

ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN PEDIATRÍA

	Gérmenes	1ª Elección	Alternativa
Faringoamigdalitis	<p>Virus SGA</p> <p><u>Menos frecuente:</u> <i>Anaerobios, Fusobacterium Francisella tularensis, N. gonorrhoeae, T. pallidum, C. diphtheriae, Arcanobacterium</i> en adolescentes</p>	<p>Si test ELISA+ o aislamiento de SGA en frotis faríngeo:</p> <p>Penicilina V</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 12 años o 27 kg 250 mg cada 12 horas. - > 12 años o > 27 kg 500 mg cada 12 horas <p>Amoxicilina 50 mg/kg/día c/8-12 horas VO (máx. 500 mg cada 8 horas). Puede usarse dosis única diaria máximo 750-1000 mg</p> <p>Duración del tratamiento: 7 días; 10 si recurrencias, antecedente de complicaciones, brotes intrafamiliares o inmunosupresión.</p>	<p>Alergia a penicilina</p> <p><u>Reacción retardada:</u> cefadroxilo 7 días, 30 mg/kg/día cada 12-24 horas (máx. 2 g/día) o cefalexina VO, 40 mg/kg/día en 2 dosis, 7-10 días (dosis máxima 1g/día, sólo capsulas 500 mg)</p> <p><u>Reacción inmediata:</u> azitromicina 3 días, 20 mg/kg/día (máximo 500 mg) o clindamicina 7 días, 20 mg/kg/d q8 horas vo (máx. 1,8 g/día)</p> <p>Estado de portador (si brotes o antecedentes de fiebre reumática): cefadroxilo, azitromicina o clindamicina</p>

