

Enfermedades Infecciosas

Claves para orientar el caso

Reconocer el síndrome

Distinguir el foco y las señales de gravedad.

Interpretar pruebas

Elegir muestras útiles y diferenciar infección de colonización.

Tratar con criterio

Seleccionar antimicrobianos y controlar el origen.

Prevenir y seguir

Proteger contactos y anticipar complicaciones.

Decisiones iniciales y urgencias

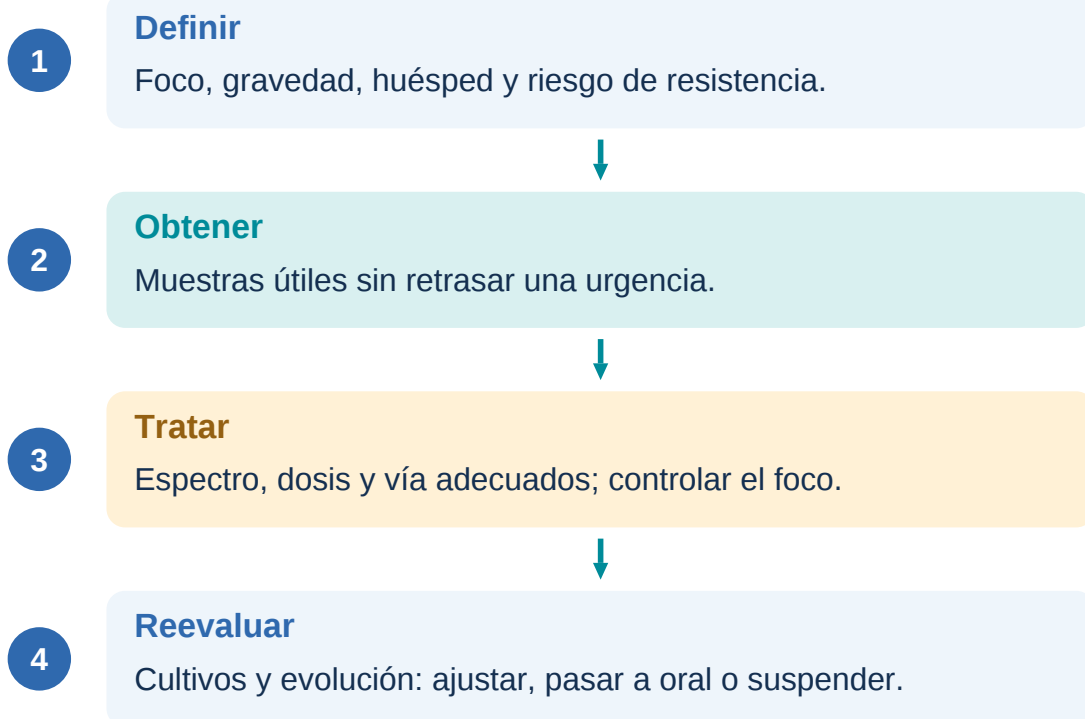
Reconocer gravedad, elegir pruebas y comenzar un tratamiento que pueda ajustarse a la evidencia.

Antimicrobianos y decisiones microbiológicas

Elegir por síndrome, huésped y sitio

- **Antes de prescribir:** identificar foco, gravedad, vía de adquisición, inmunidad, alergia real, embarazo, función renal/hepática, tratamientos y cultivos previos. Diferenciar infección de colonización y enfermedad no infecciosa.
- **Muestra útil:** obtener antes del antibiótico si no retrasa atención urgente. Preferir material del foco y volumen apropiado; un hisopado superficial puede reflejar colonización. Dos juegos de hemocultivos de sitios distintos suelen ser adecuados ante bacteriemia; endocarditis requiere una estrategia específica.
- **Lectura del laboratorio:** Gram orienta, cultivo identifica y antibiograma informa actividad in vitro. La concentración mínima inhibitoria se interpreta con puntos de corte vigentes, dosis y sitio; sensible no significa que cualquier vía o dosis sirva.
- **PROA:** elegir el espectro necesario, documentar indicación y revisar a las 48-72 h. Reducir espectro, pasar a vía oral o suspender según evolución, cultivos y control del foco. La duración depende del síndrome, no de una regla universal de diez días.
- **Seguridad:** ajustar dosis al peso, riñón y sitio; distinguir dosis de carga de mantenimiento. Una náusea aislada no es anafilaxia. Registrar reacción y evitar reexposición en alergias graves hasta evaluación.

Elegir y revisar un antimicrobiano



Betalactámicos: pared bacteriana y PBP

Grupo	Actividad orientadora	Límite que recordar
Penicilinas naturales: G, V y benzatina	Estreptococos susceptibles, sífilis y otros patógenos seleccionados. G acuosa IV; V oral; benzatina IM.	No son intercambiables: benzatina no trata neurosífilis ni endocarditis.
Antiestafilocócicas: cloxacilina, oxacilina, flucloxacilina	S. aureus sensible a meticilina (MSSA). Meticilina es una referencia histórica de resistencia.	No cubren MRSA.
Aminopenicilinas: amoxicilina, ampicilina	Estreptococos, Listeria y E. faecalis susceptible; algunos bacilos gramnegativos.	Resistencia frecuente en enterobacterias; no asumir actividad contra todo enterococo.
Con inhibidor: amoxicilina-clavulanato, ampicilina-sulbactam	Amplían actividad frente a determinadas betalactamasas y flora mixta.	Un inhibidor no neutraliza todas las BLEE ni carbapenemasas.
Antipseudomónicas: piperacilina-tazobactam	Pseudomonas susceptible, otros gramnegativos, estreptococos y anaerobios. Ticarcilina es de uso histórico/limitado.	No MRSA; no garantizar actividad contra Acinetobacter ni BLEE invasora.

Sin pared: Mycoplasma carece de pared celular; los betalactámicos son ineficaces, aunque se aumente la dosis. Seleccionar un antimicrobiano activo según síndrome y contexto.

Cefalosporinas: aprender diferencias concretas

Familia y ejemplos	Utilidad	No extrapolar
Primera: cefazolina, cefadroxilo; cefalotina histórica	MSSA y estreptococos; algunas cepas de E. coli, Klebsiella y Proteus.	No cubren Enterococcus, Listeria ni Pseudomonas.
Segunda: cefuroxima, cefaclor	Amplían actividad respiratoria frente a algunas cepas de H. influenzae y Moraxella.	No confundir con cefamicinas ni atribuirles cobertura anaerobia universal.
Tercera: ceftriaxona, cefotaxima	Neumococo y bacilos gramnegativos susceptibles; usos sistémicos y meníngeos con dosis específicas.	Cefixima/cefepodoxima orales no sustituyen la vía IV en meningitis.
Ceftazidima; cefoperazona según disponibilidad	Actividad antipseudomónica si susceptible.	Ceftazidima tiene menor actividad grampositiva; no asegura Acinetobacter.
Cuarta: cefepima; cefpiroma poco utilizada	Gramnegativos, Pseudomonas susceptible y actividad frente a MSSA/estreptococos.	No MRSA, enterococo ni anaerobios confiables; vigilar neurotoxicidad renal.
Ceftarolina; cefiderocol de uso especializado	Ceftarolina: actividad anti-MRSA. Cefiderocol: gramnegativos seleccionados resistentes mediante transporte sideróforo.	Ceftarolina no cubre Pseudomonas. Cefiderocol no es una "sexta generación" de cobertura universal.

Carbapenémicos y resistencia

- **Meropenem e imipenem:** amplio espectro, incluidos anaerobios y muchas enterobacterias productoras de BLEE. Pseudomonas puede ser susceptible; no cubren MRSA ni todos los no fermentadores.
- **Ertapenem:** no ofrece cobertura útil contra Pseudomonas, Acinetobacter ni enterococos. No intercambiarlo automáticamente por meropenem en shock o infección hospitalaria.
- **Resistencia:** BLEE, AmpC, carbapenemasas y cambios de permeabilidad no son equivalentes. En infección invasora por BLEE suele preferirse carbapenémico; una carbapenemasa exige elección según mecanismo, foco y antibiograma.
- **Fármacos de reserva:** combinaciones nuevas con inhibidor o cefiderocol requieren infectología/PROA. Ninguna molécula cubre por nombre todas las carbapenemasas o todo Acinetobacter resistente.
- **Monobactámico aztreonam:** activo frente a determinados gramnegativos aerobios, incluido Pseudomonas susceptible; no cubre grampositivos ni anaerobios. No reemplaza una pauta combinada cuando se necesitan esos grupos.

Otras familias: mecanismo y uso

Familia	Actividad orientadora	Precaución principal
Quinolonas: inhiben girasa/topoisomerasa	Ciprofloxacino: gramnegativos y Pseudomonas susceptible. Levofloxacino/moxifloxacino: actividad respiratoria; moxifloxacino no es antipseudomónico.	Moxifloxacino no es elección para ITU. Riesgo tendinoso, neurológico, QT y C. difficile; resistencia local. Ácidos nalidíxico/pipemídico y norfloxacino tienen uso limitado.
Macrólidos: 50S; azitromicina, claritromicina, eritromicina	Atípicos respiratorios, pertussis y determinadas infecciones por Campylobacter/Bartonella.	Resistencia neumocócica y QT; claritromicina/eritromicina interactúan con muchos fármacos. No monoterapia empírica universal de gonorrea.
Clindamicina: 50S	Grampositivos y determinados anaerobios; efecto antitoxina en cuadros seleccionados.	No gramnegativos aerobios. Resistencia inducible y C. difficile; no asumir actividad contra todo Bacteroides.
Glicopéptidos: vancomicina, teicoplanina	Inhiben pared; grampositivos, incluido MRSA susceptible.	No gramnegativos ni VRE. Vancomicina oral actúa en intestino; IV para infección sistémica, con monitorización.
Metronidazol: daño de ADN	Anaerobios y protozoos como Giardia, Entamoeba y Trichomonas.	No cubre aerobios. Amebiasis invasora necesita además agente luminal.
Aminoglicósidos: 30S; gentamicina, amikacina, tobramicina, estreptomicina	Bacilos gramnegativos aerobios; sinergia en indicaciones concretas.	Nefrotoxicidad y ototoxicidad en toda la familia; monitorizar. No anaerobios ni monoterapia de infección estafilocócica. Estreptomicina no integra todo esquema actual de TB.

Síntesis proteica y folato: completar el mapa

Familia	Aplicación	Límite
Tetraciclinas: doxiciclina, minociclina, tetraciclina; 30S	Chlamydia, rickettsias, Borrelia, Brucella y otras indicaciones específicas.	Interacción con cationes, fotosensibilidad y evaluación por edad/embarazo/indicación. Tigeciclina es una glicilciclina, no una tetraciclina "más potente" para todo.
Tigeciclina	Infecciones seleccionadas por microorganismos susceptibles.	No Pseudomonas ni cobertura útil de Proteus; baja concentración en sangre/orina limita bacteriemia e ITU.
Cotrimoxazol: trimetoprima-sulfametoxazol	Bloqueo secuencial de folato; PCP, determinadas infecciones por MRSA y otros patógenos.	No elegirlo solo para celulitis estreptocócica típica. Vigilar potasio, citopenias, riñón e interacciones.
Cloranfenicol: 50S	Alternativa excepcional en indicaciones precisas.	Toxicidad medular, anemia aplásica y síndrome gris neonatal; no es elección rutinaria por su amplio espectro.
Linezolid y daptomicina	Opciones especializadas contra grampositivos resistentes.	Linezolid: citopenias/interacciones serotoninérgicas. Daptomicina no trata neumonía alveolar: el surfactante la inactiva.

Alternativas: conocer sus límites

Linezolid

Vigilar citopenias e interacciones serotoninérgicas.

Daptomicina

Grampositivos invasores; no neumonía alveolar.

Tigeciclina

No elegirla para bacteriemia o ITU por su bajo nivel local.

Del microorganismo a la decisión

Hallazgo	Principio práctico
MSSA	Cloxacilina/oxacilina o cefazolina suelen preferirse a vancomicina en infección invasora susceptible.
MRSA	Elegir fármaco y vía según foco; vancomicina, linezolid y daptomicina no son intercambiables.
Estreptococo o neumococo	Penicilina/amoxicilina u otra alternativa según especie, foco y susceptibilidad; meningitis requiere interpretación específica.
Enterococcus	No usar cefalosporina sola. E. faecalis y E. faecium tienen perfiles distintos; algunas endocarditis requieren combinación sinérgica.
Listeria	Ampicilina es referencia; ceftriaxona no la cubre.
Pseudomonas	Usar un antipseudomónico realmente activo y ajustar por antibiograma; no todos los carbapenémicos, quinolonas o cefalosporinas sirven.

