- En menores de un mes 10mg/kg/d cada 24hrs VO por 4 días

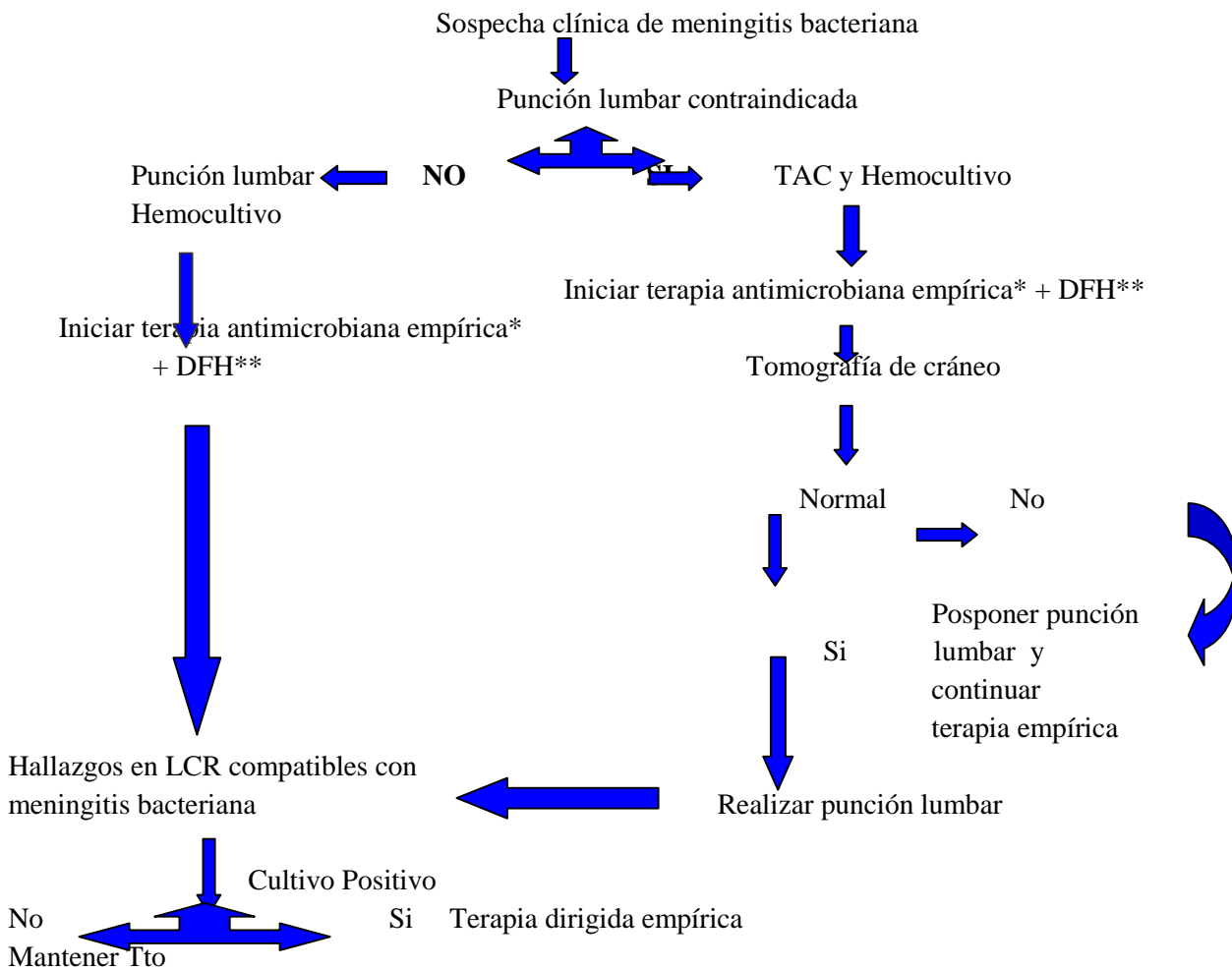
2.- *Neisseria meningitidis*

- En contactos domiciliarios y otros contactos íntimos (contactos escolares, personas que hayan comido/dormido con el paciente por al menos 4 hr diarias en un radio de 1m², en los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad), personal de salud en contacto con secreciones orales del paciente, dar: rifampicina 20mg/kg/d VO en 2 dosis por 2 días, hasta 1.2g. Como alternativas: ceftriaxona, en menores de 12 años 125mg IM y en mayores de 12 años 250mg IM, dosis única. En adultos ciprofloxacina 500mg VO, dosis única.
- Considerar vacunación antimeningocócica en caso de brotes

3.- *Streptococcus pneumoniae*

- Vacuna conjugada antineumocócica 7-valente en todos los menores de 24 meses de edad, a los 2, 4 y 6 meses de edad, con un refuerzo a los 18 meses.
- Vacuna 23-valente en todos los mayores de 25 meses con factores de riesgo para infección por neumococo (anemia de células falciformes, hemoglobinopatías, insuficiencia renal, cardiopatías congénitas, Síndrome de Down, asplenia, deficiencias de properdina, deficiencias de complemento)

Algoritmo de manejo de pacientes pediátricos con sospecha de meningitis bacteriana



Escalas de interés en pediatría

Escala de coma de Glasgow

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
Apertura de Ojos: <ul style="list-style-type: none">• Espontánea:• Al hablarle:• Al dolor:• Ausencia:	4 3 2 1
Verbal: <ul style="list-style-type: none">• Orientado:• Confuso:• Palabras inadecuadas:• Sonidos inespecíficos:• Ausencia:.....	5 4 3 2 1
Motora: <ul style="list-style-type: none">• Obedece órdenes:• Localiza dolor:•• Retirada al dolor:• Flexión al dolor:• Extensión anormal:• Ausencia:	6 5 4 3 2 1

Glasgow modificada para lactantes

ACTIVIDAD	MEJOR RESPUESTA
Apertura de Ojos: <ul style="list-style-type: none"> • Espontánea: • Al hablarle: • Al dolor: • Ausencia: 	4 3 2 1
Verbal: <ul style="list-style-type: none"> • Balbuceo: • Irritable: • Llanto al dolor: • Quejidos al dolor: • Ausencia:..... 	5 4 3 2 1
Motora: <ul style="list-style-type: none"> • Movimientos espontaneos..... • Retirada al tocar: • Retirada al dolor: • Flexión anormal: • Extensión anormal: • Ausencia: 	6 5 4 3 2 1

Score Insuficiencia Respiratoria (Escala de Tall)

Puntaje	Frec. resp. < 6 m. > 6 m.	Sibilancias*	Cianosis	Uso musculatura
0	<40 > 30	No	No	No
1	41-55 31-45	Sólo final espiración	Peri oral Con llanto	(+)Subcostal
2	56-70 46-60	Esp Insp. con fonendo	Peri oral En reposo	(++) Sub e intercostal
3	> 70 > 60	Esp Insp sin fonendo o ausentes	Generalizada En reposo	(+++) Supraesternal Sub e intercostal

* Sibilancias pueden no auscultarse en obstrucción muy grave.

* Obstrucción Leve: 0 a 5 Moderada: 6 a 8 Grave: 9 a 12

Asma: Valoración de la Gravedad

ASMA	LEVE	MODERADA	GRAVE
Tos y dificultad respiratoria	con actividad	en reposo	marcada
Habla	frases completas	frases cortas	palabras sueltas
Color	normal	Pálido	subcianosis
Disnea y uso m. accesorios	ausente o leve	Moderado	marcado
Frec. Respiratoria: <ul style="list-style-type: none"> • > 6 años • < 6 años 	21 - 35 31 - 45	36 - 50 46 - 60	> 50 > 60
Sibilancias	al final de la espiración	inspiración-espiración	silencio
Saturación de O ₂	> 95%	90% - 95%	< 90%
Pico-flujo (peak/flow)	70% - 80 %	50% - 70%	< 50%

**GUIA PARA EL MANEJO DE INFECCIONES RELACIONADAS A CATETER VENOSO CENTRAL
(CVC)**

(Excluyendo a catéteres de larga duración).

Infección relacionada a catéter venoso central (CVC) (no de larga duración).

Las definiciones de infección asociada a catéter operativas para el manejo de estas infecciones son:

INFECCIÓN	DEFINICIÓN
Colonización de Catéter	Crecimiento significativo de microorganismos en un cultivo cuantitativo ($\geq 10^2$ UFC) o semicuantitativo (≥ 15 UFC) de la punta o de un segmento subcutáneo del catéter.
Flebitis	Induración o eritema, aumento de volumen y dolor alrededor del sitio de inserción del catéter.
Infección del sitio de inserción	
Microbiológico	Exudado del sitio de inserción del catéter con crecimiento de un microorganismo con o sin datos de bacteriemia concomitante.
Clínico	Eritema, induración a 2 cm. del sitio de inserción del catéter, puede estar asociado a otros signos y síntomas de infección como fiebre o pus que salen del sitio de inserción del catéter, con o sin datos de bacteriemia.
Infección del Túnel	Fluctuación, eritema y/o induración mayor a 2 cm. del sitio de inserción del catéter, a lo largo del trayecto del túnel subcutáneo, con o sin datos de bacteriemia (ej., catéter Hickman o Broviac).
Infección del reservorio.	Líquido infectado en el reservorio subcutáneo; puede estar asociado con fluctuación, eritema, y/o induración sobre el reservorio; ruptura espontánea y drenaje, o necrosis de la piel que lo recubre puede ocurrir con o sin síntomas de bacteriemia.
Bacteriemia	
Relacionada a la Infusión	Crecimiento concordante del mismo microorganismo de la infusión y hemocultivos periféricos sin otra causa identificable de infección.
Relacionada a catéter.	Bacteriemia o fungemia en un paciente quien tiene un acceso vascular y ≥ 1 cultivo positivo de sangre periférica con manifestaciones clínicas de infección (fiebre, escalofríos y/o hipotensión) y sin causa aparente de la bacteriemia (con excepción del catéter). El diagnóstico es definitivo cuando uno o mas de los siguientes esta presente: -Un cultivo positivo semicuantitativo (≥ 15 UFC) o cuantitativo de punta de catéter ($\geq 10^2$ UFC), de donde se recupere el mismo microorganismo (especie y antibiograma) del segmento de catéter y del hemocultivo periférico; -Hemocultivos cuantitativos simultáneos con una relación $\geq 5:1$ en el N° de UFC en sangre tomada del CVC vs periférico; -Tiempo de positividad diferente (ej., hemocultivo del CVC es positivo cuando menos 2 hs antes que el hemocultivo periférico tomados simultáneamente) -Pus obtenido del sitio de entrada del catéter con crecimiento del mismo microorganismo que en sangre periférica