<p>Otitis media (síntomas agudos+dolor+otoscopia)</p>	<p><i>S.pneumoniae</i> <i>H.influenzae</i> <i>S.pyogenes</i> <i>Moraxella</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - < 2 años y OMA confirmada o > 2 años con síntomas importante (fiebre >39°C, otalgia intensa, otorrea): amoxicilina (1) 80-90 mg/kg/d c/8h vo (máx. 3 g/día de amoxicilina sin superar 375 mg/día de clavulánico) - >2 años con síntomas leves (fiebre < 39°C, unilateral, no otorrea, no recurrencias): observación - Si < 6 meses o < 2 años con síntomas graves, inmunodepresión, otitis recurrente, fracaso terapéutico previo con amoxicilina (durante 48-72 horas), otitis-conjuntivitis, historia familiar o personal de alteración auditiva: amoxilina-clavulánico (100/12,5mg) (1) - < 2 meses: ingreso. Amoxilina-clavulánico iv o cefotaxima <p>Duración del tratamiento (1 y 2):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 días (> 2-5 años con síntomas leves sin factores de riesgo) - 7-10 días (< 2-5 años, OMA grave o recurrente) 	<p><u>Alergia a amoxicilina:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · (No tipo I): cefuroxima axetil (2) 30 mg/kg/d c/12h VO (max 1 g/día) · ceftriaxona 3 días, 50 mg/kg/d im c/24h (max 2g/día) (tb si fracaso terapéutico) · (Tipo I): azitromicina 3 días, 10 mg/kg/día dosis única (máx 500mg) <p>En casos graves: levofloxacino, linezolid.</p> <p><u>Portadores implantes cocleares (primeros 2 meses, fístula):</u> ceftriaxona, cefotaxima</p>
<p>Sinusitis aguda</p>	<p><i>Virus (rinovirus, influenza, parainfluenza)</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>H. influenza</i> <i>Otros: Moraxella, SGA, S. aureus, anaerobios</i></p>	<p>Tratar si (clínica IRVA > 10-14 días, empeoramiento durante el curso de la enfermedad o fiebre > 39°C y rinorrea purulenta más de 3 días)</p> <p>Amoxicilina VO 80-90 mg/kg/d c/8h VO (máx. 3 g/día de amoxicilina sin superar 375 mg/día de clavulánico).</p> <p>Si < 2 años, inmunodeprimidos o con patología de base, síntomas intensos o de sinusitis subaguda, celulitis preseptal concomitante, ausencia de respuesta a amoxicilina: amoxilina-clavulánico VO o IV</p> <p>Si complicaciones (intracraneales) o MEG: cefotaxima 150-200 mg/kg/día c/6-8h (máx. 12 g día) o ceftriaxona 50-100 mg/kg/día c/12-24h (máx. 2 g/dosis) ± metronidazol IV 30 mg/kg/día, c/8h (máx. 500 mg/dosis)</p> <p>Duración del tratamiento: 10 días</p>	<p><u>Alergia a penicilina no tipo I:</u> cefuroxima-axetilo</p> <p><u>Alergia a penicilina tipo I:</u> macrólidos o valorar la vigilancia sin antibioticoterapia. Casos graves: levofloxacino</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Mastoiditis</p>	<p><i>Neumococo (en este caso tratar con ampicilina/amoxicilina)</i> <i>S.pyogenes (en este caso tratar con ampicilina/amoxicilina)</i> <i>H.influenzae</i> <i>Anaerobios (formas graves)</i> <i>Pseudomona (otitis media supurativa crónica-OMSC)</i></p>	<p>Amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/día IV c/6-8h (máx.6 g/día de amoxicilina, sin superar 600 mg/día de clavulánico) Terapia secuencial oral cuando afebril y hayan disminuido, de forma importante, los signos y síntomas locales inflamatorios. Duración del tratamiento: - 10-14 días (mínimo 5 días IV) - Si complicación neurológica, mayor duración del tratamiento (6 semanas) <u>Si formas graves o sospecha de Fusobacterium (Sd de Lemierre)</u> añadir metronidazol 30-40 mg/kg/día c/8h (máx. 500 mg/dosis) Si OMSC: ceftazidima o piperacilina- tazobactam</p>	<p><u>Alergia no tipo I:</u> ceftriaxona 75 mg/kg/día IV c/24h (máx. 2g dosis) o cefotaxima 150-200 mg/kg/día c/ 6-8 (máx.12g/día) <u>Alergia tipo I:</u> levofloxacino 10 mg/kg c/ 12 h < 5 años, c/ 24h >5 años (máx. 500mg/día) o vancomicina 40-60 mg/kg/día c/6h (máx. 2 g/día)</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Linfadenitis cervical bacteriana</p>	<p><i>S.pyogenes</i> <i>S.aureus</i> <i>Otros: anaeróbios, Bartonella h, Mycobacter, tularemia, Nocardia, SGB en neonatos</i></p>	<p>Cefadroxilo 30 mg/kg/día c/ 12-24 horas (máx. 2 g/día) Si niños (mayores) con enfermedad periodontal o alteraciones de la mucosa: amoxicilina-clavulánico 40-50 mg/kg/día c/8h (máx. 3 g/día de amoxicilina sin superar 375 mg/día de clavul) o clindamicina 20-30 mg/kg/día c/8 h VO (máx. 1,8 g/día) Adenitis por SGB en neonatos: mismo tratamiento que en sepsis Duración del tratamiento: 5-10 días (más duración si abscesificación)</p>	<p>Azitromicina si sospecha <i>Bartonella</i>.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Epiglotitis</p>	<p><i>Hemophilus influenzae</i></p>	<p>Cefotaxima 150-200 mg/kg/d IV c/6-8h (máx. 12g/día) o ceftriaxona 100 mg/kg/día c/12-24h (máx. 2 g/dosis) Duración del tratamiento: 7-10 días</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u> ciprofloxacino IV 20-30 mg/kg/día cada 12 horas (máx. 800 mg al día)</p>