La pared tiene excepciones importantes

Listeria / enterococo

Cefalosporinas solas no ofrecen cobertura útil.

MRSA

Cloxacilina y cefazolina no son opciones activas.

Pseudomonas

Ceftriaxona, cefazolina y ertapenem no sirven.

CLAVES EUNACOM

El sitio y la dosis importan tanto como el antibiograma.

Ampliar espectro no compensa un absceso sin drenaje.

Referencias: [1](#), [2](#), [3](#). Bibliografía al final.

Sepsis, shock séptico y shock tóxico

Reconocer disfunción de órganos

- **Sepsis:** respuesta desregulada a infección que causa disfunción orgánica potencialmente mortal. Un aumento agudo de SOFA de al menos 2 puntos ayuda a operacionalizarla; no exigir hemocultivo positivo.
- **Buscar:** confusión, hipoxemia, oliguria/creatinina elevada, hipotensión, piel moteada, trombocitopenia, coagulopatía o hiperbilirrubinemia. Puede haber hipotermia o ausencia de fiebre.
- **Shock séptico:** necesidad de vasopresores para mantener presión arterial media (PAM) de al menos 65 mmHg y lactato mayor de 2 mmol/L pese a reanimación apropiada. La hipotensión peligrosa se trata antes de completar esta clasificación.
- **qSOFA:** presión sistólica ≤ 100 mmHg, frecuencia respiratoria ≥ 22 /min y alteración mental; cada componente suma uno. Dos o más alertan sobre riesgo, pero un resultado bajo no descarta sepsis ni reemplaza evaluación de órganos.

Infección y nueva disfunción de órganos

Cerebro y circulación

Confusión, hipotensión, mala perfusión.

Pulmón y riñón

Hipoxemia, oliguria o creatinina en aumento.

Otros órganos

Plaquetas bajas, coagulopatía, bilirrubina elevada.

Primeras decisiones en paralelo

- **Estabilizar:** ABC, monitor, oxígeno según necesidad, accesos, lactato, hemograma, bioquímica y cultivos sin demorar tratamiento. Buscar foco y activar equipo de urgencia/UCI.
- **Tiempo antibiótico:** shock o sepsis probable/definida: inmediato, idealmente en una hora. Posible sepsis sin shock: evaluación rápida; si la sospecha persiste, tratar dentro de tres horas. No usar procalcitonina aislada para postergar.
- **Control del origen:** drenar, desobstruir, desbridar o retirar material infectado cuando corresponda; gestionar precozmente, idealmente dentro de seis horas si precisa intervención.
- **Espectro:** depende del foco, huésped y resistencia. Vancomicina más ceftriaxona no es una pauta universal; cobertura antipseudomónica, anti-MRSA, anaerobia o antifúngica solo cuando el contexto la justifica.

Cuatro tareas que empiezan juntas

Soporte

Vía aérea, oxígeno, monitor y reanimación.

Microbiología

Cultivos y lactato sin retraso terapéutico.

Antimicrobianos

Inmediatos en shock/sepsis probable o definida.

Origen

Drenar, desobstruir o retirar el foco cuando corresponda.

Reanimación con reevaluación

- **Fluidos:** cristaloides, preferentemente balanceado. En hipoperfusión/shock, referencia inicial 30 mL/kg durante las primeras tres horas, individualizando y reevaluando tras cada aporte; no administrar volumen ciegamente ante congestión.
- **Perfusión:** conciencia, relleno capilar, diuresis, lactato seriado y respuesta dinámica a elevación de piernas/bolos. Una presión venosa central fija no demuestra respuesta a fluidos.
- **Vasopresor:** noradrenalina como primera elección; no retrasarla por esperar un catéter central. PAM inicial cercana a 65 mmHg, individualizada; en personas de 65 años o más puede aceptarse inicialmente 60-65 según perfusión.
- **Persistencia:** requiere UCI, evaluación de función cardíaca y estrategias adicionales. Corticoide IV puede considerarse en shock; no es sustituto de antimicrobianos y control del foco.

Cada intervención exige una nueva evaluación

1

Aporte inicial

Cristaloides ajustados al estado del paciente.



2

Reevaluación

Perfusión, congestión y respuesta dinámica.



3

Persistencia de shock

Noradrenalina precoz y soporte intensivo.

Shock tóxico: identificar la fuente de toxinas

- **Estafilocócico:** fiebre, hipotensión, eritema difuso y compromiso multiorgánico; descamación posterior. Buscar herida, taponamiento, material vaginal u otra fuente. Los hemocultivos pueden ser negativos.
- **Streptocócico:** toxicidad y shock asociados a infección invasora por *S. pyogenes*, a veces fascitis necrosante. Dolor intenso o progresión rápida obliga a cirugía urgente.
- **Manejo:** soporte de shock, retirar material/drenar/desbridar, antibióticos dirigidos al patógeno y fármaco antitoxina en la estrategia especializada. En infección invasora confirmada por grupo A, penicilina más clindamicina es una pauta de referencia.
- **Seguimiento:** repetir examen y cultivos relevantes, ajustar antibióticos y duración al foco, vigilar complicaciones y necesidad de rehabilitación después de sepsis.

CLAVES EUNACOM

La urgencia la marca la disfunción orgánica, no la fiebre aislada.

Antibiótico y control del foco deben acompañar al soporte hemodinámico.

Referencias: [4](#), [5](#), [6](#). Bibliografía al final.

Síndrome febril agudo sin foco

Primer paso: gravedad y huésped

- **Definición práctica:** Fiebre reciente sin foco identificable después de historia y examen. No equivale a infección viral ni a fiebre de origen desconocido clásica.
- **Evaluación:** Confirmar temperatura y registrar presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación, perfusión, estado mental, diuresis y tolerancia oral.
- **Urgencia:** Hipotensión, confusión, hipoxemia, oliguria, purpura, rigidez de nuca, dolor intenso o mala perfusión requieren evaluación hospitalaria y manejo del síndrome correspondiente.
- **Huésped:** Embarazo, inmunosupresión, asplenia, prótesis, dispositivos, fragilidad y extremos de edad modifican riesgo. La persona mayor o inmunodeprimida puede tener infección grave sin fiebre elevada.
- **Neutropenia:** La fiebre con neutropenia relevante constituye urgencia y requiere protocolo específico; no observar como virosis banal mientras se espera que aparezca un foco.

Fiebre sin foco: tres preguntas iniciales

¿Está inestable?

Perfusión, conciencia, respiración y diuresis determinan urgencia.

¿Es un huésped de riesgo?

Edad, embarazo, inmunosupresión, asplenia o dispositivos cambian el umbral de ingreso.

¿Hay exposición clave?

Viajes, contactos, roedores, alimentos y procedimientos orientan pruebas inmediatas.

Encontrar el foco y elegir pruebas

- **Historia dirigida:** Síntomas respiratorios, urinarios, abdominales, cutáneos y neurológicos; viajes, picaduras, contactos, exposición a roedores, alimentos, procedimientos y medicamentos nuevos.
- **Examen completo:** Revisar piel, mucosas, ganglios, abdomen, corazón, pulmones, articulaciones y accesos vasculares. Repetirlo durante evolución: el foco puede manifestarse después.
- **Pruebas:** Seleccionar hemograma, función renal/hepática, orina y cultivos o imágenes según riesgo y hallazgos. No solicitar todos los cultivos ni serologías a toda persona estable.
- **Exposiciones de alto impacto:** Fiebre tras viaje con riesgo de malaria requiere pruebas urgentes; roedores y síntomas respiratorios o trombocitopenia obligan a considerar hantavirus.
- **Interpretación:** Proteína C reactiva o procalcitonina aisladas no sustituyen evaluación clínica ni descartan una infección grave temprana.

Pediatría y seguimiento seguro

- **Menor de tres meses:** Temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$ es alto riesgo y requiere evaluación pediátrica urgente; no aplicar la estrategia del adulto sano.
- **Tres a seis meses:** Temperatura $\geq 39^\circ\text{C}$ eleva el riesgo; integrar apariencia, respiración, perfusión, alimentación y otros signos. En mayores de seis meses, la cifra aislada no mide gravedad.
- **Foco oculto pediátrico:** Considerar infección urinaria y neumonía; pruebas y eventual punción lumbar dependen de edad, estado clínico y protocolo pediátrico.
- **Observación ambulatoria:** Solo si estable, con hidratación y vigilancia adecuadas, instrucciones de retorno y control según evolución. El descenso con antipirético no distingue infección banal de grave.
- **Reevaluación:** Persistencia, aparición de foco o empeoramiento obligan a nuevo examen. Fiebre pediátrica de cinco días o más requiere valorar Kawasaki y otras causas según contexto.

- **Antibióticos:** Indicarlos por sospecha bacteriana sustentada o síndrome urgente; no de manera preventiva por ausencia de foco. En sepsis o meningitis, obtener muestras sin retrasar tratamiento.

CLAVES EUNACOM

Sin foco no significa sin riesgo.

Edad, perfusión, conciencia y exposición orientan más que la respuesta al antipirético.

Referencias: [7](#), [8](#), [9](#). Bibliografía al final.

Síndrome febril prolongado

Definición y grandes causas

- **Fiebre prolongada:** Describe duración persistente; no toda fiebre prolongada cumple fiebre de origen desconocido. Confirmar temperatura, método de medición y evolución real.
- **Fiebre de origen desconocido clásica:** En inmunocompetentes: temperaturas repetidas $\geq 38,3$ °C durante al menos tres semanas, sin diagnóstico después de una evaluación apropiada; no exige esperar tres semanas para investigar.
- **Infecciones:** Tuberculosis, endocarditis, abscesos profundos, VIH, EBV/CMV, brucelosis, Bartonella y parasitosis según exposición; malaria o Chagas se investigan según epidemiología, no por panel universal.
- **Inflamación no infecciosa:** Vasculitis, arteritis de células gigantes, enfermedad de Still, lupus y otras enfermedades reumatológicas; en niños considerar Kawasaki y síndromes inflamatorios multisistémicos según contexto.
- **Neoplasias y otras causas:** Linfoma, leucemia y tumores sólidos, incluidos renales o hepáticos; fármacos, tirototoxicosis y síndromes autoinflamatorios. Algunas personas permanecen sin diagnóstico pese a estudio adecuado.

Estudio escalonado guiado por pistas

- **Historia:** Precisar viajes, contactos, alimentos, animales, fármacos, inmunosupresión, procedimientos, prótesis, prácticas sexuales, ocupación y síntomas focales; revisar estudios previos y repetir examen físico.
- **Evaluación inicial:** Hemograma con diferencial, función renal y hepática, reactantes, orina/cultivo según contexto, hemocultivos y radiografía de tórax; ampliar imagen abdominal o toracoabdominal según hallazgos.
- **Pruebas dirigidas:** VIH, tuberculosis, serologías, ecocardiograma o estudio reumatológico según probabilidad clínica. Un ANA positivo o una IgM aislada no establecen por sí solos la etiología.
- **Escalamiento:** TC y, en casos seleccionados, PET/TC pueden localizar un foco para biopsia. Elegir tejido de mayor rendimiento: ganglio, arteria temporal, médula u órgano según sospecha.
- **Interpretación:** VHS o proteína C reactiva elevadas confirman inflamación, no etiología. Comparar tendencias y correlación clínica; evitar repetir pruebas sin una pregunta diagnóstica.

Estudio progresivo de fiebre prolongada

1

Confirmar y buscar pistas

Temperatura, exposiciones, fármacos, examen y antecedentes.



2

Pruebas iniciales

Laboratorio, cultivos e imágenes orientadas por contexto.



3

Localizar y confirmar

Estudios dirigidos y biopsia del sitio de mayor rendimiento.