	<p>El diagnóstico es probable en presencia de uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cultivo cuantitativo o semicuantitativo positivo de la punta del cateter en un paciente con clínica de sepsis y sin otra causa identificable de infección que el catéter y que se resuelve dentro de las 48 hs de la remoción del catéter en ausencia de nuevo esquema antimicrobiano -Dos hemocultivos positivos (uno de ellos de sangre periférica) con patógenos comensales de piel (ej. diphtheroides, <i>Bacillus</i> sp., <i>Propionibacterium</i> sp., estafilococo coagulasa-negativo o micrococos), en un paciente con catéter intravascular y manifestaciones clínicas de infección (ej. fiebre, escalofríos, y/o hipotension), en ausencia de cultivos de segmentos del catéter y sin otra causa identificable de infección excepto el catéter <p>El diagnóstico es posible (no puede ni descartarse ni confirmarse el diagnóstico de infección relacionada al catéter) en presencia de uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cultivo cuantitativo o semicuantitativo positivo de la punta del cateter en un paciente con clínica de sepsis y sin otra causa identificable de infección que el catéter y que se resuelve dentro de las 48 hs de la remoción del catéter e inicio de terapia antimicrobiana -Un hemocultivo positivo (de sangre tomada a través del catéter o periférico) con patógenos comensales de piel (ej. diphtheroides, <i>Bacillus</i> sp., <i>Propionibacterium</i> sp., estafilococo coagulasa-negativo o micrococos), en un paciente con catéter intravascular y manifestaciones clínicas de infección (ej. fiebre, escalofríos, y/o hipotension), en ausencia de cultivos de segmentos del catéter y sin otra causa identificable de infección excepto el catéter
--	---

* La bacteremia relacionada a catéter puede ser no complicada o complicada. Ejemplos de complicaciones son endocarditis, retinitis, osteomielitis, tromboflebitis séptica. La bacteremia es persistente cuando no hay respuesta luego de 3 días del inicio del tratamiento.

Es importante distinguir la colonización de la infección relacionada a CVC. En presencia de fiebre y ausencia de otros síntomas o signos sistémicos, el retiro del catéter suele ser suficiente (como única medida necesaria) y no se requiere tratamiento antimicrobiano. Si hay fiebre con síndrome inflamatorio sistémico, y el catéter es el origen probable, deben hacerse dos hemocultivos, retirar el cateter e iniciar tratamiento. Las infecciones relacionadas al catéter en prematuros e inmunocmprometidos requieren ser evaluados con la asistencia del infectólogo de la institución.

Conducta

A. Paciente febril con CVC sin síntomas sistémicos y sitio de entrada limpio	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer hemocultivos (uno a través del cateter y uno de sangre periférica). • No iniciar tratamiento • Si el cultivo es positivo o no existe un foco identificable de infección, retirar el catéter, y colocar en un nuevo sitio
B. Paciente con CVC y evidencia de infección local	Retirar el catéter.

C. Asintomático con cultivo de punta positivo > 15 UFC/ml	Observación
D. Paciente febril con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica hemodinámicamente estable y sitio de entrada limpio	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer hemocultivos (uno a través del cateter y uno de sangre periférica) • Si no hay foco identificable de infección, iniciar tratamiento como bacteremia relacionada a catéter • Si los cultivos son positivos, retirar el cateter, continuando tratamiento*.
E. Paciente febril con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y tóxico (hipotensión, hipoperfusión o síntomas de falla orgánica multisistémica)	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer hemocultivos (uno a través del cateter y uno de sangre periférica) • Si no hay foco identificable de infección, retirar el catéter e iniciar tratamiento como sepsis relacionada a catéter • Si el sitio de entrada del catéter esta sospechoso o los cultivos son positivos, retirar el catéter y continuar tratamiento.
Terapia empírica inicial:	
A. Paciente clínicamente estable Vancomicina 40 mg/kg/IV fraccionado c/6-8 h + amikacina 15-20 mg/kg IV fraccionado en 1-3 dosis	
B. Paciente grave o tóxico Opción 1. Vancomicina 40 mg/kg/IV fraccionado c/6 hs o c/8 hs + Cefepime 150 mg/kg/IV fraccionado c/8hs o Ceftazidima 150 mg/kg/IV fraccionado c/8hs Opción 2*. Vancomicina 40 mg/kp/día fraccionado c/6 hs o c/8 hs + carbapnémico (Imipenem 100 mg/kp/día fraccionado c/6hs o Meropenem 100 mg/kp/día fraccionado c/8hs Considerar inicio de antifúngico **	
Duración del Tratamiento en ausencia de complicaciones	
<p><i>Staphylococcus aureus</i>: 14 días (considerar ecocardio)</p> <p><i>Staphylococcus coagulasa</i> negativa: 7 días.</p> <p>Bacilos Gram negativos: 14 días.</p> <p><i>Candida</i> sp: 14 días después del último cultivo positivo por lo menos durante 7 días consecutivos.</p> <p>Endocarditis: 6-8 semanas.</p>	

La elección del antibiótico depende de los datos locales de resistencia.

* Opción preferente en paciente sépticos en hospitales con alta tasa de infección nosocomial por bacilos Gram negativos multirresistentes (productoras de BLEE), uso previo de cefalosporinas de 3era. o cuarta generación en las últimas 2 semanas, e inmunosupresión grave

** Considerar tratamiento de hongos en paciente con cirugía abdominal extensa, uso previo de antibiótico de amplio espectro, uso de nutrición parenteral; en casos de infección micótica documentada es fundamental el retiro del CVC.

ENDOCARDITIS

Enfermedad infecciosa causada por bacterias u hongos que invaden el revestimiento endotelial del corazón.

Para el Diagnostico Durack y col de la Universidad de Duke han publicado criterios útiles. Dos criterios mayores o uno mayor y tres menores o 5 menores establecen el diagnostico

CRITERIOS DE DUKE

Criterio Mayor

- 1) Hemocultivos persistentemente positivos (*Streptococcus viridans*, *S bovis*, grupo HACEK : *Haemophilus*, *Actinobacillus*, *Cardiobacterium*, *Eikenella* y *Kingella*. *Staphylococcus aureus* o *Enterococo*)
- 2) Evidencia de compromiso endocardico: vegetaciones oscilantes, abscesos, perforación valvular

Criterio Menor

- 1) Condicion cardiaca predisponente
- 2) Fiebre
- 3) Fenómenos vasculares: embolia arterial, embolia pulmonar séptica, lesiones de janeway, hemorragias intracraneanas
- 4) Fenómenos inmunológicos: Glomerulonefritis, nódulos de Osler, manchas de Roth, factor reumatoideo
- 5) Hemocultivos positivos no reuniendo criterio mayor
- 6) Ecocardiograma positivo

En Urgencias

- Tomar como mínimo 3 Hemocultivos
- Solicitar H MG, PCR, VSG, orina simple, elecrolitos
- Rx de Torax
- Ecocardiografía
- Electrocardiograma

Tratamiento empírico inicial

Válvula Nativa:

Oxacilina 200 mg/k/d en 4 dosis+ Gentamicina 9 mg/k/d en 3 dosis + Penicilina 400000 UI/k/d en 4 dosis por 4 a 6 sem.

Alérgicos a β -lactámicos: vancomicina 40 mg/k/d en 2 a 4 dosis+ Gentamicina 9 mg/k/d en 3 dosis por 4 a 6 semanas

Posoperatorio Precoz:

Vancomicina 40 mg/k/d en 4 dosis+ Gentamicina 9 mg/k/d en 3 dosis + Ceftazidima 150 mg/r/d en 3 dosis por 4 a 6 sem

Alérgicos a β -lactámicos; vancomicina 40 mg/k/d en 2 a 4 dosis+ Gentamicina 9 mg/k/d en 3 dosis + Meropenem 120 mg/k/d en 3 dosis por 4 a 6 semanas.

Posoperatorio Tardío:

Oxacilina 200 mg/k/d en 4 dosis+ Gentamicina 9 mg/k/d de en 3 dosis + Penicilina 400000 UI/k/d en 4 dosis por 4 a 6 semanas

Alérgicos a β -lactámicos: vancomicina 40 mg/k/d en 2 a 4 dosis+ Gentamicina 9 mg/k/d en 3 dosis por 4 a 6 semanas

Estreptococos sensible a la penicilina (CIM < 0,1 ug/ml)

Penicilina 400 mil U/k/d por 4 semanas + Gentamicina 9 mg/K/d por 5 días.

Estreptococos con resistencia intermedia a la penicilina (CIM entre 0,1 y 0,5 ug/ml)

Penicilina 400 mil U/k/d por 4 semanas + Gentamicina 9 mg/d por 2 semanas

Estreptococos resistentes a la penicilina (CIM >0,5 ug/ml) y Enterococos

Ampicilina 300 mg//k/d en dosis máximas de 12 g/d por 4 a 6 semanas + Gentamicina 9 mg/k/d en 3 dosis por 4 semanas o Vancomicina + Gentamicina por 4 a 6 semanas.

Staphylococcus aureus

Sensibles a la Oxacilina:

- Oxacilina 200 mg/k/d en 4 dosis por 6 semanas + Gentamicina + 9 mg/k/d en 3 dosis por 5 días.

Resistentes a la Oxacilina

- Vancomicina 40 a 60 mg/k/d máximo 2 gr. Día por 4 a 6 semanas + Gentamicina 9 mg/k/d + Rifampicina 4 a 6 semanas o Vancomicina EV + TMP SMX EV u oral.

Enterobacterias

Según el antibiograma, en general cefalosporinas de tercera generación o ticarcilina asociada con tobramicina o Gentamicina por 6 semanas

Grupo HACEK

Ceftriaxona 100 mg/k/d o Cefotaxima 200 mg/k/d por 4 a 6 semanas o Ampicilina 300 mg/k/d por 4 a 6 semanas + Gentamicina 9 mg/k/d por 4 a 6 semanas.

Hongos

Anfotericina B 1 mg/k/d por 6 a 8 semanas (Indicación de cirugía)

NEUTROPENIA FEBRIL

Definiciones: En pacientes con cáncer y neutropenia se define fiebre como a la presencia documentada de una temperatura bucal $\geq 38,3$ °C o una temperatura corporal > 38 °C que persiste por lo menos una hora o en caso de menor duración que se repita en el lapso de 12 horas.

