

Infecciones bacterianas del niño

A. Bourrillon, G. Benoist

Las infecciones bacterianas son frecuentes en el niño. La epidemiología está ampliamente condicionada por la edad, el respeto individual y colectivo de las recomendaciones vacunales actualizadas y el consumo de antibióticos de forma repetida y prolongada. La anamnesis y la exploración física permiten un diagnóstico en el que la etiología bacteriana suele ser probabilística (otitis media aguda, rinosinusitis, neumonía) o rigurosamente argumentada (infección urinaria o meningea). La antibioticoterapia debe responder a las reglas de la mejor eficacia según los datos epidemiológicos generales actualizados.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Otitis media aguda; Sinusitis; Angina; Neumonía; Infección urinaria; Pielonefritis aguda; Cistitis aguda; Diarrea invasiva bacteriana; Infección osteoarticular; Osteomielitis; Impétigo; Dermohipodermatitis bacteriana

Plan

■ Introducción	1	■ Meningitis bacteriana	8
■ Otitis media aguda	2	Definición y fisiopatología	8
Definición	2	Criterios clínicos diagnósticos	8
Criterios clínicos diagnósticos	2	Confirmación bacteriológica y exámenes de apoyo	9
Confirmación bacteriológica	2	Tratamiento antibiótico	9
Tratamiento antibiótico	2	Tratamientos asociados	9
Tratamientos asociados	3	Seguimiento	9
Seguimiento	3	Prevención	9
■ Sinusitis	3	■ Diarrea aguda invasiva bacteriana	10
Definición	3	Definición	10
Criterios clínicos diagnósticos	3	Criterios clínicos diagnósticos	10
Confirmación bacteriológica y exámenes de apoyo	3	Confirmación bacteriológica y exámenes de apoyo	10
Tratamiento antibiótico	3	Tratamiento antibiótico	10
Tratamientos asociados	3	Tratamientos asociados	10
■ Anginas	4	Seguimiento	10
Definición	4	Prevención	10
Criterios clínicos diagnósticos	4	■ Infecciones osteoarticulares	11
Confirmación bacteriológica	4	Definición	11
Tratamiento antibiótico	4	Criterios clínicos diagnósticos	11
Tratamientos asociados	4	Confirmación bacteriológica y exámenes de apoyo	11
Seguimiento	5	Tratamiento antibiótico	11
■ Infecciones de las vías respiratorias bajas: neumonía	5	Tratamientos asociados	11
Preámbulo	5	Seguimiento	11
Definición	5	Prevención	11
Criterios clínicos y pruebas complementarias diagnósticos	5	■ Infecciones superficiales de la piel y dermohipodermitis bacterianas	11
Confirmación bacteriológica y exámenes de apoyo	5	Impétigo	11
Tratamiento antibiótico	5	Dermohipodermatitis bacteriana	12
Tratamientos asociados	6	Anitis estreptocócica perianal	12
Seguimiento	6	■ Conclusión	12
■ Infecciones urinarias	6		
Definición	6		
Criterios clínicos diagnósticos	6		
Confirmación bacteriológica y exámenes de apoyo	7		
Tratamiento antibiótico	7		
Tratamientos asociados	8		
Seguimiento	8		
Perspectivas	8		

■ Introducción

A pesar de una disminución del consumo de antibióticos (ligada sobre todo a la campaña «Los antibióticos no son automáticos»), Francia sigue siendo uno de los países más consumidores de estos medicamentos, en especial en caso de infecciones de las vías

respiratorias altas y bajas en el niño. Sin embargo, es conveniente, más que nunca, reservar estas prescripciones sólo para las situaciones clínicas en las que su eficacia está demostrada [1,2].

No obstante, este enfoque a menudo es difícil en el niño, en un contexto en el que el diagnóstico clínico que orienta hacia una infección vírica o bacteriana con frecuencia induce a error, sobre todo teniendo en cuenta que estas afecciones pueden ser consecutivas o asociarse. El aporte de herramientas diagnósticas eficaces (pruebas de diagnóstico rápido [PDR] para las anginas y tiras urinares para las infecciones urinarias) ha aumentado la eficacia del diagnóstico bacteriológico. A pesar de ello, las dificultades de prescripción de los antibióticos en el niño siguen teniendo relación con su carácter mayoritariamente probabilístico a esta edad (dificultades para la toma de muestras bacteriológicas dirigidas), en un contexto de adaptación estratégica rápida frente a una epidemiología bacteriana a menudo rápidamente evolutiva [3]. Ésta se argumenta mejor gracias a los resultados de redes de vigilancia epidemiológica y se caracteriza actualmente en Francia por un aumento de la sensibilidad a los antibióticos de algunas bacterias (neumococo para los betalactámicos y estreptococo A para los macrólidos), lo cual ha permitido simplificar las recomendaciones antibióticas actuales, en especial en la otitis media aguda (OMA) y las anginas del niño [4].