Tratamiento, excepciones y seguimiento

- **Paciente estable:** Evitar antibióticos o corticoides empíricos indiscriminados: pueden esterilizar cultivos, ocultar neoplasias o empeorar infecciones. Tratar cuando exista hipótesis sustentada y muestras apropiadas.
- **Urgencia:** Sepsis, neutropenia febril, meningitis o deterioro hemodinámico requieren tratamiento inmediato; el enfoque expectante de fiebre estable no se aplica a estos escenarios.
- **Vasculitis con amenaza visual:** Sospecha alta de arteritis de células gigantes con síntomas isquémicos visuales exige tratamiento urgente y estudio confirmatorio coordinado; no esperar biopsia para proteger la visión.
- **Sin diagnóstico:** Si permanece estable y el estudio es razonable, seguimiento programado, control sintomático y reevaluación de pistas nuevas; no declarar enfermedad benigna solo porque cedió la fiebre.
- **Retorno inmediato:** Confusión, disnea, sangrado, dolor focal intenso, oliguria, hipotensión o deterioro general modifican la urgencia del estudio.

CLAVES EUNACOM

Fiebre de origen desconocido es una definición de trabajo, no una causa.

En estabilidad, buscar pistas y tejido diagnóstico antes de tratamiento empírico.

Referencias: [10](#), [7](#). Bibliografía al final.

Infecciones por foco y dispositivos

Relacionar anatomía, microorganismos y necesidad de controlar el origen.

Adenitis y adenoflegmón

Distinguir ganglio reactivo, infección y absceso

- **Adenitis:** ganglio inflamado, doloroso, a menudo unilateral en infección bacteriana. *S. aureus* y *S. pyogenes* son agentes frecuentes; evaluar faringe, dientes, piel y territorio de drenaje.
- **Adenoflegmón:** infección supurativa que compromete tejidos vecinos; fluctuación, piel eritematosa o toxicidad sugieren colección. Ecografía ayuda si hay duda y guía drenaje; TC con contraste si se sospecha infección profunda.
- **Diferenciales:** adenopatías virales múltiples, arañazo de gato, tuberculosis/micobacterias no tuberculosas, toxoplasmosis y neoplasia. Persistencia, dureza, fijación, localización supraclavicular o síntomas generales requieren estudio.
- **Tratamiento:** analgésicos, cobertura antiestafilocócica/estreptocócica según gravedad y resistencia; añadir cobertura odontógena si corresponde. Drenar absceso y cultivar; no resolver una colección solo cambiando antibiótico.

Ganglio doloroso: buscar el origen

Territorio local

Dientes, faringe, piel y heridas.

Colección

Fluctuación o extensión: imagen y drenaje.

Curso atípico

Persistente, duro o supraclavicular: ampliar estudio.

Arañazo de gato

- **Bartonella henselae:** pápula en inoculación y adenopatía regional subaguda tras contacto con gato. Serología/PCR o biopsia se seleccionan según presentación; no todo contacto confirma etiología.
- **Conducta:** suele autolimitarse. Azitromicina puede acelerar reducción ganglionar en casos seleccionados: adulto 500 mg oral el primer día y 250 mg/día los cuatro siguientes. Afectación ocular, neurológica o diseminada requiere evaluación especializada.

Infecciones orofaríngeas que amenazan la vía aérea

- **Angina de Ludwig:** celulitis del piso de boca, habitualmente odontógena, con edema submandibular, elevación lingual, disfagia, sialorrea o voz alterada. Prioridad: vía aérea con equipo experto, antibiótico IV para flora oral/anaerobia y cirugía odontológica/cervical según foco; la TC no debe retrasar asegurar la vía aérea.
- **Angina de Vincent:** gingivitis ulceronecrosante con dolor, halitosis y necrosis interdental, asociada a flora fusospiroquetel. Higiene y desbridamiento dental; antibiótico si extensión o repercusión sistémica, además de corregir factores predisponentes.
- **Difteria respiratoria:** pseudomembrana adherente que puede sangrar al desprenderse, compromiso cervical y riesgo de miocarditis/neuropatía. Aislar, notificar, tomar muestra para identificación/toxicidad y gestionar antitoxina sin esperar confirmación si hay sospecha fundada.
- **Difteria: tratamiento y contactos:** penicilina o eritromicina y coordinación con autoridad sanitaria para estudio, profilaxis y vacunación de contactos. No arrancar la membrana ni asumir inmunidad definitiva tras padecer la enfermedad.

Cuello y boca: identificar la amenaza

Ludwig

Piso de boca edematoso y lengua elevada: vía aérea.

Difteria

Pseudomembrana adherente: aislamiento y antitoxina.

Vincent

Necrosis gingival dolorosa: atención odontológica.

CLAVES EUNACOM

Adenitis persistente necesita diagnóstico diferencial, no cursos antibióticos indefinidos.

Disfagia con edema del piso de boca obliga a evaluar la vía aérea.

Referencias: [11](#), [6](#). Bibliografía al final.

Celulitis bacteriana e infecciones de piel

Reconocer profundidad y lesión dominante

Entidad	Pista	Conducta inicial
Erisipela	Placa roja elevada, borde neto; predomina estreptococo.	Antibiótico antiestreptocócico y evaluar gravedad.
Celulitis no purulenta	Eritema, calor y dolor de bordes menos definidos.	Cubrir estreptococo ± MSSA; buscar puerta de entrada.
Absceso, furúnculo o carbunco estafilocócico	Colección purulenta; el furúnculo nace de un folículo, el carbunco agrupa varios.	Drenaje; cultivo y antibiótico según gravedad/huésped.
Fascitis necrosante/Fournier	Dolor desproporcionado, progresión, bullas, necrosis o shock; Fournier afecta periné.	Exploración/desbridamiento urgente y antibiótico IV amplio.

Piel roja: tres rutas de evaluación

Sin pus

Celulitis/erisipela: cobertura y control de puerta de entrada.

Con colección

Absceso: drenaje y valoración del huésped.

Dolor o deterioro rápido

Sospechar necrosis: cirugía y reanimación urgente.

Celulitis: tratamiento y seguimiento

- **Leve, sin pus:** una opción oral activa contra estreptococo/MSSA, por ejemplo cefalexina o cloxacilina según disponibilidad y protocolo. No añadir anti-MRSA a toda celulitis; valorar pus, antecedentes y epidemiología.
- **Grave:** hospitalizar ante shock, rápida extensión, alteración de conciencia, inmunosupresión relevante o sospecha profunda. Elegir vía IV y espectro según riesgo; una mordedura, exposición acuática o pie diabético exige otra valoración.
- **Control:** elevar extremidad, tratar edema/tiña interdigital y marcar límites si es útil. Reevaluar en 48-72 h, antes si empeora; cinco días pueden bastar en evolución favorable, prolongando si respuesta insuficiente.
- **Imitadores:** dermatitis por estasis/contacto, trombosis, gota y linfedema. Eritema bilateral crónico de piernas hace menos probable celulitis bacteriana.

Lesiones superficiales y purulentas

- **Impétigo:** costras melicéricas por *S. aureus*/estreptococo; forma bullosa por toxina estafilocócica. Localizado: mupirocina tópica; extenso/buloso o brote: antibiótico sistémico según evaluación. Higiene y evitar compartir toallas.
- **Ectima:** úlcera que penetra dermis, con costra adherente; suele requerir tratamiento oral y cuidado local. No confundir con ectima gangrenoso, lesión necrótica asociada a bacteriemia, clásicamente *Pseudomonas* en huésped vulnerable.
- **Foliculitis:** pústulas centradas en pelo. Foliculitis de jacuzzi puede ser por *Pseudomonas* y autolimitarse; no se maneja como absceso profundo.
- **Furúnculo/absceso:** drenaje es esencial si colección; antibiótico adicional ante compromiso sistémico, múltiples lesiones, inmunosupresión, zonas de riesgo, fracaso o criterios clínicos. Cotrimoxazol, doxiciclina o clindamicina solo si resultan adecuados al patógeno, edad y situación.
- **Carbunco estafilocócico:** unión de furúnculos; no equivale a infección por *Bacillus anthracis*, que se estudia en ántrax. El nombre aislado puede inducir a error.

La lesión orienta la profundidad

Impétigo

Erosión superficial con costra; bullas en forma toxinogénica.

Ectima

Úlcera dérmica bajo costra adherente.

Folículo / absceso

Pústula folicular o colección que puede requerir drenaje.

Fascitis necrosante: no esperar una prueba perfecta

- **Alarma:** dolor desproporcionado, sensibilidad más allá del eritema, progresión rápida, anestesia, bullas, crepitación o toxicidad. La piel inicial puede parecer poco afectada; ausencia de gas no excluye.
- **Acción:** cirugía inmediata, hemocultivos/material profundo y reanimación. Una TC o puntuación LRINEC baja no debe descartar ni retrasar exploración si la sospecha es alta.
- **Antibiótico inicial:** cubrir grampositivos resistentes, gramnegativos y anaerobios, por ejemplo vancomicina más piperacilina-tazobactam o meropenem, ajustando riñón y epidemiología. Si se confirma *S. pyogenes*, penicilina más clindamicina; revisar desbridamientos seriados.

Etiología: tipo I suele ser polimicrobiana, con aerobios y anaerobios; tipo II habitualmente involucra estreptococo del grupo A, a veces con estafilococo. La clasificación no debe retrasar cirugía ni estrechar prematuramente la cobertura.

Sospecha de necrosis: actuar sin demora

1

Reconocer

Dolor desproporcionado, progresión y toxicidad.



2

Activar

Cirugía, soporte y antibióticos IV.



3

Controlar

Desbridar, cultivar y reevaluar viabilidad.

Síndrome de piel escaldada estafilocócica

- **Patrón:** toxina exfoliativa causa eritema doloroso, bullas flácidas y desprendimiento superficial con Nikolsky positivo; típico en lactantes/niños pequeños, también adultos con falla renal/inmunosupresión.
- **Diferencia útil:** mucosas habitualmente respetadas, a diferencia de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica. Buscar foco estafilocócico; la ampolla puede ser estéril porque la lesión es mediada por toxina.
- **Manejo:** hospitalización según extensión/edad, fluidos, analgesia y antibiótico sistémico antiestafilocócico; anti-MRSA según riesgo. No tratarlo solo con pomada ni asumir que clindamicina siempre será activa.

CLAVES EUNACOM

Pus: pensar en drenaje. Dolor desproporcionado: pensar en cirugía.

La extensión visible de la piel puede subestimar una infección profunda.

Referencias: [6](#), [12](#), [13](#). Bibliografía al final.

Osteomielitis

Reconocimiento y mecanismos

- **Hematógena:** Predomina *Staphylococcus aureus*; considerar estreptococos y bacilos gramnegativos según edad, exposición y huésped. En niños suele comprometer metáfisis de huesos largos.
- **Contigüidad o inoculación:** Heridas, cirugía, material protésico y pie diabético permiten infección contigua; puede ser polimicrobiana. Diferenciar osteomielitis nativa de infección asociada a implante.

- **Clínica:** Dolor óseo focal, impotencia funcional, fiebre variable, sensibilidad, edema y eritema; la forma crónica puede presentar secuestro óseo y fístula con drenaje.
- **Columna:** Dolor vertebral persistente con bacteriemia, fiebre o factores de riesgo exige considerar espondilodiscitis. Déficit neurológico, retención urinaria o anestesia perineal sugieren compresión y requieren urgencia.
- **Niños:** Cojera, rechazo del apoyo o pseudoparálisis pueden preceder a fiebre; lactantes pueden permanecer afebriles y los reactantes ser normales al inicio.

Confirmación sin retrasar las urgencias

- **Exámenes:** Hemograma, proteína C reactiva, VHS y hemocultivos antes del antibiótico cuando no retrase atención. Leucocitos normales no excluyen infección; seguir clínica y tendencia de reactantes.
- **Imágenes:** Radiografía inicial para diagnóstico diferencial y referencia; puede ser normal las primeras dos semanas. La resonancia detecta compromiso temprano y abscesos o extensión a partes blandas.
- **Microbiología:** Muestra ósea profunda para cultivo e histología cuando se necesita confirmar etiología; un hisopado superficial de la fístula no sustituye el cultivo profundo.
- **Excepción vertebral:** Bacteriemia por *S. aureus* más imagen concordante puede permitir tratamiento sin biopsia vertebral. Investigar endocarditis y focos metastásicos según contexto.
- **Momento del antibiótico:** Si está estable, coordinar muestras antes de iniciar tratamiento. Sepsis, inestabilidad o compromiso neurológico requieren antibióticos y valoración quirúrgica inmediatos.