Que Solicitar:

- Hemograma
- PCR
- VSG
- Orina simple
- Urocultivo
- Hemocultivo
- Rx. de tórax

Grados de Neutropenia

Grado	Recuento absoluto de Neutrófilos
0	Dentro de los límites normales
1	$\geq 1500 < 2000$
2	$\geq 1000 < 1500$
3	$\geq 500 < 1000$
4	< 500

Factores de bajo riesgo en pacientes con cáncer y neutropenia

- Edad ≤ 2 a >60 años
- Remisión de la enfermedad maligna subyacente
- RAN ≥ 1.000 cel/mm³
- Duración de Neutropenia < 7 días
- Expectación de resolución de la neutropenia en < 10 días
- Plaquetas > 75.000 cel/mm³
- Proteína C reactiva < 50 mg/l
- Ausencia de comorbilidad
- Rx de torax normal

Antibiótico inicial

Bajo riesgo: tratamiento ambulatorio, se incluye a los pacientes sin signos de toxicidad, sin comorbilidad, sin dispositivos cruentos, tolerantes a la vía oral, adherentes a las indicaciones, en ausencia de hospitalización en los últimos 30 días hasta retorno de hemocultivo: Ceftriaxona 100 mg/k/d o elegir antimicrobiano según foco.

Si requiere internación: hasta retorno de hemocultivo, iniciar:

Ceftazidima 150 mg/k/d o piperacilina tazobactam 300 mg/k/d, el agregado de aminoglucósidos dependerá de si el paciente presenta datos de bacteremia o cuando hay sospecha de infección por catéter o colonización por *Pseudomonas aeruginosa*, en estos casos usar amikacina en monodosis.

En caso de sospecha de **colitis neutropénica**, agregar cobertura para anaerobios (metronidazol o clindamicina o piperacilina/tazobactam)

Situaciones en las que debe asociarse Vancomicina

- Infección relacionada a catéter o de partes blandas
- Quimioterapia reciente intensa con mucositis grave
- Colonización por *S. pneumoniae* resistente a la penicilina o cefalosporina o *S. aureus* resistente a la meticilina
- Signos de sepsis con hipotensión, dificultad respiratoria no explicable.
- Sospecha de infección por *Bacillus cereus* o *Corynebacterium spp.*

Reservar los carbapenémicos, utilizarlos solo si no hay respuesta tras 72 hs. de tratamiento ante la posibilidad de BLEE, podría pensarse por el alto riesgo en pacientes con antecedentes de múltiples esquemas de antibióticos de amplio espectro con RAN < 100/mm³.

Estudio de imágenes complementarios

TAC de tórax y abdomen en busca de bolos micóticos si el paciente continúa con fiebre al 5to día del tratamiento antibiótico.

Ecocardiografía en caso de fiebre persistente sin foco evidente y presencia de catéter vascular central.

Criterios de pasaje a vía oral para manejo ambulatorio

- Afebril por más de 48 hs.
- RAN >100
- Incremento de plaquetas
- Cultivos negativos
- Tolerancia a la vía oral
- Ausencia de AA de hipotensión o choque
- Ausencia de factores predisponentes de bacteremia intercurrente

Tratamiento al alta: Ciprofloxacina + amoxicilina (via oral)

Duración del tratamiento

En el paciente con apirexia al 3er día, cultivos negativos: suspender si alcanzan RAN >500 cel/mm³ por dos días consecutivos tras 48 hs de apirexia, si RAN <500 cel/mm³ suspender ATB tras 5 días de apirexia (mínimo 7 días de tratamiento previo), en pacientes de alto riesgo con RAN <100 , mucositis, mantener ATB mínimo 14 días.

INFECCION DE VIAS URINARIAS (IVU) EN NIÑOS

Definición: Infección dentro del aparato urinario que puede abarcar parénquima renal, vejiga o ambos.

Bacteriuria significativa: la bacteriuria asintomática representa una verdadera IVU, es la presencia de >100.000 UFC/ml en orina fresca.

IVU sintomática: Presencia de bacteriuria en un niño con síntomas de disuria, urgencia urinaria, con o sin fiebre y dolor en el flanco; puede clasificarse en:

- * Cistitis aguda
- * Pielonefritis aguda

IVU no complicada: Presencia de infección en el aparato urinario estructural y neurológicamente normal.

IVU complicada: Infecciones en el aparato urinario con anomalías funcionales o estructurales.

IVU recurrente: Ataques sintomáticos repetidos de IVU con intervalos libres de síntomas. Suele ser causada por reinfección con una especie diferente de bacterias o diferentes serotipos del mismo microorganismo.

Recaída de IVU: Se refiere a la persistencia de la misma especie bacteriana en el aparato urinario a pesar de una buena terapia antimicrobiana.

Urosepsis: Síndrome de septicemia secundario a una infección de las vías urinarias

Factores del Hospedero que predisponen a la Infección de Vías Urinarias

- Factores anatómicos
 - o Reflujo uretral
 - o Obstrucción de vías urinarias
 - o Cuerpo extraño en aparato urinario (sondas)
 - o Duplicación de sistemas colectores
 - o Ureterocele
- Incremento de la adherencia uroepitelial
- No secretores de Ag de grupo sanguíneo P
- No secretores con grupo sanguíneo Lewis

Criterios para el diagnóstico de Infección de Vías Urinarias por cultivo según la forma de recolección de la muestra

Método de Recolección	Recuento UFC *	Infección (%)
Aspiración suprapúbica	Bacilos Gram (-)	99%
	Cocos Gram (+) > 1.000 UFC	95 %
Sondeo Trans-uretral	> 100.000	95%
	10.000 a 100.000	Muy probable
	1.000 a 10.000	Repetir cultivo
	> 1.000	Poco probable
Chorro medio muestra de orina colectada a mitad de la micción Género Masculino	> 10.000	Muy probable
	3 cm. con > 100.000 2 cm. con > 100.000 1 cm. con > 100.000 10.000 a 100.000	95% 90% 80% Sospechoso, repetir

* UFC: unidades formadoras de colonias

Tratamiento antimicrobiano de IVU por grupo de edad

Menor de un mes: Hospitalizar

- Ampicilina: 200 mg/k/d en 4 dosis + Gentamicina 7,5 mg/k/d en 1 o 2 dosis por 14 días
- Cefotaxima: 150 mg/k/d en 3 a 4 dosis + Ampicilina 200 mg/k/d en 4 dosis por 14 días

De 1 mes a 3 años (1, 2, 3)

Ambulatorio

- Cefixima: 8 mg/k/d en 1 dosis diaria por 10 a 14 días o Amoxicilina Sulbactam 40 mg/k/d en 3 dosis o Cefalexina 50 mg/k/d en 3 dosis o cefuroxima a 30 mg/k/d en 2 dosis por 10 a 14 días

Hospitalizado

- Ceftriaxona: 75 mg/k/d en 1 dosis o Cefotaxima 150 mg/k/d en 3 o 4 dosis por 10 a 14 días; si hay mejoría clínica y buena tolerancia oral, pasar a vía oral o
- Amoxicilina sulbactam 100 mg/k/d en 3 dosis por 10 a 14 días
- Gentamicina 7 mg/k/d en 2 dosis por 10 a 14 días

> de 3 años con cistitis:

- Amoxicilina vía oral 40 mg/k/d por 7 días
- Nitrofurantoína 7 mg/k/d en 2 dosis por 7 días
- Cefalexina 50 mg/k/d en 3 dosis por 7 días

> de 3 años con pielonefritis:

- Ceftriaxona 75 mg/k/d dosis única p Cefotaxima 150 mg/k/d en 4 dosis por 10 días; con mejoría clínica y buena tolerancia oral, pasar a cefixima vía oral
- Amoxicilina sulbactam 100 mg/k/d en 3 dosis o Ampicilina sulbactam 200 mg/k/d en 4 dosis por 10 días.

* 1: En menores de 3 m hacer punción lumbar para descartar meningitis bacteriana aguda

* 2: Pacientes > 1 m después de 72 hs de tto parenteral tras mejoría clínica se puede pasar a vía oral (cefixima 8 mg/k/d) por 14 días

* 3: a partir de 1^a de edad se puede considerar ciprofloxacina 30 mg/k/d en 2 dosis en IVU por gérmenes multirresistentes.