<p>Infecciones bucodentales</p>	<p>SGA <i>S.aureus</i> <i>Anaerobios</i></p>	<p>Amoxicilina-clavulánico 50 mg/kg/día c/8 h (máx. 3 g/día de amoxicilina sin superar 375 mg/día de clavulánico) Duración del tratamiento: 7 días</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20 mg/kg/día c/8h (máx.1,8 g/día). Si enfermedad grave administrar antibióticos IV <u>Si sospecha de angina de Ludwig:</u> penicilina G 100000-250000 UI/kg/día c/4-6 horas + metronidazol o clindamicina IV</p>
<p>Neumonía < 4a</p>	<p>Virus <i>S.pneumoniae</i> <i>S.pyogenes</i> <i>S.aureus</i> <i>Mycoplasma</i> <i>M.tuberculosis</i> <i>H.influenzae</i> <i>B. pertussis</i></p>	<p>Ampicilina 150-200 mg/kg/día c/6h. Si derrame pleural hasta 300 mg/kg/día (máx. 12 g/día) Amoxicilina 80-90 mg/kg/día c/8h (máx. 3 g/día) En < 6 meses o no inmunizados frente <i>H.influenzae</i> o neumonía asociada a gripe: amoxicilina-clavulánico proporción 10:1, 150 mg/kg/día c/6h (máx. 6 g/día de amoxicilina sin superar 600 mg/día de clavulánico). Dosis oral=amoxicilina En niños con varicela y sospecha de origen bacteriano: cubrir <i>S.aureus</i> y <i>S. pyogenes</i> (cefuroxima o asociar clindamicina al tratamiento IV) Si patrón atípico: probable etiología viral, no antibioterapia En <2-3 meses tener en cuenta gérmenes del periodo neonatal: ampicilina IV + gentamicina IV (< 1 mes) o cefotaxima IV (niños graves, derrame) Duración del tratamiento: 7 días (10 días si neumonía grave)</p>	<p><u>Si neumonía grave que precisa ingreso en UCIP, derrame pleural importante:</u> Cefotaxima ± cloxacilina o clindamicina o vancomicina Valorar asociar macrólido si afectación intersticial y clara sospecha de bacteria atípica <u>Alergia a betalactámicos:</u> macrólidos (tener en cuenta resistencias), levofloxacino o glucopéptidos (si neumonía grave asociar los dos últimos)</p>
<p>Neumonía >4a</p>	<p><i>Mycoplasma</i> <i>S.pneumoniae</i> Virus <i>M.tuberculosis</i> <i>Moraxella</i> <i>H.influenzae</i></p>	<p>Ampicilina 200 mg/kg/día c/6h (máx. 12 gr/día) Amoxicilina 80-90 mg/kg/día c/8h (máx. 3 g/día) Sospecha de neumonía atípica, no respuesta a betalactámico: azitromicina 10 mg/kg/dosis c/24h (máx. 500 mg) 3 días o claritromicina 15 mg/kg/día c/12h (máx.1g/día) Duración del tratamiento: 7 días (10 si neumonía grave)</p>	<p>Igual que apartado anterior</p>