Sospecha de infección ósea

1

Evaluación inicial

Dolor focal, función, fiebre y signos neurológicos; solicitar hemocultivos y reactantes.



2

Imagen

Radiografía inicial; resonancia para infección temprana, extensión o abscesos.



3

Microbiología

Obtener muestra profunda cuando sea necesaria; iniciar tratamiento inmediato si sepsis o déficit neurológico.

Tratamiento y duración según foco

- **Empírico:** Cubrir *S. aureus*; añadir cobertura para MRSA y gramnegativos según epidemiología, puerta de entrada y gravedad. Vancomicina más cefepime no es una pauta universal para toda osteomielitis.
- **Dirigido:** Ajustar al cultivo, susceptibilidad, función renal y penetración; *S. aureus* sensible suele permitir betalactámico antiestafilocócico. Valorar cambio a tratamiento oral de buena biodisponibilidad cuando corresponda.
- **Cirugía:** Drenar abscesos y retirar tejido desvitalizado cuando esté indicado; desbridamiento, estabilidad y manejo del implante se individualizan. La amputación no es el tratamiento automático.
- **Duración adulta:** En osteomielitis vertebral bacteriana nativa, IDSA utiliza habitualmente seis semanas de tratamiento intravenoso u oral de alta biodisponibilidad; complicaciones y etiologías específicas modifican esta duración.
- **Duración pediátrica:** PIDS/IDSA admite 3-4 semanas totales en osteomielitis hematógena aguda por *S. aureus* no complicada y con buena respuesta; enfermedad complicada requiere más tiempo.
- **Seguimiento:** Reevaluar dolor, función, fiebre, adherencia y reactantes; reservar resonancia de control para respuesta insatisfactoria o sospecha de complicación, no como requisito rutinario de curación.

La duración depende del escenario

Vertebral adulta

Habitualmente seis semanas si infección bacteriana nativa; ajustar a etiología y complicaciones.

Hematógena pediátrica

3-4 semanas solo si *S. aureus*, sin complicaciones y con buena respuesta.

Control del foco

Abscesos, tejido necrótico o implantes pueden requerir cirugía y otro plan terapéutico.

CLAVES EUNACOM

Una radiografía temprana normal no excluye osteomielitis.

Cultivar antes si está estable; sepsis o déficit neurológico impiden esperar.

Referencias: [14](#), [15](#), [16](#). Bibliografía al final.

Endocarditis infecciosa y no infecciosa

Cuándo sospecharla

- **Combinación clínica:** fiebre/bacteriemia persistente con soplo nuevo, insuficiencia cardíaca, embolias o fenómenos inmunológicos. Una prótesis, dispositivo, endocarditis previa o consumo de drogas inyectadas aumentan sospecha.
- **Agentes:** *S. aureus*, estreptococos del grupo viridans, *Enterococcus* y estafilococos coagulasa negativos; el contexto modifica probabilidades. *S. gallolyticus* obliga a investigar patología colorrectal.
- **Signos clásicos:** petequias, hemorragias en astilla, lesiones indoloras de Janeway, nódulos dolorosos de Osler y manchas de Roth; su ausencia no excluye.
- **Complicaciones:** destrucción valvular, absceso perivalvular/bloqueo de conducción, embolias cerebrales o sistémicas y glomerulonefritis. Endocarditis derecha puede producir embolias pulmonares sépticas.

Confirmar sin perder tiempo

- **Hemocultivos:** tres juegos de venopunciones periféricas antes del antibiótico si la situación lo permite; no esperar un pico febril. En inestabilidad, tomar rápidamente y tratar.
- **Ecocardiografía:** transtorácica inicial; transesofágica si prótesis/dispositivo, sospecha alta con estudio negativo o necesidad de definir complicaciones. Repetir si persiste sospecha; una ecografía negativa aislada no basta.
- **Cultivos negativos:** revisar antibióticos previos y agentes exigentes; estudios dirigidos como *Coxiella*/*Bartonella* según exposición. Considerar TC cardíaca o PET/TC en contextos especializados.
- **Criterios:** integrar microbiología típica, imagen compatible y hallazgos clínicos con criterios diagnósticos vigentes. No convertir fiebre más un soplo antiguo en diagnóstico definitivo.

Grupo	Componentes principales
Mayores	Microbiología característica en hemocultivos/patrones definidos o pruebas específicas; imagen que demuestra lesión compatible mediante técnicas validadas.
Menores	Predisposición; fiebre >38 °C; fenómenos vasculares; fenómenos inmunológicos; evidencia microbiológica que no alcanza criterio mayor.
Combinación clínica	Definitiva: 2 mayores, o 1 mayor + 3 menores, o 5 menores. Posible: 1 mayor + 1-2 menores, o 3-4 menores.

Resumen de los criterios ESC 2023; las definiciones completas de microbiología e imagen importan. No usar el recuento para retrasar tratamiento de un paciente inestable.

Endocarditis: reunir evidencia complementaria

Sangre

Tres juegos de cultivos; no esperar pico febril.

Corazón

Eco transtorácica y transesofágica según contexto.

Extensión

Embolias, absceso, conducción y falla valvular.

Tratamiento dirigido: ejemplos conceptuales

Patógeno/situación	Pauta orientadora y límite
MSSA	Betalactámico antiestafilocócico o cefazolina si susceptible y apropiado.
MRSA	Vancomicina con exposición monitorizada u otra alternativa especializada como daptomicina.
Viridans / <i>S. gallolyticus</i>	Penicilina/amoxicilina o ceftriaxona según susceptibilidad y situación valvular.
<i>E. faecalis</i> susceptible	Ampicilina más ceftriaxona es una combinación sinérgica habitual; otras pautas según resistencia y riñón.
Prótesis, hongos o cultivos negativos	Pauta especializada; no añadir rifampicina o aminoglicósido a toda endocarditis por rutina.

Tratamiento habitualmente prolongado, con infectología/cardiología y control de hemocultivos. La vía oral solo se considera en pacientes seleccionados, estables y tras fase inicial y evaluación formal.

Cirugía y prevención

- **Indicación de cirugía:** insuficiencia cardíaca por lesión valvular, infección no controlada/absceso y prevención de embolia en casos de alto riesgo. Decidir oportunidad con equipo especializado.
- **Prevención:** salud bucodental y control de focos. Profilaxis antibiótica dental se reserva para cardiopatías de alto riesgo: prótesis/material de reparación valvular, endocarditis previa y determinadas cardiopatías congénitas, entre otras situaciones definidas.
- **Ejemplo adulto dental:** amoxicilina 2 g oral, dosis única 30-60 minutos antes de procedimientos con manipulación gingival/periapical o perforación de mucosa en paciente elegible. Alergia exige alternativa adecuada; clindamicina ya no es alternativa de rutina en la recomendación AHA.
- **No universalizar:** una valvulopatía cualquiera no obliga a profilaxis en todo procedimiento. La AHA no la recomienda rutinariamente para endoscopia digestiva/cistoscopia sin infección activa; valorar indicaciones particulares del equipo tratante.

Endocarditis no infecciosa

- **Trombótica no bacteriana:** vegetaciones estériles asociadas a cáncer, estados protrombóticos o enfermedad sistémica. Puede debutar con embolias; Libman-Sacks se asocia a lupus/antifosfolípidos.
- **Estudio:** ecocardiografía, búsqueda de causa y exclusión rigurosa de infección, especialmente si hubo antibióticos. Cultivos negativos no equivalen automáticamente a vegetación estéril.
- **Conducta:** tratar enfermedad causal y valorar anticoagulación de forma especializada. No extrapolar esta indicación a endocarditis infecciosa con embolia cerebral.

CLAVES EUNACOM

Tres pilares: hemocultivos, imagen y contexto clínico.

La insuficiencia cardíaca o un absceso pueden hacer necesaria la cirugía.

Referencias: [17](#), [18](#). Bibliografía al final.

Neumonía nosocomial

Definición y confirmación clínica

- **Nosocomial:** neumonía aparecida al menos 48 horas tras ingreso, no incubándose al entrar. Asociada a ventilación: después de al menos 48 horas de intubación; distinguirlas para vigilancia y manejo.
- **Sospecha:** infiltrado nuevo/progresivo acompañado de fiebre, secreción purulenta, leucocitosis/leucopenia o deterioro de oxigenación. Ningún hallazgo aislado confirma; edema, atelectasia, hemorragia, TEP y aspiración química son diferenciales.
- **Microbiología:** muestra respiratoria de calidad y hemocultivos antes del tratamiento si factible. Cultivo de aspirado positivo puede ser colonización; integrar clínica, imagen y susceptibilidad.
- **Gravedad:** valorar shock, ventilación y oxigenación. No aplicar automáticamente CURB-65 de neumonía comunitaria a esta situación.

Antibiótico empírico y ajuste

- **Elección:** antibiograma de la unidad, antibióticos IV recientes, colonización/infección resistente previa y gravedad. Incluir cobertura para *S. aureus* y bacilos gramnegativos, con antipseudomónico adecuado al riesgo.
- **MRSA:** vancomicina o linezolid cuando hay factores de riesgo o alta/indeterminada frecuencia local; no para todos por el solo hecho de estar hospitalizados.
- **Dos antipseudomónicos:** reservar para riesgo elevado de resistencia/mortalidad según protocolo; no mantener duplicación cuando se conoce un fármaco activo y hay estabilidad.
- **Reevaluación:** desescalar con cultivos y evolución. Duración habitual cercana a siete días si respuesta adecuada; ajustar ante complicaciones o lenta evolución. La neumonía en inmunosuprimidos necesita un diferencial adicional.

Neumonía hospitalaria: ajustar por contexto

Síndrome

Imagen nueva, clínica y oxigenación.

Riesgo

Antibióticos previos, unidad y colonización resistente.

Respuesta

Cultivos y evolución permiten reducir espectro.

Prevención en el hospital

- **Medidas:** higiene de manos, reducción de aspiración, cuidado oral, cabecera elevada si no está contraindicada y manejo correcto del circuito/dispositivo.
- **Ventilación:** evitar intubación innecesaria, revisar sedación y posibilidad de extubación. Cumplir paquetes y vigilancia de IAAS del establecimiento; no usar antibióticos preventivos indiscriminados.

CLAVES EUNACOM

Una muestra respiratoria positiva no demuestra por sí sola neumonía.

El antibiograma local evita tanto cobertura insuficiente como exceso de antibióticos.

Referencias: [19](#), [20](#). Bibliografía al final.