GUIA
AMARILLA

DE

ATENCION

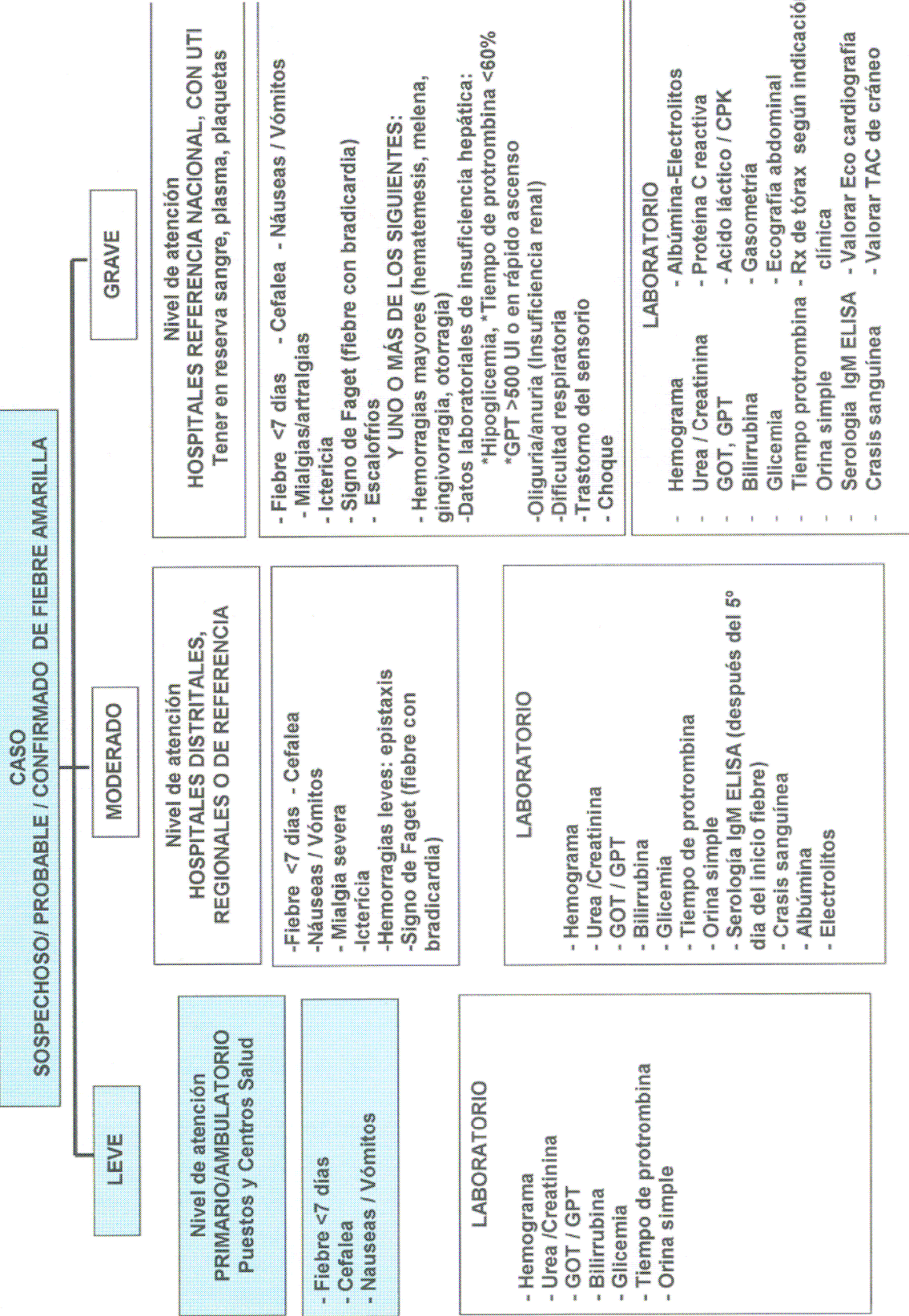
CLINICA

EN

FIEBRE

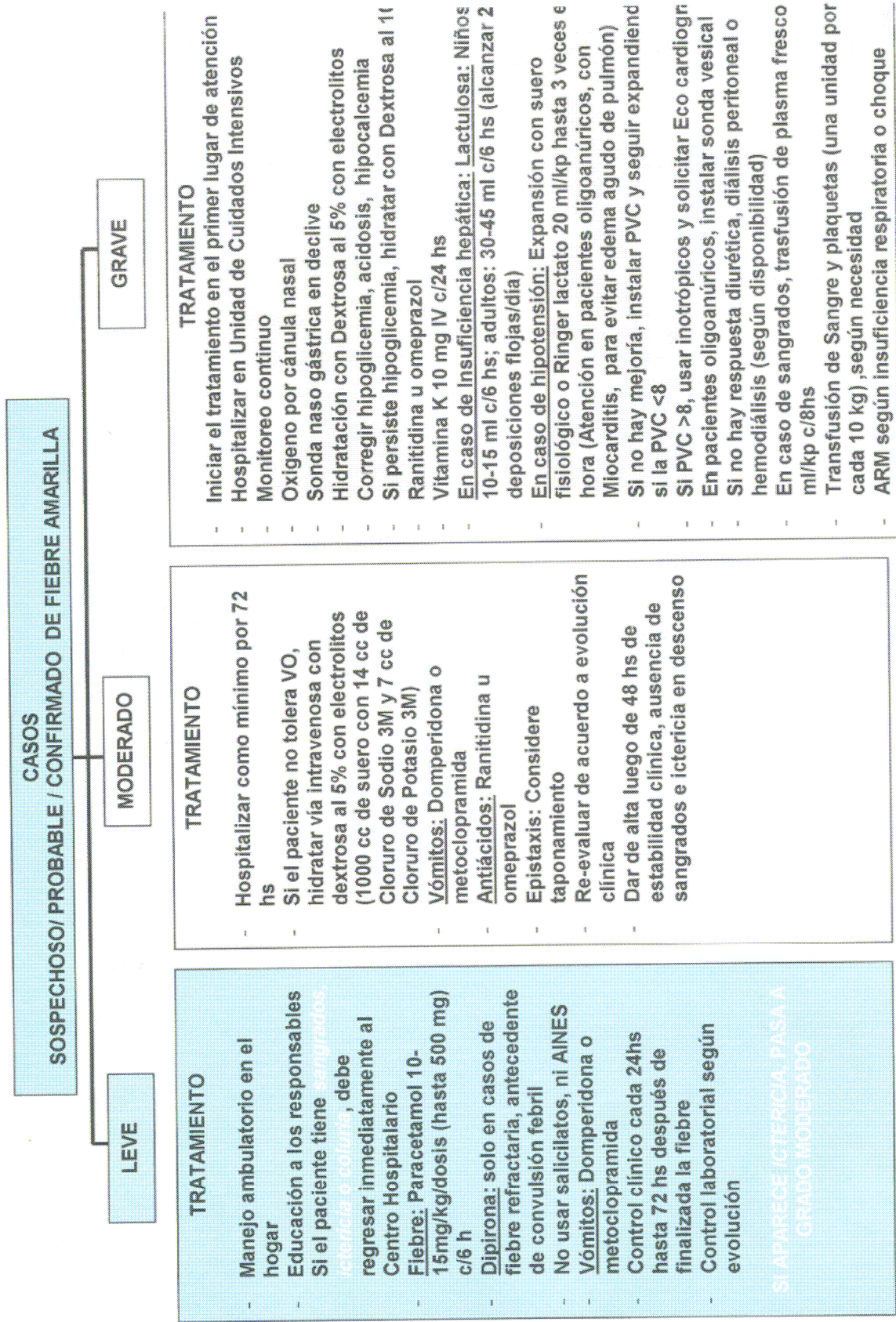
GUÍA DE A. ENCIÓN CLÍNICA – FIEBRE AMARILLA

DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO VERSION PRELIMINAR



GUÍA DE ATENCIÓN CLÍNICA – FIEBRE AMARILLA

DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO VERSION PRELIMINAR



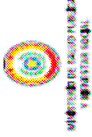
REFERENTE MANEJO CLINICO – FIEBRE AJARILLA
DOCUMENTO INTERNO DE TRABAJO VERSION PRELIMINAR

1. La mayoría de los casos leves y moderados mejoran dentro de las 72 hs
2. Valores normales de:
 - a. Hemoglobina: 12 gr/dl
 - b. Urea: 15-40 mg/dl
 - c. Creatinina: 0.3-1 mg/dl
 - d. Glicemia: 60-110 mg/dl
 - e. GOT: hasta 35 UI
 - f. GPT: hasta 35 UI
 - g. Bilirrubina Total: hasta 1 mg/dl
 - h. Tiempo de protrombina: >60%
3. Cálculo del líquido de mantenimiento:

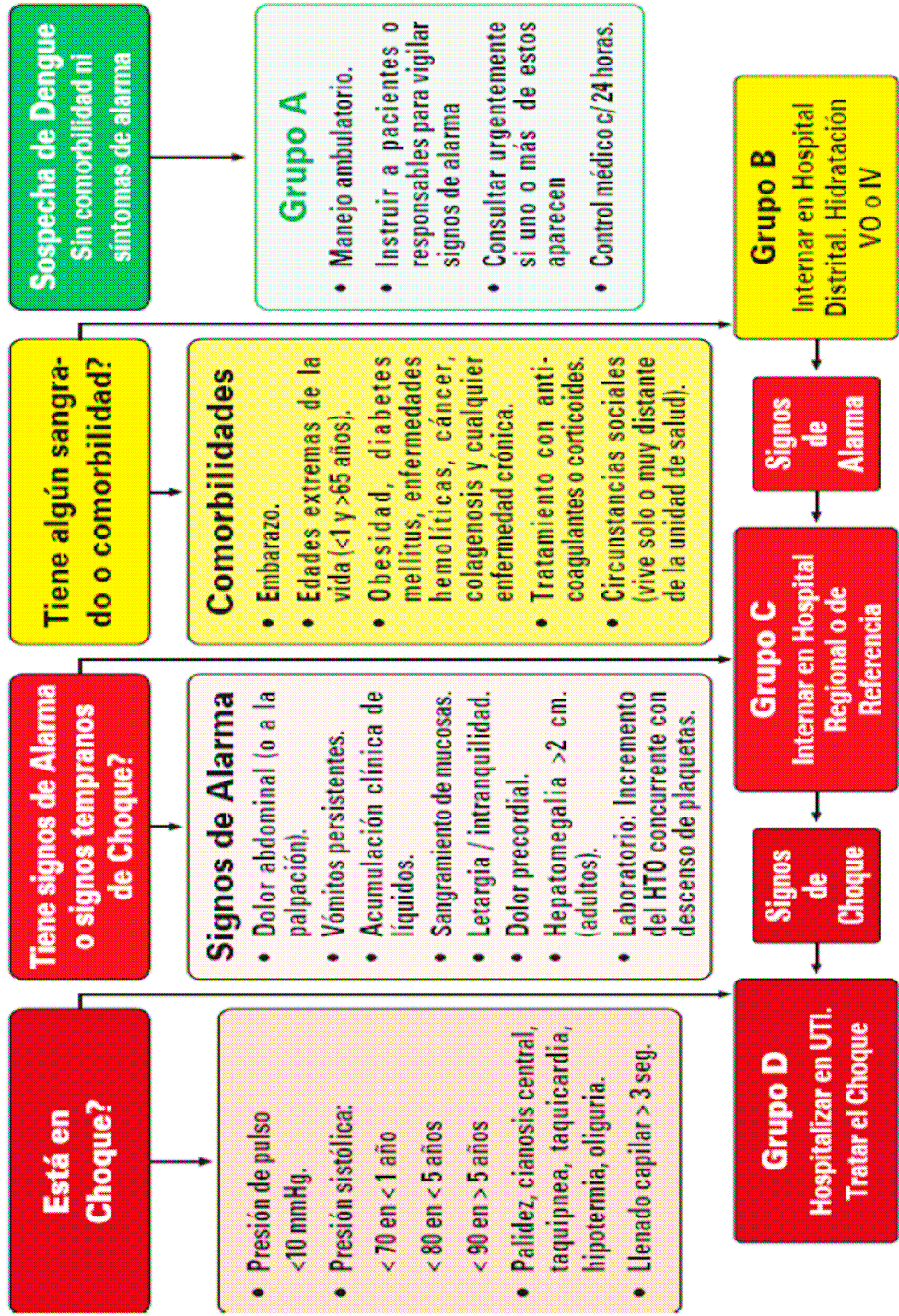
Peso en kg	Volumen de mantenimiento
<10 kg	100 ml/kg
>10-20	1000 ml + 50 ml/kg (por arriba de 10 kg)
>20 kg	1500 ml + 20 ml/kg (por arriba de 20 kg)
4. Sospecha de insuficiencia hepática: Aumento o caída súbitos de GPT / GOT, hipoglicemia, hipoalbuminemia, bilirrubina directa en ascenso
trastornos de la coagulación, trastorno del sensorio.