<p>N.aspirati- va</p>	<p>Anaerobios</p>	<p>Amoxicilina-clavulánico proporción 10:1, 150 mg/kg/día c/6h (máx. 6g/día de amoxicilina sin superar 600 mg/día de clav) Duración del tratamiento: 14 días</p>	<p>Cefotaxima + clindamicina <u>Alérgicos a betalactámicos:</u> clindamicina ± levofloxacino</p>
<p>Pielonefritis (>2-3m)</p>	<p>Enterobacterias</p>	<p>Ingreso y antibiótico IV en menores 2-3 meses, MEG, intolerancia oral, sospecha de alteración función renal/electrolitos, inmunodeficiencias, malformaciones renoureterales, considerar si sospecha germen no habitual (antibioterapia reciente, cateterismo, ITUs de repetición...): Cefuroxima 100-150 mg/kg/día c/6-8 horas iv (máx. 6 g/día) o 30 mg/kg/día 2 dosis VO (máx. 3 g/día) Cefixima 8 mg/k/12 horas 1º día, luego 8 mg/k/24 horas (máx. 400 mg/día) <2-3meses: ampicilina (para cubrir <i>Enterococcus</i>)+ gentamicina Duración del tratamiento: 10-14 días (terapia secuencial oral si mejoría). 7 días si rápida mejoría. *En caso de bacteriemia es preferible tratar con cefotaxima</p>	<p>Ceftriaxona 50-75 mg/kg/día c/12-24 horas (máx. 2 g dosis) o cefotaxima 150 mg/kg/día c/8 horas (máx. 12 g día) o gentamicina 5-7 mg/kg/día c/24 horas (monitorización de niveles en <3 meses, tratamientos prolongados o situaciones especiales) *En alérgicos a betalactámicos emplear gentamicina o ciprofloxacino VO 20-40 mg/kg/día, cada 12 horas (máx. 1500 mg/día)</p>
<p>ITU vías bajas</p>	<p>Enterobacterias Virus</p>	<p>Cefuroxima-axetilo 15 mg/kg/día c/12 h o Fosfomicina 100-200 mg/kg/día c/8 horas (máx 500 mg/dosis). En > 12 años 3 g dosis única de fosfomicina trometamol Duración del tratamiento: 3-5 días. Si episodios repetidos o menores de 2 años tratar más tiempo 7-10 días.</p>	<p>Amoxicilina-clavulánico 50 mg/kg/día c/8 horas</p>

Infección enteroinvasiva	<p> <i>Salmonella</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Shigella, E.Coli,</i> <i>Yersinia.</i> </p>	<p> Tratar si: <3 meses, inmunodepresión, algunas enfermedades crónicas, estado séptico o bacteriemia, enfermedad prolongada (> 7 días) y en caso de <i>Shigella</i>, <i>Salmonella typhi/paratyphi</i> (Ceftriaxona/azitromicina), <i>E. coli EI/E. coli ET</i> (no indicado si O157:H7) (azitromicina), <i>V.cholerae</i> (Azitromicina), <i>Giardia</i> (Metronidazol) </p> <p> De forma empírica: IV/IM: Ceftriaxona 50-75 mg/kg/día, 1 dosis, 3-5 días ORAL: </p> <ul style="list-style-type: none"> - Azitromicina 10 mg/kg/día VO, una dosis (adolescentes 500 mg/día), 3 días: <i>Campylobacter, E.coli, Salmonella, Shigella</i> - TMP/SMX 10 mg (trimetoprim)/kg/día c/12 horas, 3-5 días (máx 160 mg/dosis de trimetoprim) en >2 meses: <i>Yersinia, E.coli</i> - Cefixima 8 mg/kg/día c/12-24 horas (máximo 400 mg/día) 5-7 días: <i>Shigella, Salmonella</i> 	<p> Diarrea del viajero: azitromicina (1ª opción) o ciprofloxacino (muchas resistencias en el sudeste asiático) 500 mg/12 horas, vo, 3-5 días (30 mg/kg/día c/12 horas, 3-5 días) </p>
---------------------------------	---	---	---