Infecciones asociadas a catéteres vasculares

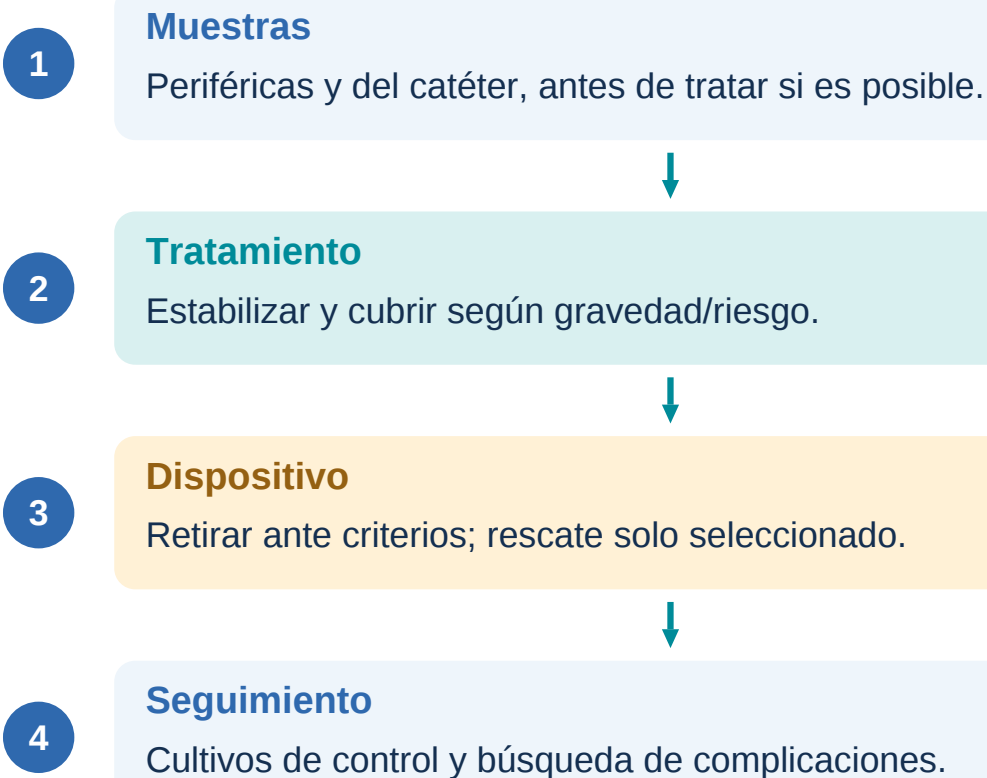
Sospecha, muestras y atribución

- **Buscar:** fiebre o escalofríos al usar catéter, sepsis sin otro foco, eritema/secreción en salida o dolor del trayecto. Una infección sanguínea puede existir con piel de aspecto normal.
- **Muestras:** hemocultivos periféricos y del catéter, simultáneos, con volumen comparable y sitio rotulado; en multilumen, según protocolo. Cultivar secreción si existe. No retirar y cultivar toda punta de catéter sin sospecha.
- **Tiempo diferencial:** mismo microorganismo creciendo en sangre del catéter al menos dos horas antes que en periférica apoya origen en el dispositivo; interpretar técnica, antibióticos y contexto.
- **Distinción:** bacteriemia relacionada con catéter es un diagnóstico clínico-microbiológico; la definición de vigilancia de infección asociada a línea central no es idéntica. Un estafilococo coagulasa negativo aislado puede contaminar, pero varias muestras concordantes pueden indicar infección real.

Tratar y decidir retiro

- **Inicial:** soporte si sepsis, antibiótico según gravedad y epidemiología, habitualmente cobertura grampositiva resistente y añadir gramnegativos cuando el riesgo lo justifica. Ajustar al cultivo.
- **Retiro prioritario:** shock, infección del túnel/bolsillo, endocarditis, tromboflebitis supurada, bacteriemia persistente pese a tratamiento o infección por *S. aureus*, *Pseudomonas* u hongos, salvo evaluación excepcional especializada.
- **Rescate:** solo en dispositivos necesarios y casos seleccionados sin complicaciones; puede combinar tratamiento sistémico y sellado antimicrobiano. No intentar conservar por comodidad un catéter que mantiene sepsis.
- **Después:** documentar negativización, investigar focos metastásicos según germen y persistencia; duración depende del agente y complicaciones. *S. aureus* no se maneja como un simple contaminante.

Catéter y fiebre: una secuencia útil



Prevención práctica

- **Inserción:** indicación precisa, personal entrenado, higiene de manos, técnica aséptica, barrera estéril máxima en CVC y antisepsia apropiada con tiempo de secado.
- **Mantenimiento:** desinfectar conexiones, cuidar apósitos, revisar punto de entrada y retirar cuando deja de ser necesario. No recambiar todos los CVC rutinariamente solo para prevenir infección.
- **Programa local:** aplicar paquetes y vigilancia MINSAL/IAAS, registrar eventos y corregir prácticas; un antibiótico preventivo no sustituye estas medidas.

CLAVES EUNACOM

Obtener cultivos pareados y rotulados antes del tratamiento si es posible.

Control del foco puede exigir retirar el dispositivo.

Referencias: [21](#), [20](#), [22](#). Bibliografía al final.

Tuberculosis y urgencias neurológicas

Detectar enfermedades transmisibles y proteger el sistema nervioso sin retrasar tratamiento.

Tuberculosis: enfermedad activa, infección latente y contactos

Sospecha y transmisión

- **Enfermedad activa:** Síntomas y daño por *Mycobacterium tuberculosis*: tos persistente, expectoración, hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna o baja de peso; también puede presentarse como neumonía que no responde.
- **Imagen:** Infiltrados, cavidades, fibrosis o adenopatías orientan; la forma clínica depende de edad e inmunidad. Una radiografía no confirma por sí sola ni excluye toda tuberculosis. Crépitos apicales o hipocratismo son inespecíficos.
- **Contagio:** La transmisión aérea se vincula principalmente a tuberculosis pulmonar o laríngea; una forma extrapulmonar aislada no equivale automáticamente a contagiosidad respiratoria.
- **Medidas iniciales:** Ventilación y precauciones respiratorias apropiadas, muestra diagnóstica y coordinación con PROCET. Evaluar VIH, comorbilidades, embarazo, función renal/hepática e interacciones.
- **Infección latente:** Respuesta inmunológica a tuberculosis sin evidencia de enfermedad activa; es asintomática y no contagiosa. Antes de tratamiento preventivo se debe excluir enfermedad.

Tuberculosis activa e infección latente

Enfermedad activa

Hay daño clínico o microbiológico compatible; necesita tratamiento completo y estudio del foco.

Infección latente

No hay enfermedad activa; no contagia y puede requerir tratamiento preventivo.

Transmisión

Principalmente pulmonar o laríngea; definir precauciones según localización y situación clínica.

Microbiología y adenitis tuberculosa

- **Confirmación:** Obtener muestras respiratorias para prueba molecular, cultivo y susceptibilidad según PROCET; estudiar muestras del órgano afectado en enfermedad extrapulmonar.
- **Baciloscofia:** Detecta bacilos ácido-alcohol resistentes, pero no distingue todas las micobacterias ni define sensibilidad. No se requieren tres baciloscopías positivas para diagnosticar tuberculosis.
- **Resultado discordante:** Baciloscofia positiva con prueba molecular negativa para tuberculosis obliga a revisar muestra, técnica y posibles micobacterias no tuberculosas; no establece automáticamente otro diagnóstico.
- **IGRA o PPD:** Detectan infección y no diferencian actividad. PPD mide induración, no eritema: norma chilena considera reactivo ≥ 10 mm; ≥ 5 mm en VIH u otra inmunodepresión.
- **Adenitis:** Adenopatías cervicales subagudas o crónicas, únicas o múltiples, a menudo unilaterales, pueden abscedarse y fistulizar; obtener histología, cultivo y prueba molecular, diferenciando linfoma y otras infecciones.
- **Antecedente de tratamiento:** Recaída no equivale necesariamente a reinfección ni garantiza sensibilidad; obtener susceptibilidad y revisar tratamiento previo antes de definir la pauta.

Esquema sensible chileno y control

- **Base normativa:** La norma general MINSAL consultada es de 2022; el ORD 1904 de 2025 actualiza específicamente tratamientos resistentes. No confundir ambas fechas ni trasladar pautas extranjeras como norma chilena.
- **Fase inicial:** Tuberculosis sensible: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol -HRZE- por 50 dosis supervisadas; esquema programático habitual de lunes a viernes, aproximadamente diez semanas.
- **Continuación:** Isoniacida y rifampicina -HR- por 80 dosis, aproximadamente dieciséis semanas. Contar dosis y respetar condiciones del programa; no acelerar el esquema por administrar más días semanales.

- **Dosificación:** Depende de peso, edad, función orgánica y presentación. Como referencia de fármacos individuales en adultos de 45-70 kg, la tabla chilena indica H 300, R 600, Z 1500 y E 800 mg/día.
- **Combinaciones fijas:** Utilizar las tablas específicas de PROCET para comprimidos combinados: su composición no equivale a reemplazar miligramo por miligramo los fármacos individuales del ejemplo.
- **Control microbiológico:** Baciloscopía y cultivo mensuales y al finalizar, según norma; la prueba molecular no se usa para demostrar curación porque puede persistir positiva.
- **Respuesta insuficiente:** Cultivo positivo al tercer mes obliga a susceptibilidad y evaluación; cultivo positivo desde el cuarto mes o al término define fracaso en la norma. Derivar sin asumir automáticamente un patrón de resistencia.

Fármaco individual	Dosis diaria desde 15 años	Máximo diario de tabla MINSAL
Isoniacida	5 mg/kg (rango 4-6)	400 mg
Rifampicina	10 mg/kg (rango 10-12)	600 mg
Pirazinamida	25 mg/kg (rango 20-30)	1500 mg
Etambutol	15 mg/kg (rango 15-20)	1200 mg

- **Aplicación:** Tabla para ajustar presentaciones individuales fuera del rango de peso estándar; las combinaciones fijas tienen su propia tabla. ERC o hepatopatía requieren revisión especializada.

Tuberculosis sensible: fases chilenas

1

HRZE: 50 dosis

Isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol; aproximadamente diez semanas con administración supervisada.



2

HR: 80 dosis

Isoniacida y rifampicina; aproximadamente dieciséis semanas, con controles clínicos y bacteriológicos.

Esquema general MINSAL2022; dosis y modificaciones dependen de peso, órgano afectado y situación clínica.

Seguridad, interrupciones y tuberculosis resistente

- **Toxicidad:** H, R y Z pueden causar hepatotoxicidad; E requiere vigilancia visual. Rifampicina produce interacciones y puede colorear secreciones; isoniácida puede causar neuropatía.
- **Alarma hepática:** Anorexia intensa, náuseas persistentes, dolor abdominal, coluria o ictericia requieren evaluación inmediata; no esperar controles rutinarios ni reiniciar fármacos por cuenta propia.
- **Conducta chilena:** Ante reacción moderada o grave, suspender el esquema y derivar según PROCET. En hepatitis, la norma excluye reutilizar pirazinamida; adaptación y eventual prueba separada son responsabilidad especializada.
- **Interrupción:** Investigar causa, dosis recibidas, duración de la interrupción, bacteriología y adherencia. No aplicar «más de cuatro semanas: empezar todo de cero» como regla aislada.
- **Resistencia:** La actualización chilena de 2025 incorpora esquemas como BPaLM para pacientes elegibles con TB resistente; evaluación especializada de susceptibilidad, contraindicaciones y seguimiento es indispensable.
- **Situaciones especiales:** Meningitis, hepatopatía, ERC avanzada, embarazo, VIH e interacciones pueden modificar esquema o duración. No usar combinaciones fijas sin revisar contraindicaciones del programa.

Infección latente y estudio de contactos

- **Contactos:** Estudiar síntomas, radiografía y pruebas de infección según edad y riesgo; obtener bacteriología si se sospecha actividad. Estudio inicial negativo puede requerir repetición, a los tres meses según algoritmo chileno.
- **Menores de cinco años:** Contacto estrecho de caso pulmonar bacteriológicamente confirmado requiere evaluación pediátrica y quimioprofilaxis primaria tras descartar enfermedad, incluso sin prueba inmunológica positiva.
- **Grupos elegibles:** La norma contempla contactos domiciliarios de cualquier edad, extradomiciliarios menores de quince años o expuestos a sílice, VIH e inmunosupresión. Otros riesgos requieren evaluación; no excluir automáticamente a todo extradomiciliario adulto.
- **Pauta semanal:** RpH corresponde a rifapentina más isoniácida, una vez por semana durante doce dosis supervisadas; no es rifampicina semanal. Dosis según edad y peso, con máximos de 900 mg de cada fármaco.
- **Restricciones RpH:** No se usa en menores de dos años, embarazo/lactancia y determinadas hepatopatías o situaciones de resistencia según norma; seleccionar alternativa con PROCET.
- **Alternativas:** Isoniácida diaria seis meses, extendida a nueve en ciertos pacientes con VIH/inmunosupresión, o rifampicina diaria cuatro meses según indicación. No iniciar sin excluir tuberculosis activa.
- **Pauta infantil primaria:** En menores de dos años, la norma utiliza isoniácida oral 10 mg/kg/día, máximo 300 mg/día, durante seis meses; indicación y vigilancia por referente pediátrico.
- **Seguridad preventiva:** También exige seguimiento clínico, revisión de hepatotoxicidad e interacciones. Valorar piridoxina en condiciones de riesgo según programa; PPD o IGRA no se repiten para demostrar curación.

Contactos: excluir enfermedad antes de prevenir

1

Evaluar exposición y riesgo

Síntomas, radiografía y pruebas de infección según edad y contexto.



2

Descartar enfermedad activa

Si hay sospecha, estudiar microbiología y órgano comprometido antes de indicar pauta preventiva.