DENGUE EN EPIDEMIAS



FLUJOGRAMA DE MANEJO DE DENGUE DURANTE EPIDEMIAS



PROTOCOLO DE MANEJO DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Neumonía: infección aguda del parénquima pulmonar con signos clínicos de ocupaciones alveolares y radiológicas de opacidad, sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple.

CLASIFICACION DE LAS NEUMONIAS

FR	Neumonía	Neumonía grave	Neumonía muy grave
<2 meses	>60 x'	>60 x'	>60 x'
<1 año	>50 x'	>50 x'	>50 x'
1 año a 5 años	>40 x'	>40 x'	>40 x'
Retracciones	Ninguno	Si, leve a moderada	Severa
Quejido espiratorio	Ninguno	Presente en lactantes menores	Si presente
Aleteo nasal	Ausente	Presente	Presentes
Sonidos de respiración reducido	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Puede o no estar presentes
Crepitantes a la auscultación	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía
Soplo tubario	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía	Presente, su ausencia no descarta neumonía
Incapacidad para mamar o beber o vómito de todo lo ingerido	Ausente	Ausente	Presente
Convulsiones, letargia, pérdida de la conciencia	Ausente	Ausente	Presente
Dificultad respiratoria severa (ej. Presencia de cabeceo)	Ausente	Ausente	Presente
Cianosis central	Ausente	Ausente	Presente

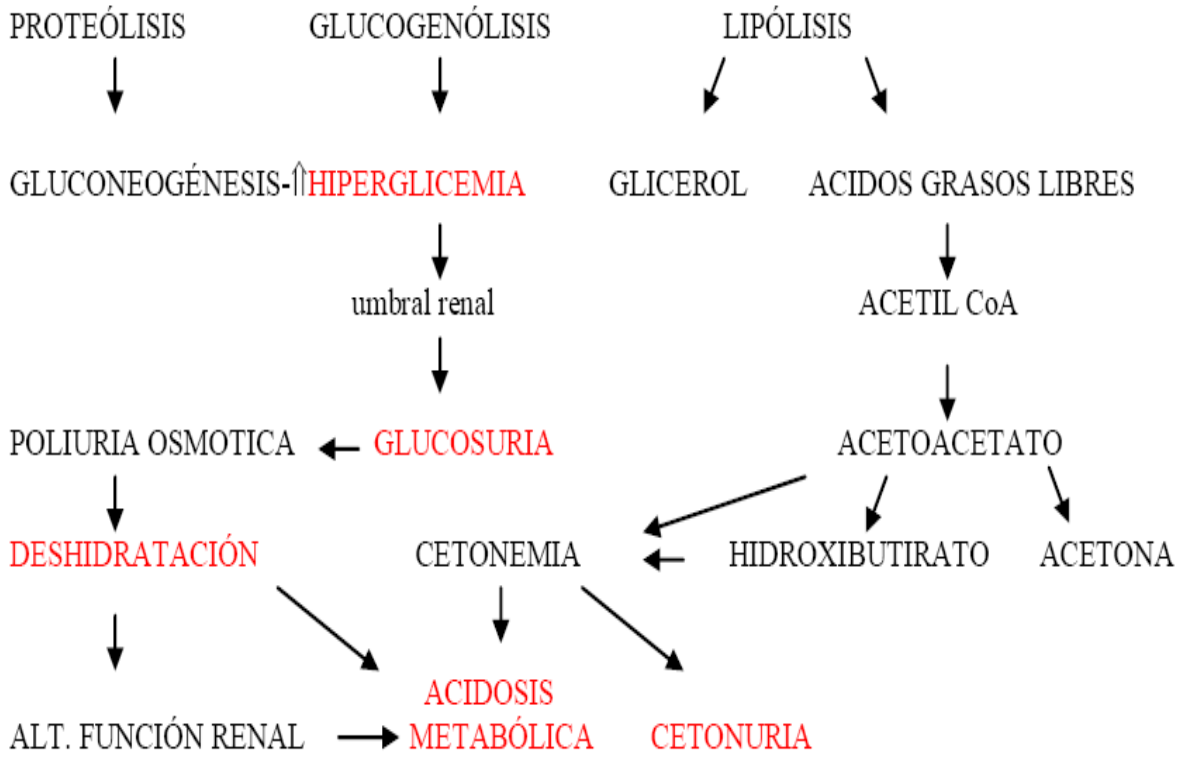
CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Edad < 6m	Apariencia Toxica
Condiciones subyacentes de comorbilidad	Neumonía complicada
Inmunodeficiencia	Distress respiratorio
Cardiopatía	Falta de respuesta a tratamiento ambulatorio
Desnutrición moderada a severa	Intolerancia a la medicación oral
Síndrome de Down	Padres analfabetos
Fibrosis Quística	Neumonía recurrente

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LOS NIÑOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Características de la neumonía por exploración del tórax y radiografía	Características clínicas	Terapia empírica
Neumonía intersticial bilateral con toxicidad moderada no complicada (tratamiento ambulatorio)	Niños <5 años	Amoxicilina (90-100 mg/1g/día) Amoxicilina/clavulanico (90-100 mg/1g/día dosificado por amoxicilina) VO. Considerar cefalosporinas de 2da y 3ra generación Considerar macrólidos en neumonía afebril.
	Niños >5 años (considerar <i>M. pneumoniae</i> , y <i>C. pneumoniae</i>)	Iniciar tratamiento β-lactámico. Agregar un macrólido al β-lactámico seleccionado si no existiera buena respuesta a las 72 hs.
Neumonía intersticial bilateral severa (hospitalizar)	Niños < 5 años	Ampicilina (200 mg/kg/día; EV) o penicilina; Opción alternativa: amoxicilina/inhibidor de β-lactamasas o cefalosporina de 3ra generación.
	Niños > 5 años <i>*M. pneumoniae</i> y <i>C. pneumoniae</i> .	Penicilina o amoxicilina/inhibidor de β-lactamasa <i>*Adicionar macrólido</i>
Neumonía lobar o segmentaria leve (tratamiento ambulatorio)	Considerar <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> y <i>S. pyogenes</i> . (independiente de la edad)	Amoxicilina (90-100 mg/1g/día) Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa (90-100 mg/kg/día dosificado por amoxicilina) VO
Neumonía lobar o segmentaria moderada a grave (aparición tóxica): hospitalizar	Considerar <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> y <i>H. influenzae</i> tipo b (en no vacunados menores de 5 años); considerar anaerobios si hay sospecha de neumonía por aspiración.	Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa; Alternativa: Ceftriaxona o cefotaxima; adicionar macrólido si hay fuerte sospecha de <i>M. pneumoniae</i> o <i>C. pneumoniae</i> .
Neumonía complicada con empiema o neumonía necrotizante (hospitalizar)	Considerar <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> y <i>H. influenzae</i> tipo b (en no vacunados menores de 5 años)	Amoxicilina/inhibidor de betalactamasa; Alteranativa: Ceftriaxona o cefotaxima asociada a oxacilina. Substituir oxacilina por clindamicina si se sospecha <i>S. aureus</i> resistente a oxacilina
Neumonía complicada con choque o insuficiencia respiratoria (hospitalizar en unidad de cuidados intensivos)		Ceftriaxona o cefotaxima asociada a oxacilina. Substituir oxacilina por vancomicina si se sospecha <i>S. aureus</i> resistente a oxacilina

CETOACIDOSIS DIABÉTICA



PROTOCOLO DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA

Dra. Fabiola Blanco E.

Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación: piel y mucosas secas • Aliento cetónico - Respiración de Kussmaul • Náuseas. Vómitos. Dolor abdominal • Depresión del sensorio 			
Laboratorio De Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glucemia \geq 200 mg/dl ▪ Glucosuria y cetonuria positivas ▪ pH < 7,30 ▪ Bicarbonato de sodio en plasma < 15 mEq/l 			
Objetivos Del Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Rehidratación gradual • Corrección de las alteraciones electrolíticas y de la acidosis • Corrección de la hiperglicemia • Bloquear la cetogénesis • Tratamiento de los factores desencadenantes 			
Control Clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado de conciencia ▪ Signos de shock ▪ Grado de deshidratación ▪ Presencia de infección ▪ Signos vitales (evaluar en forma horaria) 			
Laboratorio	Al diagnóstico • Glucemia Glucosuria Cetonuria • Hemograma • Gasometría • Ionograma:	A las 2 horas • Glucemia Glucosuria Cetonuria • Gasometría • Ionograma	C/ 2 horas •HGT Glucosuria Cetonuria	C/ 4 horas: • Glucemia glucosuria cetonuria • Gasometría • Ionograma

TRATAMIENTO

Internar en una Unidad de Cuidados Intensivos, sobre todo si existe uno de los siguientes:

1. Compromiso de conciencia
2. Shock
3. Insuficiencia respiratoria
4. Acidosis severa(pH < 7,1; bicarbonato sérico inferior a 5 Meq/L, glicemia > 600)
5. Alteraciones electrolíticas graves
6. Imposibilidad de monitorización y cuidados adecuados

Tratamiento se basa en: Hidratación
 Insulinoterapia
 Reposición de electrolitos

I- TRATAMIENTO HIDROELECTROLÍTICO: Estimar el grado de deshidratación del paciente.

A) VOLUMEN

1- Expansión inicial: A la llegada del pcte: (10 -) 20 ml/kg en una hora (máx. 1 litro en 1 hora)
Si hay shock se puede repetir y asociar albúmina (1 g/Kg) o plasma (10-15 ml/kg).

2- Después de la expansión: "PLAN B": Mantenimiento (1800-2000/m²) + ½ del déficit estimado (descontar la expansión inicial si ésta se administró)

Déficit : El total se pasa en 48 hs

Deshidratación leve 50 ml/Kg

Deshidratación moderada 100 ml/Kg

Deshidratación grave 150 ml/Kg

B) TIPO DE SUERO:

➤ Expansión inicial: suero fisiológico al 0,9%.

➤ PLAN B:

⇒ Mientras HGT \geq 300 mg% con SF al 0,9%

⇒ Cuando HGT < 300 mg% pasar a "suero dextro-fisiológico": (½ SF 0,9% + ½ SG 5% + KCl)

⇒ Si luego hay tendencia a la hipoglicemia pasar a SG 5% o SG 10% (con electrolitos)

⇒

C) REPOSICIÓN DE POTASIO:

Si K inicial: < 3,5 mEq/L: concentración en PLAN B de 40 mEq/L

e/ 3,5 a 5,5 mEq/L: concentración en PLAN B de 21 mEq/L

> a 5,5mEq/L: no iniciar mientras persista hipercalemia.