<p>Celulitis orbitaria/preseptal (oclusión >50%)</p>	<p>SGA <i>S. aureus</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>Haemoph infl</i></p>	<p>Amoxi+clav iv 100mg/kg/día c/8 h (máx. 6 g día de amoxicilina sin superar 600 mg/día de clavulánico), Cefotaxima 150-200 mg/kg/día c/6-8h (máx. 12 g/día) o ceftriaxona 50-100 mg/kg/día c/ 12-24 h (máx. 2 g/dosis) + clindamicina o cloxacilina (asociar en esta última combinación metronidazol sobre todo si sospecha de complicación intracraneal) Si celulitis preseptal leve <50% de oclusión, > 12 meses, sin afectación EG: amoxicilina-clavulánico vo 80-90 mg/kg/día c/8h (máx. 3 g/día sin superar 375 mg/día de clavulánico) Duración del tratamiento: 7-10 días (terapia secuencial oral si mejoría. Prolongar el tratamiento en celulitis orbitaria hasta que el ojo parezca prácticamente normal (completar 2-3 semanas VO).</p>	<p><u>Alergia a betalactámicos:</u> clindamicina o levofloxacino</p>
<p>Celulitis extrafacial</p>	<p><i>S.pyogenes</i> <i>S.aureus</i> SAMR** <i>P.aeruginosa</i> (zona periauricular, planta del pie)</p>	<p>Casos leves: Cefadroxilo 30 mg/kg día c/12 h (máx. 2 g/día) Casos graves: cefazolina IV o amoxicilina-clavulánico IV Celulitis o dermatitis perianal bacteriana (por SGA): se trata igual que amigdalitis. Duración del tratamiento: 5 días (prolongar según evolución). Cambio a tratamiento oral (en casos ingresados) cuando lleve 24h afebril y con buena tolerancia Si sospecha de P.aeruginosa: ceftazidima 100-150 mg/kg/día, cada 8h (máximo 1-2 g/dosis) o ciprofloxacino VO 20-40 mg/kg/día, cada 12 horas (máx. 1500 mg/día)</p>	<p>Alternativa: amoxilina-clavulánico 50 mg/kg/día c/8 h (máx. 3 g día sin superar 375 mg de clavulánico). Dosis de adulto 500 mg c/ 8 horas VO <u>Si alergia a betalactámicos o sospecha de SAMR**:</u> clindamicina 30 mg/k/día c/8h (máx. 1,8 g/día) o TMP/SMX 10 mg/kg/ día de trimetoprim c/12h en mayores de 2 meses (máx. 160 mg).</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Inf.osteoarticular (<3m)</p>	<p>SGB, <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteria</i> <i>Gonoco</i>, <i>H. influenzae</i>, <i>Cándida</i></p>	<p>Cloxacilina 150-200 mg/kg/día c/ 4-6 h iv (máx. 12 g/día) + gentamicina 4-6 mg/kg IV c/24 h o cefotaxima 150-200 mg/kg/día c/6-8h (máx. 12g/día) En < 28 días: ver dosis sepsis neonatal. Oral: cefuroxima-axetilo o amoxicilina-clavulánico (ver siguiente apartado) Duración del tratamiento: 21 días (en < 1 mes la mayor parte del tratamiento iv)</p>	<p>RN con patología compleja: cubrir SCN, <i>Cándida</i>, <i>BGN</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Inf osteoarticular (3m-5 años)</p>	<p><i>S.aureus</i> <i>Kingella</i> <i>S.pyogenes</i></p>	<p>Cefuroxima en monoterapia 150-200mg/kg/día c/8h (máx.6g/día) o cloxacilina 150-200 mg/kg/día c/4-6 h IV (máx. 12g/día) + cefotaxima 150-200 mg/kg/día c/6-8h (máx. 12g/día) Oral: Cefuroxima-axetilo 60-90 mg/kg/día c/8h (máx.3g/día) Amoxicilina-clavulánico 80 mg/kg/día c/8h (máx. 3 g día sin superar 375 mg/día de clavulánico). En > 2 años: cefadroxilo 60-90 mg/kg/día c/8h (máx.4g/día) Duración del tratamiento: 21 días (mín 2-5 días IV, si PCR descende un 30%, afebril 24-48h y mejoría de los signos de infección)</p>	<p>Sospecha de SAMR**: clindamicina o vancomicina (asociado a otro betalactámico en < 2 años) Si gravedad: añadir glucopéptido (o linezolid) ± rifampicina ± clindamicina Alergia a betalactámicos: clindamicina, TMT/SMX, quinolonas (asociar en todos los casos rifampicina)</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Inf osteoarticular (>5años)</p>	<p><i>S.aureus</i> <i>S.pyogenes</i></p>	<p>Cefazolina 100mg/kg/día c/6-8h (máx. 6 g/día) o cloxacilina150-200 mg/kg/día c/4-6 h IV (máx. 12 g/día). Oral: cefadroxilo 60-90 mg/kg/día c/8h (máx. 4 g/día) Duración del tratamiento: 21días (mín 2-5 días iv, si PCR descende un 30% y afebril 24-48h y mejoría en los signos de infección) Duración del tratamiento: 21días (mín 2-5 días iv, si PCR descende un 30% y afebril 24-48h y mejoría en los signos de infección)</p>	<p>= apartado anterior Si < 2-3 dosis vacuna frente H.influenzae o neumococo: cefuroxima Si por herida punzante en pie: ceftazidima+cloxacilina</p>