3

Prevenir y seguir

Elegir pauta por PROCET; menores de cinco años pueden requerir profilaxis aun sin prueba positiva.

CLAVES EUNACOM

PPD e IGRA positivos indican infección, no necesariamente enfermedad activa.

La pauta semanal preventiva utiliza rifapentina, no rifampicina.

Tratamiento supervisado y control bacteriológico son parte del tratamiento, no trámites accesorios.

Referencias: [23](#), [24](#). Bibliografía al final.

Meningitis, encefalitis y absceso cerebral

Reconocer urgencia y decidir punción lumbar

- **Meningitis:** Fiebre, cefalea, rigidez de nuca, vómitos y compromiso general; la tríada clásica puede faltar, especialmente en lactantes, mayores e inmunodeprimidos.
- **Signos meníngeos:** Kernig: dolor o resistencia al extender la rodilla con cadera flexionada. Brudzinski: flexión involuntaria de caderas y rodillas al flexionar el cuello; su ausencia no excluye meningitis.
- **Encefalitis:** Alteración de conducta o conciencia, convulsiones y focalidad sugieren afectación cerebral. Considerar herpes simple y comenzar aciclovir si hay sospecha relevante.
- **Primeras medidas:** Estabilizar, obtener hemocultivos y muestras sin retraso, e iniciar tratamiento empírico. No esperar TC, punción o cultivo si estas demoran la atención de sospecha bacteriana.

- **Punción lumbar:** Realizar pronto si es segura; medir glucosa sanguínea simultánea y estudiar células, diferencial, proteínas, glucosa, Gram, cultivo y pruebas moleculares según contexto.
- **Imagen previa:** No es rutinaria. OMS la prioriza ante Glasgow <10, focalidad, déficit de pares craneales, papiledema, convulsión nueva en adultos o inmunodepresión grave.
- **Otras razones para diferir:** Inestabilidad, riesgo hemorrágico relevante, infección local o sospecha de herniación impiden punción inmediata. Una TC normal no corrige por sí sola estas contraindicaciones.

Sospecha de meningitis: prioridades

1

Estabilizar y obtener muestras

Evaluar vía aérea, perfusión y conciencia; hemocultivos si no retrasan.



2

Iniciar tratamiento urgente

Si la sospecha bacteriana es importante, no esperar TC o punción demorada.



3

Completar estudio seguro

Punción lumbar cuando sea segura; imagen previa solo si hay criterios.

Líquido cefalorraquídeo: patrones orientadores

Patrón	Células y proteínas	Glucosa
Normal adulto habitual	Hasta 5 leucocitos/ μ L; proteínas aproximadamente 15-45 mg/dL, según laboratorio.	Relación LCR/sangre habitualmente 0,5-0,8; interpretar ambas muestras.
Bacteriano	Pleocitosis, generalmente neutrofílica, y proteínas elevadas.	Frecuentemente baja; relación LCR/sangre $\leq 0,4$ es anormal.
Viral	Predominio linfocitario y proteínas normales o moderadamente altas; puede comenzar neutrofílico.	Habitualmente conservada.
Tuberculoso	Predominio linfocitario y proteínas elevadas; patrón variable temprano.	Frecuentemente baja.

- **Límites:** Antibióticos previos, fase temprana, edad e inmunosupresión alteran patrones; no excluir infección bacteriana solo porque el LCR no parece «típico».
- **Microbiología:** Diplococos grampositivos sugieren neumococo; gramnegativos, meningococo; cocobacilos gramnegativos, H. influenzae; bacilos grampositivos, Listeria. Cultivo y susceptibilidad precisan la conducta.
- **Neonatos:** Tienen rangos normales y agentes diferentes, incluidos estreptococo grupo B y bacilos gramnegativos como E. coli; no aplicar la tabla adulta como regla neonatal.

LCR: tres patrones, varias excepciones

Bacteriano

Predominio neutrofílico, proteínas elevadas y glucosa frecuentemente baja.

Viral

Predominio linfocitario y glucosa generalmente conservada; puede comenzar neutrofílico.

Tuberculoso

Linfocitos, proteínas elevadas y glucosa baja; confirmación microbiológica de sensibilidad limitada.

Edad, fase temprana, inmunosupresión y antibióticos previos pueden modificar los patrones.

Meningitis bacteriana: terapia inicial y seguimiento

- **Adulto comunitario:** Ejemplo de dosis meníngea: ceftriaxona intravenosa 2 g cada doce horas. Añadir vancomicina cuando la resistencia neumocócica o el contexto lo justifique; ajustar a microbiología local.
- **Riesgo de Listeria:** Añadir ampicilina o amoxicilina intravenosa en embarazo, inmunosupresión y personas mayores según guía; las cefalosporinas no cubren Listeria.
- **Neonatos:** Manejo hospitalario específico; aminopenicilina intravenosa más cefotaxima es una opción empírica en sospecha de meningitis. No extrapolar ampicilina/gentamicina de sepsis ni ceftriaxona adulta al recién nacido.
- **Neurocirugía o trauma:** Considerar estafilococos resistentes y gramnegativos hospitalarios: pauta como vancomicina más betalactámico antipseudomónico, elegida según exposición y susceptibilidad.
- **Dexametasona:** Administrar con o antes del primer antibiótico cuando corresponda; nunca retrasarlo. En adultos, referencia de 10 mg intravenosos cada seis horas por cuatro días, reevaluando etiología.
- **Selección del corticoide:** NICE recomienda continuar si neumococo o H. influenzae b y suspender para otros agentes; lactantes pequeños y situaciones especiales requieren decisión experta.
- **Duración:** Depende del agente, sensibilidad, complicaciones y respuesta; no imponer una misma duración a neumococo, meningococo, Listeria y gramnegativos.
- **Secuelas:** Control neurológico y auditivo, rehabilitación y seguimiento; hipoacusia o déficit cognitivo pueden persistir aun tras controlar la infección.

Meningococcemia y contactos

- **Sospecha:** Fiebre con petequias o equimosis, mala perfusión y deterioro rápido; puede existir sin meningitis y el exantema faltar al comienzo.
- **Complicaciones:** Púrpura fulminante, coagulación intravascular diseminada, shock y necrosis de extremidades requieren cuidados intensivos. No esperar que aparezca toda la tríada del apunte.
- **Tratamiento:** Ceftriaxona intravenosa inmediata, cultivos si no retrasan y soporte de sepsis; notificación y precauciones por gotitas. Proteína C no es tratamiento rutinario establecido.
- **Corticoides:** No indicarlos de rutina por meningococcemia; considerar reemplazo en shock refractario o insuficiencia suprarrenal según manejo intensivo.
- **Contactos estrechos:** Convivientes y exposición directa a secreciones orales requieren evaluación de quimioprofilaxis, aunque estén vacunados; coordinar con autoridad sanitaria, idealmente dentro de veinticuatro horas.
- **Ejemplos adultos CDC:** Rifampicina oral 600 mg cada doce horas por dos días, o ceftriaxona intramuscular 250 mg una vez; ciprofloxacino 500 mg oral una vez solo donde la susceptibilidad lo permita.
- **Elección preventiva:** Embarazo, edad, interacciones y resistencia cambian el fármaco; ceftriaxona es opción en embarazo. No extender profilaxis a contactos casuales sin exposición relevante.

Meningitis viral y encefalitis herpética

- **Viral:** Enterovirus son frecuentes; muchas meningitis virales requieren soporte, pero antes deben descartarse infección bacteriana y encefalitis según presentación.
- **Herpes simple:** Alteración mental, convulsiones o focalidad; resonancia puede mostrar lesión temporal. Solicitar PCR de HSV en LCR si la punción es segura.
- **LCR herpético:** Puede tener linfocitos, proteínas elevadas y hematíes; ni la ausencia de sangre ni su morfología excluyen o confirman herpes.

- **Tratamiento adulto:** Aciclovir intravenoso 10 mg/kg cada ocho horas con función renal normal, habitualmente 14-21 días; ajustar a función renal y peso apropiado, hidratar y vigilar nefrotoxicidad.
- **PCR negativa temprana:** Si persiste sospecha, mantener evaluación y repetir LCR/PCR en 3-7 días; no suspender únicamente por una primera prueba precoz negativa.
- **Soporte:** Control de convulsiones, conciencia, vía aérea y complicaciones; buscar diagnósticos alternativos si evolución o pruebas no concuerdan.

Encefalitis herpética: no esperar la PCR

1

Sospecha clínica

Alteración mental, convulsiones o focalidad; valorar resonancia temporal.



2

Tratar y estudiar

Aciclovir intravenoso y PCR de LCR cuando la punción sea segura.



3

Reevaluar negativo temprano

Si la sospecha persiste, repetir PCR en 3-7 días y buscar diagnósticos alternativos.

Meningitis tuberculosa y absceso cerebral

- **Tuberculosis meníngea:** Curso subagudo, cefalea, alteración mental y pares craneales, incluidos III, IV o VI; puede producir hidrocefalia, infartos y LCR hipoglucorraquia/hiperproteíorraquia.
- **Confirmación tuberculosa:** Prueba molecular y cultivo del LCR; sensibilidad imperfecta, por lo que resultado negativo no descarta. Buscar tuberculosis en otros sitios y tratar si sospecha fundada.
- **Tratamiento chileno:** MINSAL2022 contempla 2HRZE/7HR para meningitis tuberculosa, con manejo especialista y corticoide adyuvante según protocolo; no aplicar automáticamente seis meses de tuberculosis pulmonar.
- **Absceso:** Cefalea, focalidad, convulsiones o signos de hipertensión intracraneal, con fiebre variable; resonancia con contraste es de elección. No realizar punción lumbar rutinaria por riesgo y bajo rendimiento.
- **Control del foco:** Neurocirugía e infectología: aspiración o drenaje cuando corresponde y cultivo. Investigar origen dental, sinusal, ótico, hematógeno, endocarditis o cirugía previa.

- **Antibióticos:** ESCMID propone cefalosporina de tercera generación más metronidazol para absceso comunitario inmunocompetente; cobertura estafilocócica adicional según contexto. Posneurocirugía requiere un esquema diferente.
- **Duración y adyuvantes:** Habitualmente 6-8 semanas intravenosas según procedimiento y evolución; reservar corticoides para edema grave o amenaza de herniación, y tratar convulsiones si aparecen.

CLAVES EUNACOM

Sospecha bacteriana grave: no esperar imagen o punción para iniciar antibióticos.

Cefalosporinas no cubren *Listeria*.

Encefalitis compatible con herpes: aciclovir mientras se confirma.

Referencias: [25](#), [8](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [23](#), [31](#). Bibliografía al final.

Tétanos y profilaxis de heridas

Reconocimiento y tratamiento del tétanos

- **Causa:** Toxina de *Clostridium tetani* tras contaminación de una herida, a veces mínima o no identificada; especial riesgo sin vacunación adecuada. Existe tétanos neonatal asociado a contaminación umbilical.
- **Clínica:** Trismus, rigidez y espasmos dolorosos desencadenados por estímulos, risa sardónica y opistótonos; conciencia habitualmente conservada. Puede haber inestabilidad autonómica y falla respiratoria.
- **Diagnóstico:** Clínico: no esperar cultivo o prueba de laboratorio para tratar. Diferenciar distonía farmacológica, hipocalcemia, intoxicaciones y otras causas de espasmos.
- **Urgencia:** Hospitalización y cuidados intensivos según gravedad: proteger vía aérea, reducir estímulos, controlar espasmos con benzodiazepinas como diazepam y manejar disautonomía; soporte puede prolongarse semanas.
- **Adyuvantes intensivos:** Relajantes musculares y sulfato de magnesio pueden utilizarse para espasmos o disautonomía en cuidados intensivos, con monitorización y soporte ventilatorio cuando se requiera.
- **Control del origen:** Limpieza y desbridamiento de la herida y antibiótico, habitualmente metronidazol según protocolo; la vacuna no neutraliza la toxina ya liberada.
- **Inmunoglobulina terapéutica:** CDC recomienda inmunoglobulina humana antitetánica 500 UI intramusculares una vez; neutraliza toxina no unida, sin revertir la fijada al sistema nervioso.
- **Vacunación:** Iniciar o completar pauta cuando corresponda durante recuperación: haber sufrido tétanos no confiere inmunidad. Separar sitio y jeringa de la inmunoglobulina.