Iniciar la infusión de KCL al comenzar la insulinoterapia salvo que haya anuria.

D) BICARBONATO DE SODIO:

Se usará en: acidosis grave con complicaciones pulmonares, hipotensión o shock, cuando el pH persista < 6,9 a pesar de hidratación e insulinoterapia adecuados.

Cálculo de dosis: [bic esperado (=15) - bic encontrado] x 0,3 x peso

Administrar mitad de la dosis en 2 horas y lo restante si aún fuese necesario.

II- INSULINOTERAPIA:

Utilizamos la insulina regular (cristalina)

En condiciones ideales debería realizarse por vía endovenosa. En otro caso puede realizarse por vía intramuscular.

ESQUEMA	ENDOVENOSO	INTRAMUSCULAR
1- Dosis de ataque: <i>(Después de la expansión inicial)</i>		
	0,1 U/Kg ev. en bolo (máx. 10 U)	0,25 U /Kg im. (máx 10 U)
2- Luego:		
Bic <15	0,1 U/Kg/h en infusión continua (*)	ó 0,2 U/Kg c/ 2 horas (máx. 6U) sc
Bic >15	Disminuir goteo a 0,05 U/Kg/h hasta 30 minutos después de que haya recibido la primera dosis de Insulina Subcutánea 0,1 a 0,2 U/Kg (max. 6U) c/4 a 6 h, y luego suspender	0,1 a 0,2 U/Kg (max. 6U) c/ 4 a 6 h sc

(*) Infusión continua: se deberá realizar por bomba de infusión.

Se utilizará la siguiente mezcla: SG 5% 100 cc

Insulina regular 20 U

NUNCA SUSPENDER GOTEIO de insulina antes de administrada la insulina subcutánea

Al salir del esquema (cetonuria negativa): Insulina NPH:.Dosis 0,2 a 0,5 U/kg pre desayuno; 0,1 a 0,3 U/kg precena.sc.

Hacer los controles de HGT c/ 4 h previos a cada comida y corregir con insulina Regular. Puede usarse este esquema: 140 – 200 → 0,075 U/Kg

200-300 → 0.1

300-500 → 0.15

>500 o cet + → 0.2

DIETA: Comenzar cuando el paciente esté en condiciones de alimentarse, sin vómitos y con nivel de conciencia adecuado. Iniciar con jugos, leche o yogur descremados, caldos sin grasa o SRO al medio.

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

- ⇒ HIPOGLICEMIA
- ⇒ HIPOPOTASEMIA
- ⇒ EDEMA CEREBRAL: Se manifiesta por cefalea, náuseas, vómitos y obnubilación, que aparecen después de un período de mejoría clínica.
- ⇒ Tratamiento: administrar Manitol 0,5 g/kg, por vía ev, Repetir si fuera necesario.
- ⇒ ACIDOSIS PARADOJAL
- ⇒ HIPERNATREMIA

Leishmaniosis visceral

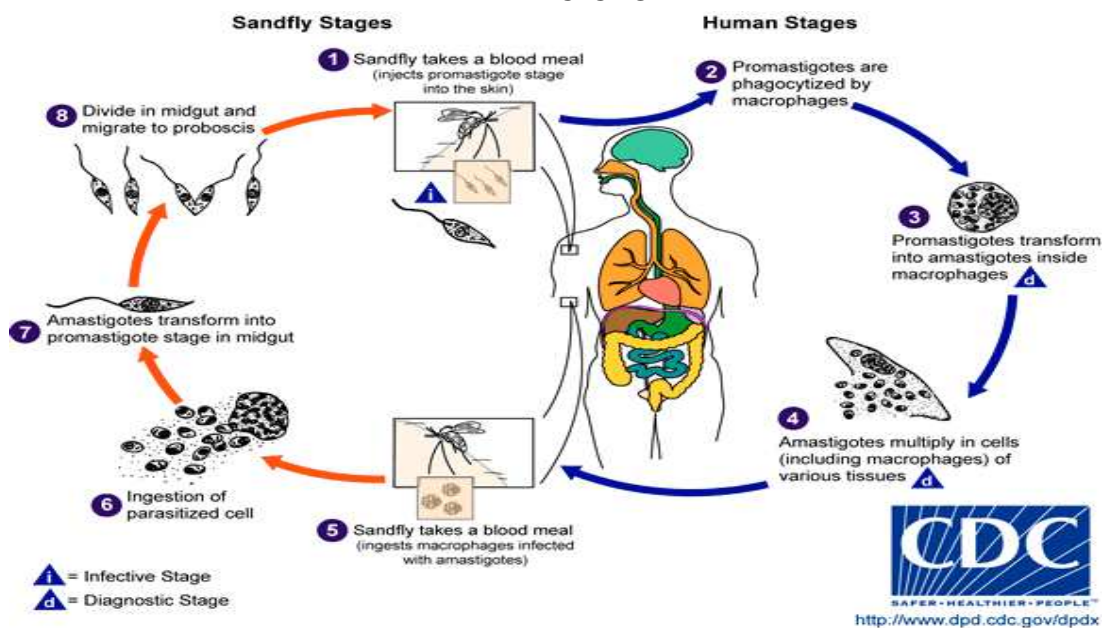
EPIDEMIOLOGIA

- 350 millones , 88 países, 72 países en vías de desarrollo
- 90% casos en India, Bangladesh, Sudan y Brasil
- *Leishmania donovani* : India, Bangladesh, Sudan
- *Leishmania infantum* y *chagasi*: América latina
- Reservorios: perros , zorros, rata negra
- Epidemia de Leishmaniasis visceral se registro en el Brasil en el año 1998 (área metropolitana de Cuiaba)
- 24% de 141 Municipios del Brasil
- Edad media 0-9 años 52 %
- 67% áreas urbanas
- Serología (+) 9 % perros
- 44 millones de personas afectadas
- 28 distritos de Bihar y 5.5 millones de personas en ocho distritos de Bengal (anualmente)
- Asociación con VIH (infección oportuna) frecuentemente reportada

PATOGENIA

- Vector: *Phlebotomus sp.*
- Vida media de 4 semanas
- Reacción inmunitaria celular mínima y humoral alta
- Hipergammaglobulinemia
- Sistema reticuloendotelial, medula ósea, bazo, hígado

CICLO



MANIFESTACIONES CLINICAS

- Periodo de incubación: 3 semanas a 12 meses
- Fiebre (síndrome febril prolongado)
- Palidez, hepatoesplenomegalia
- Triada sintomática: fiebre, anemia y esplenomegalia

- Proporción leishmaniasis en fase de auto resolución y leishmaniasis florida 6,5:1 en niños y 18:1 adultos
- Son frecuentes las infecciones bacterianas secundarias

DIAGNOSTICO

- Demostración del parásito en sangre periférica u órganos
- Punción de Medula Ósea (los amastigotes se observan en las 2/3 partes de los pacientes)
- Punción Esplénica
- Títulos elevados de Ac. antileishmanias (ELISA)
- RK 39 recombinante de *Leishmania infantum* / *L. chagasi*)
- PCR
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- Malaria
- Fiebre Tifoidea
- Enfermedad de Chagas
- Esquistosomiasis
- Tuberculosis miliar

TRATAMIENTO

- Estibogluconato de Sodio 20mg/kg/d M o EV por 28 d
- Antimoniato de meglumina 20 mg/kg/d IM o EV por 28 días
- Anfotericina B 0,5-1mg/kg EV diariamente o cada 2 días por un máximo de 8 semanas
- Anfotericina Liposomal B 3 mg/kg/d (1-5) día 14 y 21
- En Inmunocomprometidos 4 mg/kg/d (1-5) día 10, 17, 24, 31 y 38
- Pentamidina 4 mg/kg/d IM o EV diariamente 15 a 30 dosis
- Dapsona

Artículos de Interés:

Amphotericin B Treatment for Indian Visceral Leishmaniasis: Response to 15 Daily versus Alternate-Day Infusions

- Shyam Sundar,¹ J. Chakravarty,¹ V. K. Rai,¹ N. Agrawal,² S. P. Singh,¹ V. Chauhan,¹ and Henry W. Murray³

¹Kala-Azar Medical Research Center, Department of Medicine, Banaras Hindu University, Institute of Medical Sciences, Varanasi, and ²MLN Medical College, Allahabad, India, and ³Department of Medicine, Weill Medical College of Cornell University, New York

Objetivo: Evaluar la eficacia del uso de Anfotericina B (1mg/kg/d vs 0,75mg/kg/d) y la duración del tratamiento 20 días vs 15 días.

Método: Se establecieron 4 grupos (Grupo A;245 ptes,1 mg/kg) (Grupo B;244 pts, 0.75 mg/kg) (Grupo C: 500 pts dias alternos 1 mg/kg) o (Grupo D; 496 pts 0.75 mg/kg diario).

Resultados: 1439 / 1485 completaron tratamiento (tto). Interrupción de tratamiento por nefrotoxicidad se observó en el esquema de tratamiento diario. Curación: grupo A, 234 pts (96%; CI 95% 92-95%) grupo B, 225 pts (92%; CI 95% 88-95%), grupo C 483 (97%; CI, 95% 95-98%) grupo D, 476 pts (96%; 95% CI, 94%-97%; P <.05).

Conclusión: 0.75 mg/kg por 15 d (dosis total, 11.25 mg/kg), es suficiente y efectiva para el tratamiento de Leishmaniasis visceral en India.

Phase 4 Trial of Miltefosine for the Treatment of Indian Visceral Leishmaniasis

Sujit Kumar Bhattacharya,^{1,2} Prabhat Kumar Sinha,¹ Shyam Sundar,^{3,4} Chandreshwar Prasad Thakur,⁵ Tara Kant Jha,⁶ Krishna Pandey,⁷ Vidyaranand Rabi Das,⁸ Naveen Kumar,¹ Chandrasekhar Lal,⁹ Neena Verma,⁷ Vijay Pratap Singh,⁷ Alok Ranjan,¹ Rakesh Bihari Verma,¹ Gerlind Anders,⁷ Herbert Sindermann,⁷ and Nirmal Kumar Ganguly.⁷
¹Rajendra Memorial Research Institute of Medical Sciences, Agam-Kuan, and ²Balaji Utthan Sansthan, Patna, ³National Institute of Cholera and Enteric Diseases, Beliaghata, Kolkata, ⁴Kala Azar Research Center, Muzaffarpur, ⁵Institute of Medical Sciences, Varanasi, and ⁶Indian Council of Medical Research, New Delhi, India; ⁷Zentaris GmbH, Frankfurt, Germany

Ante el surgimiento de resistencia al tto convencional de la LV se han investigado otros fármacos alternativos

Estudios realizados en pts internados han demostrado la eficacia de la miltefosina para el tto oral de niños y adultos con LV.