****Sospecha SAMR:**

- Celulitis extensa, abscesificada o necrosante.
- Abscesos recurrentes en niño o convivientes.
- Neumonía grave con derrame, necrotizante
- Mala respuesta a tratamiento.
- Procedencia de zonas endémicas (Asia, América, Europa del Este).
- Convivencia con portadores conocidos.

	Gérmenes	1ª Elección	Alternativa
Sepsis<2m/ Neumonía neonatal	<p>SGB E.Coli Lysteria mon. Nosocomial: (S.epidermidis, BGN.)</p>	<p>Ampicilina</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 30 s: 50 mg/kg c/12h (<28 días), c/8h (>28 días). - 30-36s: 50 mg/kg c/12h (<14 días), c/8h (>14 días). - > 36 s: 50 mg/kg c/12 h (<7 días), c/8h (>7 días). <p>+ gentamicina</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 30s: 5 mg/kg c/48h (<7 días), 4 mg/kg c/36h (8-28 días), 4 mg/kg c/24h (>29 días). - 30-34s: 4,5 mg c/36h (<7 días), 4 mg/kg c/24h (>8 días). - >35s: 4 mg/kg c/24h <p>o cefotaxima (ver meningitis < 1 mes), si sospecha de afectación del SNC</p> <p>Duración del tratamiento: 10-14 días</p>	<p>Nosocomial: Vancomicina + amikacina Vancomicina + cefotaxima</p>
Sepsis/bacteriemia (>2meses)	<p>Meningococo Neumococo H.influenzae Enterobacterias S.aureus S.pyogenes</p>	<p>Tratamiento empírico en niños sanos. Valorar foco o puerta de entrada: cefotaxima 200 mg/k/d c/6h IV (máx. 12g/día) o ceftriaxona 100 mg/k/día c/12-24 h IV (máx 2g/dosis)</p> <p>En < 3 meses tener en cuenta gérmenes neonatales.</p> <p>Duración del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningococemias: 5-7 días - Resto: 7-10 días (pasar a oral en las bacteriemias neumocócicas ocultas si afebril y evolución favorable) 	<p><u>Si sospecha de invasión por SGA:</u> penicilina-G 50000U/kg/4h (máx. 24 mil UI/día) + clindamicina 10 mg/kg c/6-8horas (máx. 2,7 g/día)</p> <p><u>Si alergia a betalactámicos:</u> aztreonam 120 mg/kg/día c/6h (máx. 2g/dosis) + vancomicina 40 mg/kg/día c/6h (máx. 2 g/día)</p>
Meningitis (<1 m)	<p>SGB E.coli, Lysteria mon., Klebsiella</p>	<p>Ampicilina</p> <ul style="list-style-type: none"> < 30 s: 100 mg/kg c/12h (<28 días) c/8h (>28 días). 30-36s: 100 mg/kg c/12h (<14 días), c/8h (>14 días). > 36 s: 100 mg/kg c/12 h (<7 días), c/8h (>7 días). <p>+ cefotaxima < 30 s: 50 mg/kg c/12h (<28 días), c/8h (>28 días). 30-36s: 50 mg/kg c/12h (<14 días), c/8h (>14 días). > 36 s: 50 mg/kg c/12 h (<7 días), c/8h (>7 días).</p> <p>Duración del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SGB: 14 días - Listeria y BGN: 21 días 	<p>Si >7 días, hospitalizados, prematuros, catéteres iv: vancomicina+ceftazidima</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Meningitis 1-3 meses</p>	<p><i>Meningococo</i> <i>S.pneumoniae</i> SGB <i>Listeria, BGN</i></p>	<p>Ampicilina 200-300 mg/k/día c/6h (máx. 12 g/día) + cefotaxima 300mg/k/día c/6h (máx. 12 g/día) + vancomicina 60 mg/kg/día c/6h (máx. 4 g/día) + dexametasona (> 6 semanas) 0,15mg/kg/dosis (max 10mg) c/6h, 4 días, antes o durante la administración de la 1ª dosis de antibiótico</p> <p>Duración del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningococo: 5-7 días - Neumococo: 10-14 días - SGB: 14-21 días - Listeria y BGN: 21 días 	<p>Trauma penetrante, cirugía craneal, implantes cocleares, derivaciones LCR, senos dérmicos: vancomicina + cefepime o meropenem</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Meningitis (>3 m)</p>	<p><i>Meningococo</i> <i>S.pneumoniae</i></p>	<p>Cefotaxima 300mg/k/24h c/6h (máx. 12g/día) + vancomicina 60 mg/kg/24h c/6h (máx. 4g/día) + dexametasona</p> <p>Duración del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningococo: 5-7 días - Neumococo: 10-14 días 	<p>Igual que anterior <u>Si alergia a betalactámicos:</u> ciprofloxacino + vancomicina o linezolid *basado en serie de casos</p>