Heridas: vacuna e inmunoglobulina son decisiones distintas

Historia vacunal	Herida menor y limpia	Herida mayor, sucia o de riesgo
Desconocida o menos de tres dosis	Iniciar/completar vacuna; sin inmunoglobulina.	Iniciar/completar vacuna y añadir inmunoglobulina.
Tres dosis o más	Refuerzo si han pasado diez años desde la última dosis.	Refuerzo si han pasado cinco años desde la última dosis.
VIH o inmunodeficiencia grave	Vacuna según esquema; sin inmunoglobulina en herida limpia menor.	CDC indica inmunoglobulina pese a vacunación previa; evaluar conjuntamente con el protocolo local.

- **Tipo de herida:** Considerar suciedad, punción, mordedura, tejido desvitalizado, quemadura o aplastamiento. El tamaño externo no define por sí solo el riesgo.
- **Umbral:** Las guías internacionales operativizan refuerzo desde ≥ 10 años en limpia y ≥ 5 años en sucia; aplicar registro vacunal y lineamiento PNI al caso, sin omitir refuerzo por desconocimiento.
- **Antibióticos preventivos:** No se indican exclusivamente para prevenir tétanos; tratar infección bacteriana de la herida cuando exista otra indicación.

Profilaxis antitetánica: dos decisiones

Vacuna

Iniciar o completar si protección desconocida; refuerzo según herida y tiempo desde última dosis.

Inmunoglobulina

Herida de riesgo con esquema incompleto/desconocido; valorar excepciones inmunológicas.

Herida

Limpiar, retirar cuerpos extraños y desbridar tejido desvitalizado cuando corresponda.

Dosis profiláctica chilena de inmunoglobulina

- **Dosis habitual:** PNI describe 250 UI intramusculares, misma dosis en niños y adultos cuando está indicada profilaxis.
- **Dosis de 500 UI:** El lineamiento chileno la contempla en heridas sucias, penetrantes con destrucción de tejidos, infectadas, evolución mayor de veinticuatro horas o personas obesas.

- **No confundir:** La decisión de dar inmunoglobulina depende primero de herida y protección previa; una herida sucia no obliga a inmunoglobulina si hay esquema completo y no existe excepción inmunológica.
- **Administración:** Vacuna e inmunoglobulina se administran con jeringas y lugares distintos; completar después las dosis pendientes del esquema activo.
- **Tratamiento versus prevención:** Las 500 UI terapéuticas de CDC corresponden a enfermedad clínica. No intercambiar sin contexto dosis de tratamiento y las decisiones profilácticas de la tabla.

CLAVES EUNACOM

Tétanos se diagnostica clínicamente y exige soporte urgente.

La infección no inmuniza; la inmunoglobulina tampoco reemplaza completar vacunación.

Referencias: [32](#), [33](#), [34](#), [35](#). Bibliografía al final.

Rabia: evaluación de exposición y profilaxis

Exposición que requiere evaluación inmediata

- **Riesgo:** Mordedura, arañazo contaminado o saliva en mucosa o piel lesionada de un mamífero potencialmente infectado. Lamer piel íntegra no equivale a la misma exposición.
- **Murciélagos:** En Chile constituyen reservorio relevante; el contacto puede pasar inadvertido. Evaluar especialmente exposición directa o situaciones en que no pueda descartarse mordedura; no manipularlos sin protección.
- **Animal y persona:** Valorar especie, conducta, procedencia, posibilidad de observación/estudio, lugar y profundidad de lesión, tiempo y vacunación humana; lesiones en cara/cuello requieren especial rapidez. Vacunación del animal no elimina evaluación.
- **Perro o gato observable:** La observación sanitaria durante diez días puede orientar la conducta cuando corresponde. No aplicar este período a murciélagos ni retrasar profilaxis en una exposición de alto riesgo.
- **Consulta sanitaria:** Coordinar de inmediato con equipo asistencial y autoridad; un animal no localizable o sospechoso exige decisiones por riesgo, sin esperar síntomas humanos.

Lavar, vacunar y neutralizar cuando corresponda

- **Limpieza:** Lavar de inmediato y abundantemente con agua y jabón; irrigar y valorar antiséptico apropiado. Evaluar daño de tejidos, necesidad de antibiótico y prevención antitetánica por separado.
- **Vacuna:** Iniciarla según evaluación de exposición y pauta PNI aplicable; embarazo y lactancia no justifican omitir profilaxis necesaria. No administrar vacuna antirrábica en glúteo.
- **Inmunoglobulina humana:** En personas no previamente inmunizadas con indicación de profilaxis pasiva: 20 UI/kg una vez; infiltrar la herida y alrededor en lo posible, siguiendo instrucciones del producto y programa.
- **Separación:** No exceder dosis ni mezclar inmunoglobulina con vacuna en la misma jeringa o sitio. Si se omitió inicialmente, CDC permite administrarla hasta el séptimo día tras iniciar vacuna.
- **Previamente vacunado:** La profilaxis se modifica según pauta previa documentada; habitualmente requiere refuerzos y no inmunoglobulina. Verificar esquema con el programa, sin asumir protección por una sola dosis antigua.

Exposición a rabia: actuar antes de síntomas

1

Lavar de inmediato

Agua, jabón e irrigación; evaluar daño de la herida.



2

Evaluar exposición

Especie, observación o estudio, riesgo y vacunación humana previa.



3

Dar profilaxis indicada

Vacuna y, cuando corresponda, inmunoglobulina; confirmar calendario con el programa.

Esquemas: distinguir norma y recomendación

- **Chile publicado:** La norma técnica 169/2014 citada por CAVEI contempla esquema intramuscular de cinco dosis: días 0, 3, 7, 14 y 28. El día cero es el inicio de vacunación.
- **CAVEI2025:** Recomendación reducir a cuatro dosis en inmunocompetentes, preferentemente Zagreb: dos dosis en sitios distintos el día cero, una el día siete y una el día veintiuno.
- **Alcance:** Una recomendación CAVEI no equivale por sí sola a acto de implementación nacional; confirmar lineamiento PNI vigente al indicar la pauta. CAVEI mantiene cinco dosis en inmunocomprometidos.
- **Complemento CDC:** En Estados Unidos: no vacunados, días 0, 3, 7 y 14; inmunocomprometidos añaden día 28. Previamente vacunados: días 0 y 3, sin inmunoglobulina.
- **No mezclar:** Zagreb y la pauta CDC de cuatro dosis tienen calendarios diferentes; no construir un calendario híbrido ni suspender por cuenta propia un esquema iniciado.

Rabia: calendarios diferentes no se mezclan

Norma chilena citada

Cinco dosis: días 0, 3, 7, 14 y 28.

Propuesta CAVEI

Zagreb: dos dosis día 0, una día 7 y una día 21;
inmunocomprometidos
mantienen cinco.

Pauta CDC

No vacunados: 0, 3, 7, 14; añadir 28 si inmunocomprometido.
Previamente vacunados: 0 y 3, sin inmunoglobulina.

Verificar implementación y pauta PNI al indicar; una recomendación CAVEI no demuestra por sí sola adopción nacional.

Enfermedad clínica y prevención sostenida

- **Manifestaciones:** Tras incubación variable, a menudo de uno a tres meses, pueden aparecer dolor o parestesias locales, fiebre, irritabilidad, hidrofobia, espasmos, parálisis y alteración de conciencia.
- **Pronóstico:** La enfermedad clínica tiene letalidad extremadamente alta y requiere atención especializada y soporte; no existe una pauta de coma inducido o antivirales con curación establecida.
- **Prevención:** La profilaxis oportuna evita enfermedad antes de los síntomas. Vacunación de animales y medidas para personas con riesgo ocupacional complementan vigilancia; una exposición posterior todavía requiere evaluación.

CLAVES EUNACOM

La urgencia es prevenir antes de los síntomas.

Vacuna e inmunoglobulina tienen funciones distintas y se administran separadas.

Cuatro dosis pueden significar calendarios diferentes: verificar pauta y autoridad.

Referencias: [36](#), [37](#), [38](#), [39](#). Bibliografía al final.

Virus respiratorios, exantemas y mononucleosis

Distinguir patrones, reconocer complicaciones y prevenir transmisión.

Influenza

Cuándo pensar en influenza

- **Síndrome:** Inicio abrupto de fiebre, mialgias, cefalea, decaimiento y tos, especialmente durante circulación comunitaria. Personas mayores o inmunocomprometidas pueden no presentar fiebre.
- **Diferenciales:** COVID-19, otros virus respiratorios, neumonía bacteriana y descompensación de enfermedad crónica. La clínica por sí sola no identifica de forma segura el virus.
- **Pruebas:** Prueba molecular cuando modifique tratamiento, aislamiento o investigación de casos; un antígeno rápido negativo no excluye influenza. En enfermedad grave no esperar confirmación para iniciar antiviral indicado.
- **Complicaciones:** Neumonía viral, sobreinfección bacteriana, exacerbación respiratoria/cardiovascular, encefalopatía o miositis. Reaparición de fiebre tras mejoría obliga a buscar complicación.

Tratamiento según gravedad y riesgo: marco MINSAL

- **Leve sin riesgo:** Las Directrices MINSAL 2025 recomiendan no usar oseltamivir rutinariamente; hidratación, analgesia/antitérmico y vigilancia clínica.
- **Enfermedad grave:** Se sugiere oseltamivir ante sospecha o confirmación; hospitalizar según compromiso respiratorio/hemodinámico y tolerancia oral. No excluir tratamiento solo por más de 48 horas de evolución.
- **Riesgo de progresión:** Considerar antiviral en enfermedad no grave con embarazo o hasta 2 semanas posparto, >65 años, inmunosupresión, obesidad mórbida o comorbilidades crónicas relevantes.
- **Inicio:** El beneficio es mayor cuanto más temprano; en pacientes prioritarios, tratar sin esperar resultado. Ni antibióticos ni corticoides sistémicos son tratamiento rutinario de una influenza no complicada.

Influenza: seleccionar a quién tratar

Leve sin factores de riesgo

MINSAL: no oseltamivir rutinario; soporte y vigilancia.

Grave

Antiviral ante sospecha o confirmación; no excluir por evolución > 48 horas.

Leve con riesgo

Considerar antiviral por embarazo, edad, inmunosupresión o comorbilidad.

Inicio

No esperar confirmación en pacientes prioritarios.

Oseltamivir: tratamiento oral durante 5 días

Población	Dosis cada 12 horas	Precisión
Adulto y peso >40 kg	75 mg	Función renal normal.
Niño ≥1 año, ≤15 kg	30 mg	Dosis por peso; no por número de cápsulas adultas.
>15 a 23 kg	45 mg	Cada 12 horas.
>23 a 40 kg	60 mg	Cada 12 horas.
Lactante <1 año a término	3 mg/kg/dosis	Complemento CDC; prematuros requieren pauta específica y evaluación pediátrica.

Riñón, embarazo y contactos

- **Ajuste adulto:** Aclaramiento >30-60 mL/min: 30 mg cada 12 horas; >10-30: 30 mg diarios. Diálisis o aclaramiento ≤10 requieren protocolo específico; no extrapolar la pauta habitual.
- **Embarazo:** Oseltamivir es el antiviral preferido cuando está indicado; no retrasarlo por temor teórico al fármaco. Ajustar por función renal, no reducir dosis solo por embarazo.
- **Profilaxis chilena:** No rutinaria. MINSAL la considera tras exposición en las últimas 48 horas si existe riesgo extremadamente alto; pauta adulta de 75 mg diarios por 10 días, con ajuste renal.
- **Riesgo extremo:** Incluye >80 años, inmunocompromiso, múltiples comorbilidades, embarazo, hospitalizados expuestos y mayores de 65 años en establecimientos de larga estadía/instituciones cerradas.
- **Contactos sintomáticos:** Evaluar como enfermedad y usar dosis terapéutica si corresponde; no mantener dosis profiláctica ante un cuadro establecido.

Contacto de influenza: no todos reciben profilaxis

Asintomático expuesto

Profilaxis chilena solo si riesgo extremo y exposición en últimas 48 horas.

Pauta adulta

Oseltamivir 75 mg diarios por 10 días; ajustar al riñón.

Riesgo extremo

Edad > 80, inmunocompromiso, embarazo, múltiples comorbilidades o contextos institucionales definidos.