A la inversa, la expansión de las bacterias productoras de betalactamasas de amplio espectro (BLAE) y su difusión en la comunidad se confirman como un problema mundial de salud pública. Este contexto nuevo conduce a recomendar, en Francia, una reducción extrema de la prescripción de cefalosporinas de tercera generación, en especial en las infecciones de las vías respiratorias altas del niño.

En cada una de las infecciones bacterianas del niño, se adaptará una actuación diagnóstica y de argumentación terapéutica bastante homogénea, con objeto de estructurar las secciones según los criterios siguientes: definición, criterios clínicos (y resultados de las pruebas complementarias) diagnósticos, confirmación bacteriológica y exámenes auxiliares, tratamiento antibiótico (razonamiento clínico y epidemiológico, recomendaciones), tratamientos asociados y seguimiento.

Las infecciones no bacterianas del niño, aunque son muy frecuentes a esta edad, se mencionarán cuando sea pertinente, pero no se tratarán, porque no forman parte del tema de este artículo.

■ Otitis media aguda

Definición

La otitis media aguda purulenta corresponde a la sobreinfección bacteriana del oído medio caracterizada por una secreción purulenta o mucopurulenta en la caja del tímpano.

Criterios clínicos diagnósticos

Establecer el diagnóstico de otitis

El diagnóstico se hace habitualmente en niños de más de 3 meses.

Se sospecha ante la asociación de signos funcionales y sistémicos de aparición reciente y se confirma mediante el examen otoscópico, cuyos criterios deben definirse rigurosamente:

- los signos funcionales son la otalgia y sus equivalentes (irritabilidad, llanto, insomnio);
- los signos sistémicos están dominados por la fiebre y una mala toma reciente de los biberones;
- los signos asociados (tos, rinorrea, secreciones de las vías aéreas superiores) señalan, en general, una infección vírica concomitante.

Los criterios diagnósticos se definen mediante el examen otoscópico:

- inflamación de la membrana timpánica (congestión o hipervascularización);
- secreción retrotimpánica, muy a menudo acumulada (desaparición del triángulo luminoso con opacidad, desaparición de los relieves normales o abombamiento), a veces exteriorizada (OMA perforada con otorrea).

“ Punto importante

La otitis media aguda purulenta debe distinguirse de la otitis congestiva (tímpano rojo pero transparente y no abombado) y de la otitis seromucosa (secreción retrotimpánica sin inflamación).

Criterios clínicos de orientación bacteriológica

Ciertos signos o síntomas pueden orientar sobre la bacteria responsable de la OMA purulenta:

- otitis hipertérmica e hiperálgica: neumococo;
- síndrome otitis-conjuntivitis (SOC) poco febril: *Haemophilus influenzae*.

Confirmación bacteriológica

Sólo puede asegurarse mediante la paracentesis, cuya indicación es, en la actualidad, extremadamente limitada. Los resultados que ofrecen las muestras obtenidas por este examen han permitido asegurar y actualizar los estudios epidemiológicos bacterianos y han guiado las elecciones sucesivas de las estrategias antibióticas.

Tratamiento antibiótico

Razonamiento clínico y epidemiológico

Razonamiento clínico

El objetivo del tratamiento antibiótico de la OMA del lactante es reducir la duración de la sintomatología y prevenir las posibles complicaciones relacionadas con esta infección bacteriana (meningitis, mastoiditis).

Razonamiento epidemiológico

La OMA purulenta se trata en la práctica habitual sin prueba bacteriológica. Los estudios epidemiológicos franceses actuales conducen a identificar ante todo dos bacterias con porcentajes más o menos iguales (*Streptococcus pneumoniae* y *H. influenzae*).

Casi todos los neumococos se han vuelto de nuevo sensibles a la amoxicilina; muy a menudo, son resistentes a los macrólidos. El porcentaje de cepas de *H. influenzae* productoras de penicilinas ha disminuido recientemente de forma significativa y, en la actualidad, es inferior al 15%.

Recomendaciones [4]

A quién hay que tratar

La antibioticoterapia está indicada sólo en las OMA purulentas en los niños menores de 2 años. También puede prescribirse en los niños mayores de 2 años, bien inmediatamente y sólo en caso de sintomatología «aparatos» (fiebre elevada, otalgia intensa), o bien en ausencia de mejoría espontánea de los signos y los síntomas al cabo de 48-72 horas de un tratamiento sintomático.

Cómo hay que tratar

La amoxicilina se recomienda en primer lugar. Es la molécula oral más activa sobre el neumococo, incluso con una sensibilidad disminuida a la penicilina, y es activa en más del 80% de *H. influenzae*.

La posología es de 80-90 mg/kg al día en dos e incluso tres tomas diarias, cuando los intervalos de administración no pueden ser equidistantes (de unas 8 horas).

La asociación de amoxicilina-ácido clavulánico puede prescribirse como primera elección en caso de SOC (probabilidad más elevada de *H. influenzae*).

En caso de alergia confirmada a las penicilinas sin contraindicaciones para las cefalosporinas, se puede prescribir una de las cefalosporinas orales cuyos parámetros garantizan una actividad antineumocócica aceptable: cefpodoxima proxitil o cefuroxima axetil.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465434>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465434>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)