Método: En 13 centros asistenciales de Bihar se evaluaron la eficacia del tto oral con miltefosina y los efectos adversos.

Resultados:1.132 pts adultos y niños con VL,1084 (95.5%) pts 28 d de tto. 971 pts (85.8%) cura a los 6m. Tasa de cura 82% (IT) y 95% por análisis del protocolo similar al 94% en ptes hospitalizados. Eventos adversos en el 3 % de los ptes incluyendo > de GOT, GPT y creatinina .

Conclusión. El presente estudio avala el uso de miltefosina como opción de tto ambulatorio en áreas endémicas de LV.

New Treatment Approach in Indian Visceral Leishmaniasis: Single-Dose Liposomal Amphotericin B Followed by Short-Course Oral Miltefosine

Shyam Sundar,¹ M. Rai,¹ J. Chakravarty,¹ D. Agarwal,¹ N. Agrawal,² Michel Vaillant,³ Piero Olliaro,^{4,5} and Henry W. Murray⁶

Objetivo: Evaluar la eficacia del tto combinado con Anfotericina B liposomal (L-AmB) dosis única más miltefosina oral curso corto en pts con LV .

Método: 226 pts en 5 grupos de tto (grupo A; 45 ptes) 5 mg/kg de L-AmB sola, (grupo B; 46 pts) 5 mg/kg of L-AmB mas miltefosina por 10 d o 14 dias (grupo C; 45 ptes), o 3.75 mg/kg de L-AmB más miltefosina por 14 d (grupo D; 45 pts). Grupo E ; 45 pts 5mg/kg de L-AmB más miltefosina por 7 d.

Resultados: 9 m posterior al tto, la tasa de cura final fue similar: grupo A, 91% (95% [CI], 78%-97%]; grupo B, 98% (95% CI, 87%-100%); grupo C, 96% (95% CI, 84%-99%]; grupo D, 96% (95% CI, 84%-99%); grupo E, 98% (95% CI, 87%-100%).

Conclusión. Estos resultados sugieren que el tto con dosis única de (L-AmB) asociado a miltefosina oral por 7 a 14 d resulta efectivo en ptes con LV

El objetivo del presente resumen es el de otorgar apoyo a los médicos jóvenes que se inician en el arte de la práctica clínica, en ningún momento reemplazará a los textos básicos de lectura de la especialidad.

Sean cuidadosos, minuciosos, objetivos, aprendan a escuchar al paciente, tómenlo en cuenta como si fuera el primero y el último que verán en sus vidas de modo a que registren en su memoria los detalles de su presentación, ante todo busquen la excelencia, recuerden que tendrán en sus manos lo más preciado del hombre, la vida...

*Prof. Dr. Antonio Arbo
Dra. Soraya Araya*



Doctores

- **Prof. Dr. Antonio Arbo (Jefe de Servicio y Jefe de Cátedra de Infectología Pediátrica)**
- **Dra. Dolores Lovera**
- **Dr. Silvio Apodaca**
- **Dra. Soraya Araya**
- **Dra. Cinthia Aranda**

**Director del Instituto de Medicina Tropical
Dr Oscar Merlo**

Agradecimientos

Biol. Gabriela Sanabria

ANEXO

GUÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DE CASOS DE INFLUENZA

III. DEFINICIÓN DE CASO DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

1. Caso sospechoso

a. Persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo influenza (ETI): Fiebre \geq a 38,5°C axilar y tos, asociado a alguno de los siguientes síntomas: mialgias, odinofagia o cefalea.

ó

b. Persona que se hospitaliza por infección respiratoria aguda grave (IRAG) o neumonía sin causa etiológica conocida.

2. Caso confirmado

Persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo influenza (ETI) o se hospitaliza por IRAG o neumonía, y se confirma influenza por IF.

En todo paciente debe realizarse una completa evaluación médica que permita descartar otras causas infecciosas frecuentes que puedan manifestarse con síntomas similares a la influenza.

IV. MANEJO CLINICO EN ADULTOS

1. Medidas generales

- Lavado frecuente de manos y medidas de higiene general.
- Cubrir la boca y nariz con pañuelo desechable al toser
- Hidratación adecuada
- Antipiréticos para el manejo de la fiebre, está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico en menores de 19 años.
- Reposo domiciliario
- Consultar precozmente ante agravamiento de síntomas

2. Tratamiento antiviral (Anexo 1)

Se indicará tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presenten alguna condición de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave (ver recuadro), y cuyo cuadro clínico corresponda a la definición de caso sospechoso o confirmado de influenza.

V. MANEJO CLÍNICO EN NIÑOS

1. Medidas generales

- Lavado frecuente de manos y medidas de higiene general
- Cubrir la boca y nariz con pañuelo desechable al toser
- Hidratación adecuada
- Antipiréticos para el manejo de la fiebre, está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico.
- Reposo domiciliario
- Consultar precozmente ante agravamiento de síntomas.

2. Tratamiento antiviral (Anexo 1)

Se indicará tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presenten alguna condición de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave (ver recuadro), y cuyo cuadro clínico corresponda a la definición de caso sospechoso o confirmado de influenza.

Condiciones de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave, para entrega de tratamiento antiviral

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| • Edad menor de 2 años * | • Asma |
| • Inmunodepresión | • Cardiopatías congénitas |
| • Diabetes | • Insuficiencia renal crónica |
| • Daño pulmonar crónico | • Enfermedad neuromuscular |
| • SBOR | • Epilepsia |

*En niño o niña entre 2 y 5 años sin comorbilidad manejado ambulatoriamente, la indicación de antiviral deberá realizarse de acuerdo a la evaluación clínica y seguimiento de cada caso.

3. Hospitalización

a. Criterios de hospitalización

Se indicará hospitalización a todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso o confirmado y que presentan los siguientes criterios de gravedad:

- Hipoxemia: saturación de O₂ < 93% respirando aire ambiental
- Deshidratación o rechazo alimentario (en lactantes)
- Dificultad respiratoria o aumento del trabajo respiratorio
- Compromiso hemodinámico
- Consulta repetida por deterioro clínico

Condiciones de riesgo para enfermedad respiratoria aguda grave, para entrega de tratamiento antiviral	
<ul style="list-style-type: none">• Embarazo• Inmunodepresión• Diabetes Mellitus• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica• Asma• Insuficiencia cardíaca congestiva	<ul style="list-style-type: none">• Obesidad mórbida (IMC>40)• Daño hepático crónico• Insuficiencia renal crónica• Daño neuromuscular• Epilepsia• Edad mayor de 60 años

3. Hospitalización

a. Criterios de hospitalización

Se indicará hospitalización a todo paciente que cumpla con la definición de caso sospechoso o confirmado y que presenta los siguientes criterios de gravedad:

- Taquipnea: FR > 26 x minuto
- Hipotensión: PAS < 90 mmHg
- Disnea
- Cianosis
- Hipoxemia: saturación de O₂ < 90 por oxímetro de pulso, respirando aire ambiental
- Consulta repetida por deterioro clínico

b. Indicaciones

- Hospitalizar en habitación individual o en cohorte, con precauciones estándar y con gotitas. (Ver: Medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes hospitalizados con influenza¹ y Guía de manejo de IRA grave en adultos, www.minsal.cl).
- Realizar estudio por IF, Test Pack en muestra respiratoria, según la técnica localmente disponible,
- Iniciar tratamiento inmediato con Oseltamivir (Anexo 1. Tabla 1).

b. Indicaciones

- Hospitalizar en habitación individual o en cohorte, con precauciones estándar y con gotitas. (Ver Medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud en pacientes hospitalizados con influenza² y Guía de manejo de IRA grave en niños. www.minsal.cl).
- Solicitar muestra respiratoria para estudio por IF, test pack viral, según técnica localmente disponible.
- Iniciar tratamiento inmediato con oseltamivir (Anexo 1 tabla 1 y 2)

VI. QUIMIOPROFILAXIS DE CONTACTOS

Definición de contacto: Persona que habita bajo el mismo techo o que ha estado en contacto cercano con un caso sospechoso o confirmado de Influenza. Incluye al personal de salud en contacto clínico directo con el caso.

Contacto cercano se refiere al contacto a menos de 1,0 mt. por un tiempo de exposición mayor a 15 minutos, con un paciente con Influenza sospechosa o confirmada. Ejemplos de este tipo de contacto se dan en el espacio laboral, en escuela, albergues, regimientos, navíos y otros.

Indicación de quimioprofilaxis (Dosificación Anexo 1):