NOTA: Indicar siempre antibiótico de 1ª elección, excepto cuando exista contraindicación, alergia, intolerancia, sospecha de resistencia o de germen menos frecuente. Consultar en caso de inmunodeficiencia o enfermedad de base.

BIBLIOGRAFÍA:

Documentos oficiales de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica

- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Tratamiento_osteomielitis_y_artritis_septicaSEIP2014.pdf
- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Consenso_Diagnostico_OML.pdf
- <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2020/09/2020.-Actualización-del-documento-de-consenso-sobre-el-diagnóstico-y-tratamiento-de-la-faringoamigdalitis-aguda.pdf>
- <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/04/Recomendaciones-ITU-SEIP-2019.pdf>
- <http://analesdepediatria.org/es/documento-consenso-seip-aepap-sepeap-sobre-etilogia/avance/S1695403315000399/>
- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/2013_Pub_An_Ped-Barc-Consenso-sinusitis-1.pdf
- <https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/S1695-40331200302-5-1.pdf>
- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/Faringoamigdalitis_aguda-1.pdf
- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/NAC_complicada-1.pdf

- https://www.seipweb.es/wp-content/uploads/2019/01/S1695403314005219_S300_es-1.pdf
- https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwibtbeo79T4AhXK6aQKHcByBTIQFnoECACQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aeped.es%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocumentos%2F43_meningitis_bacteriana.pdf&usg=AOvVaw1z5X-c9ualCXHPE-9XEckY
- <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjXnYLR8NT4AhXHqaQKHANBcwQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.guia-abe.es%2Ftemas-clinicos-gastroenteritis-aguda&usg=AOvVaw1tFdeM0CVmX5VUKHfE2JOb>
- https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjax5D88dT4AhVsUjABHbasC08QFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aeped.es%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fdocumentos%2F21_0.pdf&usg=AOvVaw09w8EFVE7944eCCjIrfQ2Q

Autores: María Penín Antón. Servicio de Pediatría

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana