

**PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE  
INFECTOLOGÍA INFANTIL**



SSMSO

**PROCOLOS DE DERIVACIÓN  
DESDE: ATENCION PRIMARIA DEL SSMSO  
A: UNIDAD DE HOSPITALIZACION TRANSITORIA E INFECTOLOGIA  
PEDIATRICA, HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO**

De acuerdo a guías solicitadas por la Dirección del hospital para derivar pacientes pediátricos, desde la atención primaria a atención terciaria, el grupo de infectología pediátrica se protocolizaron las siguientes patologías:

- Síndrome coqueluchoideo
- Síndrome febril prolongado
- Infecciones de piel y partes blandas
- Adenopatías únicas o constituyendo un síndrome mononucleósico

#### **FLUJOGRAMA**

Aquellas patologías que cumplan criterios de derivación, serán enviadas a través de la hoja de Interconsulta. La derivación se hará de la siguiente manera:

- Con hoja de interconsulta legible y firmada por médico, traída por el tutor.
- Horario de atención: **Lunes a viernes de 8:30 a 13:00** en la Unidad de hospitalización transitoria e infectología pediátrica (3r piso, block pediátrico). Es importante aclarar que **no se debe pedir hora**, deben venir directamente con el paciente.

La contrarreferencia se realizará con el paciente quien regresará a la atención primaria con una hoja (rosada) de la atención recibida en Infectología una vez que haya sido dado de alta de la patología por la cual fue enviado.

**Teléfonos: 5764625 - 5764626**

Equipo de Infectología:

- Dra. Tamara Viviani
- Dra. Anamaría Peña
- Dra. Alejandra Prado
- Dra. Marcela Rabello
- Enfermera Emelina Veillon

## SINDROME COQUELUCHOIDEO

### **Definición:**

Tos en crisis asociada a rubicundez y/o cianosis, y que puede terminar con la expulsión de un molde de secreciones bronquiales y/o un sonido que recuerda un “gallito” inspiratorio. Normalmente las crisis de tos son antecedidas por un cuadro en todo similar a una IRA habitual, pero que generalmente es afebril, con paciente en buenas condiciones generales y con un período intercrítico asintomático. Muy rara vez se acompaña de rinorrea y/o obstrucción bronquial.

Puede afectar desde el recién nacido en adelante, independiente de su estado de vacunación.

### **Derivación:**

- Paciente que cumpla con sospecha por los síntomas mencionados anteriormente, hasta los 15 años.
- Si el paciente es menor de 1 año y ha presentado cianosis en una o más crisis deberá ser derivado inmediatamente al Servicio de Urgencia.

Si cumple criterios de síndrome coqueluchoideo, se tomará una IFI de *Bordetella pertussis*, cuyo resultado demora 24 horas. El paciente será citado al día siguiente para decidir conducta según resultado de IFI.

En caso de resultado positivo, Infectología realizará la notificación correspondiente y el tratamiento al paciente. La profilaxis a los contactos de alto riesgo es efectuada por la Seremi de Salud.

### **Recordar:**

De las otras etiologías de síndrome coqueluchoideo sólo algunas pueden estudiarse en la Unidad de Infectología. Ej: se puede realizar panel viral, que no incluye Metapneumovirus, y no contamos con IgM de *Mycoplasma* ni estudio etiológico para *Chlamydia*. Ambas pueden realizarse por FONASA.

## SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

### **Definición:**

Se define de esta manera a la presencia de fiebre objetivada por un período de 7 días y sin foco al examen clínico en un paciente más de 6 semanas de edad y menor a 4 años. Si el Paciente es mayor a 4 años de edad, se define como prolongada la fiebre con 10 días y sin foco evidente.

### **Derivación:**

- Paciente que cumpla los criterios descritos, menor de 15 años.
- Derivar idealmente con hemograma, PCR, VHS, examen de orina y urocultivo.
- No iniciar tratamiento antimicrobiano si no hay un diagnóstico preciso.

### **Atención en Infectología:**

Si cumple criterios se realizará estudio etiológico y se enviará de regreso a atención primaria con cuadro resuelto

### **Recordar:**

Causas de fiebre prolongada en Chile:

- 1.- Infecciológicas
- 2.- Oncológicas
- 3.- Reumato-inmunológicas
- 4.- Otras

## INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

### **Definición:**

Se refiere a todo proceso infeccioso ubicado en piel y/o tejidos blandos, dentro de estos diagnósticos se incluyen:

- Impétigo,
- Panadizo,
- Celulitis con puerta de entrada,
- Erisipela,
- Furunculosis,
- Heridas y/o picaduras infectadas,
- Mordeduras de animales o humanas

### **Derivación:**

Las infecciones descritas pueden tratarse a nivel **de atención primaria** con tratamiento adecuado ( $\beta$  lactámicos o macrólidos en caso de alergia a  $\beta$  lactámicos) por 5 días:

- Flucloxacilina jbe 250 mg 75 mg/kg/día cada 8 horas por 5 días
- Cloxacilina comp. 500 mg cada 8 horas por 5 días si pesa 45 kg
- Cotrimoxazol 40/200 dar 7 – 10 mg/Kg/día (en base a trimetropim) cada 12 horas por 5 días
- En caso de mordeduras de animales o humanos Amoxicilina/ac. Clavulánico 40mg/kg/día cada 12 horas por 5 días

### **Criterios de Derivación a infectología:**

- Falta de respuesta de tratamiento a los 5 días
- Paciente con infección de partes blandas que tiene contacto frecuente y cercano con: parientes que asistan regularmente por razones de salud o trabajo a centros de salud (dializados, enfermos crónicos, auxiliares de enfermería, enfermeras),
- Pacientes que practiquen deportes de contacto (rugby, boxeo, kárate, etc)
- Inmigrantes de países vecinos (Uruguay, Brasil, Argentina) deberá ser enviado inmediatamente a Infectología, sin recibir tratamiento de primera línea (por sospecha de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad)
- En caso de mordeduras de animales o humanos enviar si no responden a terapia habitual con amoxicilina/ácido clavulánico.

**Derivación inmediata al Servicio de Urgencia:**

- Si el paciente presenta celulitis sin puerta de entrada
- Infección de tejidos blandos asociado a compromiso sistémico, con fiebre y/o avance rápido de la lesión
- Infecciones de piel y partes blandas asociadas a varicela activa

**Atención en Infectología:**

Si cumple criterios descritos, se realizará cultivo de la lesión, se indicará tratamiento de segunda línea y se devolverá a atención primaria una vez resuelta su patología.

## ADENOPATIAS

### **Definición:**

Se refiere al aumento de volumen de ganglio cervical o axilar mayor a 1 cm o mayor de 1,5 cm en zona inguinal. Habitualmente dentro de un contexto infeccioso (amigdalitis, faringitis etc.) se observan varias adenopatías que se resuelven una vez resuelta la infección causante, sin embargo hay ciertas adenopatías que requieren un estudio más acucioso, sobretodo en ausencia de foco infeccioso.

En los niños mayores de 2 años con adenopatía única, se puede iniciar tratamiento en atención primaria con un  $\beta$  lactámico (flucloxacilina 75/kg/día cada 8 horas) o cotrimoxazol 40/200 7 - 10 mg/kg/día en base a trimetopim cada 12 horas por 7 días .

### **Derivación:**

- Adenopatía única en niño menor de 2 años
- Adenopatía única en mayor de 2 años que no responden a tratamiento habitual a los 7 días de iniciada la terapia antibiótica
- Sospecha de adenopatía por rasguño de gato (antecedente de rasguño, lesión cutánea sospechosa)
- Adenopatías múltiples agudas, dolorosas, con fiebre, constituyendo un síndrome mononucleósico en menor de 15 años.

### **Atención en Infectología:**

Paciente que cumpla criterios descritos, se realizará estudio etiológico y/o tratamiento según corresponda y se derivará a atención primaria.

### **Recordar:**

Alguno de los exámenes para el estudio, como serología de virus Epstein Barr y serología para *Bartonella henselae* (enfermedad por rasguño de gato) no se realizan en el hospital y deben solicitarse por FONASA o particular en aquellas que no tiene código FONASA (como estudio de rasguño de gato).