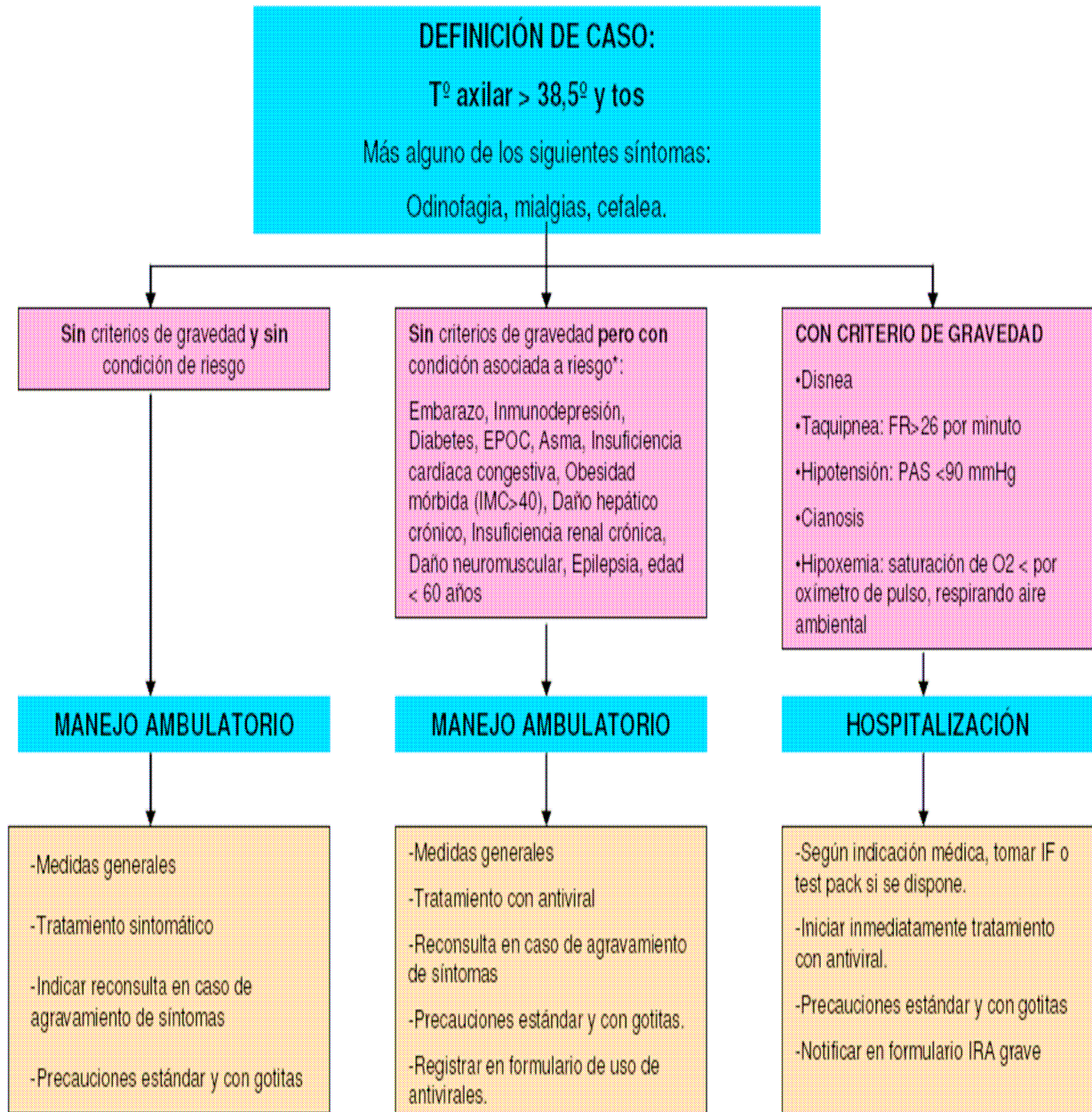
1. Individuos con las siguientes condiciones de riesgo:

- Embarazada vacunada o no, que habita bajo el mismo techo o es contacto cercano de un paciente que cumple con la definición de caso sospechoso o confirmado.
- Paciente inmunodeprimido o con terapia inmunosupresora vacunado o no que habita bajo el mismo techo o es contacto cercano de un paciente que cumple con la definición de caso.

2. Personal de Salud no vacunado que:

- Haya realizado atención clínica directa a menos de un metro y por más de 15 minutos de un paciente que cumple con la definición de caso sospechoso o confirmado, **sin utilizar barrera de protección.**

MANEJO CLÍNICO EN ADULTOS



MANEJO CLÍNICO EN NIÑOS

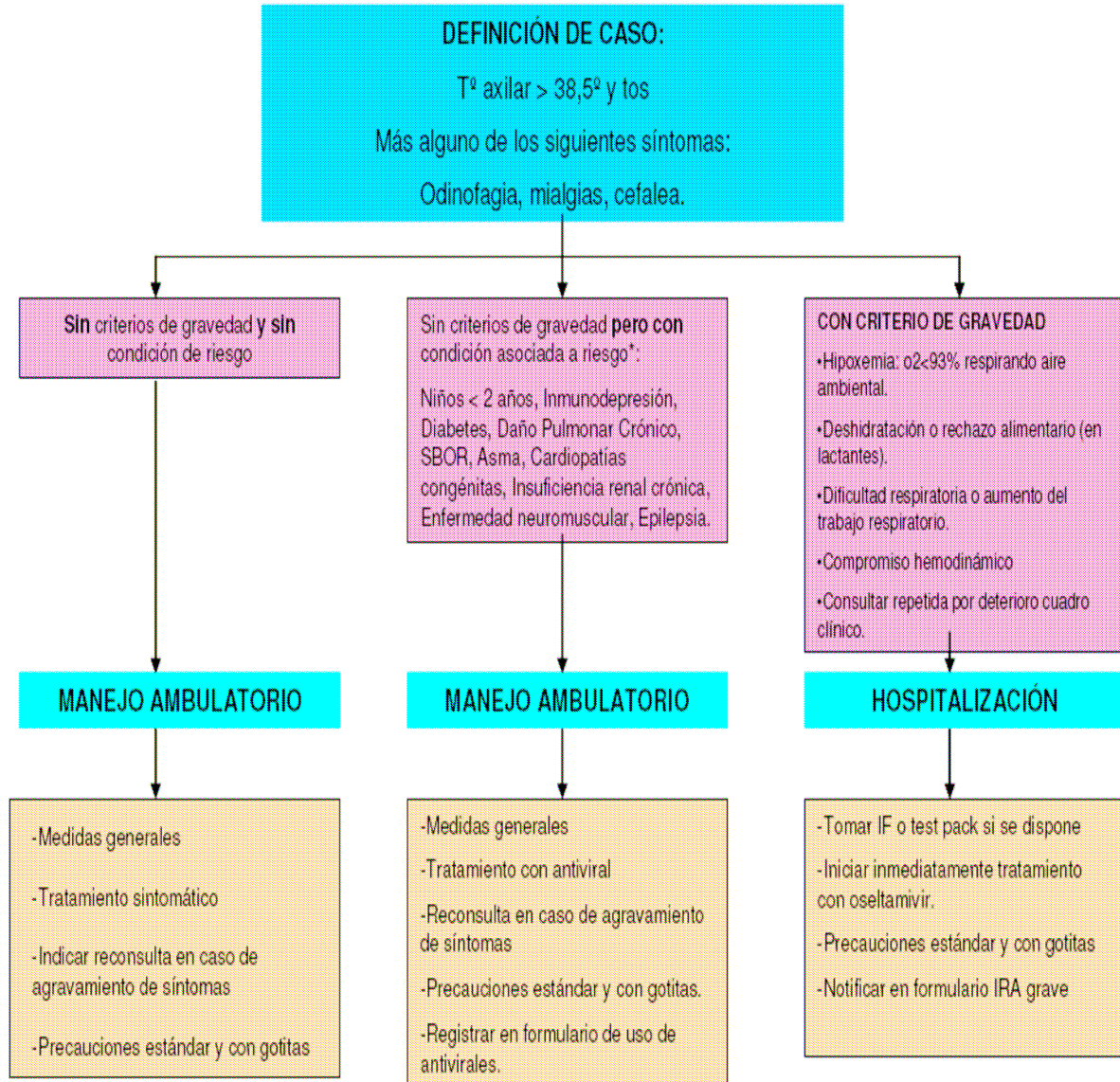


TABLA 1. Dosificación de oseltamivir para tratamiento

Peso paciente	Dosificación oseltamivir Vía oral	Duración de trata- miento
* < 15 kilos	30 mg. cada 12 horas	5 días
15 - 23 kilos	45 mg. cada 12 horas	5 días
24 - 40 kilos	60 mg. cada 12 horas	5 días
> 40 y adultos	75 mg. cada 12 horas	5 días

TABLA 2. Dosificación de tratamiento con oseltamivir para lactantes menores de 1 año

Edad	Dosis recomendada por 5 días
0-1 mes	2 mg/Kg dosis cada 12 hrs
Mayor de 1 mes hasta 3 meses	2,5 mg/Kg dosis cada 12 hrs
Mayor de 3 meses hasta 1 año	3 mg/Kg dosis cada 12 hrs

Dosificación de oseltamivir para lactantes prematuros: 1 mg/ kg dosis cada 12 horas.

RABIA

MANEJO PRACTICO.

Esquemas, dosis y vías de administración

Los esquemas se relacionan con la gravedad de la exposición:

•**Exposiciones leves:** lesiones de tórax, tronco, miembros inferiores y superiores, excepto punta de dedos.

-Vacuna CRL: 7 dosis diarias consecutivas y 3 refuerzos a los 10, 20 y 30 o 60 días de la última dosis diaria.

-Vacunas de cultivo celular, embrión de pato y embrión de pollo: 5 dosis los días 0, 3, 7, 14 y 28. #

•**Exposiciones graves:** lesiones de cara, cuello, punta de dedos, lesiones de las mucosas, en inmunocomprometidos o si la agresión fuera por animales silvestres (vampiros, murciélagos, coatíes, monos, etc.)

-Vacuna CRL: 7 dosis diarias consecutivas y 3 refuerzos a los 10 y 20 y 30 o 60 días después de la última dosis diaria.

En algunos de estos casos también estaría indicado aumentar el número de dosis iniciales a 10 mas los refuerzos principalmente cuando en la profilaxis se use en forma conjunta gammaglobulina

-Vacunas de cultivo celular, embrión de pato y embrión de pollo: 5 dosis los días 0, 3, 7, 14 y 28 #

Recientemente se publicó la recomendación de usar 4 dosis para la profilaxis postexposición con vacunas fabricadas en células diploides humanas o embrión de pollo ,utilizando el esquema día 0,3,7 y 14. (MMWR,March,2010,Vol 59,No.RR-2).

En las exposiciones graves ,o cuando no se pueda observar el animal, o se trate de una zona con rabia endémica o que el animal presente signos clínicos sospechosos de rabia y se eutanacie, hasta tener los resultados de laboratorio, todos los esquemas se deben completar con la administración de inmunoglobulina antirrábica humana, con excepción de los que han recibido previamente un esquema completo pre o postexposición de vacuna antirrábica con vacunas de tipo celular; en aquellas personas que recibieron otras vacunas antirrábicas, sólo títulos de anticuerpos protectores documentados previamente , obviará el uso de gammaglobulina antirrábica

La vacuna CRL se aplica por vía subcutánea, preferentemente en la región deltoidea o interescapular, los sitios de aplicación se deben rotar en cada dosis.

La dosis es la misma para todo los grupos etarios; los laboratorios de producción de nuestro país no cuentan con estudios de inmunogenicidad que indiquen usar menor dosis en niños pequeños.

Las vacunas de cultivo celular se aplican por vía intramuscular, preferentemente en músculo deltoides, en los lactantes puede emplearse la región anterolateral de muslo. No debe emplearse la región glútea ya que se observó menor título de anticuerpos.La vacuna HDCV puede aplicarse por vía intradérmica. Todas pueden ser administradas simultáneamente con otras vacunas, actualmente en uso.