Si aparecen síntomas

Reevaluar como enfermedad; no continuar simplemente la dosis profiláctica.

Prevención y criterios de reevaluación

- **Vacunación:** Anual según población objetivo y campaña PNI vigente; no confundir elegibilidad estacional con una regla clínica permanente. La vacuna no trata el episodio ya iniciado.
- **Control de transmisión:** Higiene de manos, ventilación, cubrir tos y precauciones respiratorias; en servicios de salud, aplicar normas IAAS y protección adecuada en procedimientos generadores de aerosoles.
- **Urgencia:** Disnea, hipoxemia, dolor torácico, confusión, hipotensión, cianosis, deshidratación o deterioro después de mejoría inicial; umbral de evaluación bajo en lactantes, gestantes y personas frágiles.
- **Seguimiento:** Explicar evolución esperada y cómo consultar; una prueba positiva no descarta neumonía bacteriana ni coinfección por SARS-CoV-2.

CLAVES EUNACOM

Influenza grave o huésped vulnerable: no retrasar oseltamivir por esperar una prueba.

La pauta profiláctica es diaria; la terapéutica habitual es cada 12 horas.

Referencias: [40](#), [41](#). Bibliografía al final.

Enfermedad por SARS-CoV-2

Diagnóstico y primera decisión

- **Agente:** SARS-CoV-2 causa desde infección asintomática hasta neumonía, insuficiencia respiratoria y afectación extrapulmonar. La inmunidad previa reduce riesgo, pero no excluye reinfección.
- **Confirmación:** Usar prueba de antígeno o molecular según disponibilidad y escenario. Un antígeno negativo con sospecha persistente requiere repetición o prueba molecular; la serología no diagnostica el episodio agudo.
- **Riesgo:** Edad avanzada, inmunosupresión, comorbilidades, embarazo y vacunación incompleta elevan probabilidad de progresión; valorar función basal y apoyo domiciliario.
- **Evaluación:** Saturación en aire ambiente, frecuencia respiratoria, perfusión, estado mental e hidratación. Solicitar imagen/laboratorio por gravedad o diagnóstico diferencial, no de forma universal.

Antiviral temprano en enfermedad no grave de riesgo

- **Ventana:** Valorar tratamiento desde la primera consulta: nirmatrelvir/ritonavir debe iniciarse dentro de 5 días de síntomas; no esperar deterioro ni pérdida de la ventana terapéutica.
- **Pauta adulta habitual:** Nirmatrelvir 300 mg + ritonavir 100 mg VO cada 12 horas durante 5 días, cuando cumple criterios y tiene función renal apropiada; el acceso chileno sigue la circular/protocolo de la red.
- **Riñón:** Con filtrado 30-59 mL/min, reducir nirmatrelvir a 150 mg por dosis con ritonavir 100 mg cada 12 horas. La circular chilena de 2024 excluye insuficiencia renal grave/diálisis; no extrapolar una pauta internacional distinta sin revisar ficha local y especialista.
- **Interacciones:** Ritonavir inhibe fuertemente CYP3A: revisar todos los medicamentos, incluidos antiarrítmicos, anticonvulsivos, estatinas e inmunosupresores; algunas interacciones impiden utilizarlo.
- **Exclusiones chilenas:** La circular también excluye menores de 12 años, peso <40 kg, insuficiencia hepática grave, hipersensibilidad, interacciones graves y tratamiento antituberculoso.

- **Alternativa:** Complemento internacional: remdesivir IV por 3 días, iniciado dentro de 7 días, para pacientes ambulatorios elegibles de alto riesgo; disponibilidad y evaluación hepática según protocolo.

COVID-19 de riesgo: ventanas tempranas

Nirmatrelvir/ritonavir

Iniciar dentro de 5 días; 5 días de tratamiento en paciente elegible.

Antes de prescribir

Revisar riñón y todas las interacciones; algunas impiden su uso.

Remdesivir ambulatorio

Complemento internacional: 3 días IV, iniciado dentro de 7 días.

Acceso chileno

Aplicar circular y protocolo de la red; no esperar deterioro.

Hipoxemia, hospitalización y terapias que sí cambian

- **Alarma:** SpO₂ <94% en aire ambiente o descenso respecto de basal, trabajo respiratorio, dolor torácico persistente, confusión, hipotensión o incapacidad para hidratarse requieren evaluación urgente.
- **Soporte:** Oxígeno cuando está indicado, control de líquidos, búsqueda de sepsis/TEP y prevención trombótica hospitalaria según riesgo y contraindicaciones; no anticoagular terapéuticamente a todo paciente.
- **Corticoide:** En hospitalizados que requieren oxígeno por COVID-19, dexametasona 6 mg diarios hasta 10 días o alta es una pauta habitual. No usarla para COVID-19 leve sin hipoxemia, salvo otra indicación independiente.
- **Otras terapias:** Inmunomoduladores y antivirales hospitalarios se seleccionan por gravedad, evolución y contraindicaciones; no extrapolar el esquema ambulatorio a toda neumonía grave.
- **Evitar:** Antibióticos sin sospecha bacteriana, ivermectina, hidroxicloroquina y lopinavir/ritonavir como tratamiento rutinario de COVID-19.

La hipoxemia cambia la conducta

Alarma

SpO₂ < 94% en aire ambiente o descenso basal, trabajo respiratorio, confusión o hipotensión.

Soporte

Oxígeno indicado y evaluación de sepsis/TEP; líquidos y prevención trombótica según paciente.

Con oxígeno por COVID-19

Dexametasona 6 mg diarios hasta 10 días o alta, según indicación hospitalaria.

Sin hipoxemia

No corticoide por COVID-19 leve salvo otra indicación independiente.

Alta, prevención y enfermedad persistente

- **Prevención:** Vacunación de acuerdo con PNI vigente, ventilación y medidas respiratorias; adaptar aislamiento y protección a la normativa sanitaria y al entorno clínico.
- **Retorno:** Reevaluar si empeora la respiración, reaparece fiebre o disminuye tolerancia al esfuerzo. Una prueba positiva prolongada no demuestra por sí sola infectividad sostenida.
- **Síntomas posteriores:** Fatiga, disnea o dificultad cognitiva persistentes requieren evaluación funcional y descarte de causas tratables; no atribuir automáticamente toda manifestación a condición pos-COVID.
- **Niños:** Fiebre persistente con compromiso multisistémico semanas después de infección obliga a descartar síndrome inflamatorio multisistémico y otras causas; derivar ante shock, dolor abdominal intenso o compromiso cardíaco.

CLAVES EUNACOM

El antiviral útil para prevenir progresión tiene una ventana temprana.

La necesidad de oxígeno cambia el manejo; corticoides no son tratamiento universal de COVID-19.

Referencias: [42](#), [43](#), [44](#), [45](#). Bibliografía al final.

Síndrome mononucleósico: diagnóstico diferencial

El síndrome antes de asignar un virus

- **Definición clínica:** Fiebre, faringitis y adenopatías, frecuentemente con astenia y linfocitos reactivos; la tríada puede estar incompleta. Síndrome mononucleósico no equivale automáticamente a infección por VEB.
- **Causas principales:** VEB, CMV, primoinfección VIH y toxoplasmosis; considerar adenovirus, hepatitis virales, reacción farmacológica y enfermedades hematológicas según presentación.
- **Historia dirigida:** Duración, contacto salival, exposiciones sexuales/sanguíneas, viajes, fármacos y embarazo; buscar baja de peso persistente o inmunocompromiso que amplíen el diferencial.
- **Examen:** Distribución de adenopatías, tamaño amigdalar, petequias palatinas, edema palpebral, rash, hepatoesplenomegalia y signos de obstrucción de vía aérea.

Orientación diferencial sin reglas falsas

- **VEB:** Faringoamigdalitis, adenopatías cervicales posteriores, fatiga y esplenomegalia son sugerentes. El exudado amigdalar no excluye infección viral ni demuestra estreptococo.
- **CMV:** Puede predominar fiebre prolongada con hepatitis y menor compromiso faríngeo; los heterófilos suelen ser negativos.
- **VIH agudo:** Síndrome febril con rash, diarrea o úlceras y exposición compatible; solicitar cuarta generación y ARN si persiste sospecha pese a serología negativa.
- **Toxoplasmosis:** Adenopatías, especialmente cervicales, con faringitis menos marcada; orientar serología por clínica, embarazo o inmunidad, no por un panel indiscriminado.
- **GAS y Kawasaki:** Evaluar faringitis estreptocócica por pruebas adecuadas; en niño con fiebre persistente y signos mucocutáneos, pensar en Kawasaki. Color del exudado y plaquetas aisladas no resuelven el diferencial.

Exámenes que responden una pregunta

- **Iniciales:** Hemograma con fórmula y pruebas hepáticas cuando cuadro significativo/atípico; linfocitos reactivos y transaminasas apoyan, pero no identifican por sí solos el agente.
- **VEB:** Cuando se requiere confirmación, interpretar VCA-IgM, VCA-IgG y EBNA; la sección complementaria desarrolla los patrones. Monospot tiene falsos negativos tempranos y en niños.
- **Otros agentes:** Solicitar VIH, CMV o toxoplasma según exposición, patrón y riesgo. IgM aislada puede persistir o presentar reactividad cruzada; confirmar antes de atribuir enfermedad aguda.
- **Persistencia:** Adenopatías duras, fijas, supraclaviculares, citopenias importantes o evolución atípica requieren reevaluación; no mantener indefinidamente la etiqueta de infección viral.

Síndrome mononucleósico: pruebas dirigidas

Hemograma y transaminasas

Apoyan el síndrome, pero no identifican por sí solos el agente.

VEB

Interpretar VCA/EBNA;
Monospot puede ser negativo temprano y en niños.

Otras causas

VIH, CMV o toxoplasma según exposición y contexto; no panel IgM indiscriminado.

Evolución atípica

Adenopatías duras/fijas o citopenias importantes requieren ampliar el estudio.

Conducta inicial y señales de urgencia

- **Soporte:** Hidratación, analgesia y reposo relativo según síntomas. No indicar antibiótico, antiviral ni corticoide por la sola etiqueta de mononucleosis.
- **Vía aérea:** Disnea, estridor, voz alterada, sialorrea o incapacidad para deglutir exigen atención urgente; no retrasar por esperar serologías.
- **Bazo:** Dolor intenso en hipocondrio izquierdo, dolor referido al hombro, síncope o shock sugieren rotura esplénica: urgencia inmediata, incluso sin traumatismo importante.
- **Otros órganos:** Ictericia marcada, sangrado, citopenias graves o compromiso neurológico requieren estudio hospitalario/especializado. Reevaluar si no sigue el curso esperado.

CLAVES EUNACOM

La faringitis exudativa también puede ser viral.

Un Monospot negativo no descarta VEB ni excluye otras causas de mononucleosis.

Referencias: [46](#), [47](#), [48](#). Bibliografía al final.

Mononucleosis por VEB y CMV: evolución y manejo

VEB: curso y manifestaciones asociadas

- **Transmisión y edad:** Principalmente salival; en niños puede ser poco sintomático y en adolescentes/adultos producir mononucleosis clásica. La incubación suele ser prolongada, de varias semanas.
- **Manifestaciones:** Fiebre, astenia, faringitis y adenopatías; pueden aparecer hepatoesplenomegalia, edema palpebral y elevación de transaminasas. La fatiga puede durar más que la fiebre.

- **Exantema:** Puede ocurrir espontáneamente o tras aminopenicilinas. Evitar amoxicilina/ampicilina innecesarias; un rash durante VEB no demuestra por sí solo alergia permanente a penicilina.
- **Complicaciones:** Obstrucción de vía aérea, rotura esplénica, anemia hemolítica, trombocitopenia y compromiso neurológico son infrecuentes pero cambian conducta.

Lectura básica de la serología VEB

Patrón	Interpretación habitual	Cautela
VCA-IgM positiva; EBNA negativo	Infección primaria reciente	Integrar VCA-IgG y clínica; resultados discordantes requieren revisión.
VCA-IgG y EBNA positivos; IgM negativa	Infección pasada	Títulos IgG altos aislados no demuestran reactivación sintomática.
VCA y EBNA negativos	Susceptibilidad o fase muy precoz	Repetir si el momento clínico lo justifica.

VEB: anticuerpos y momento de infección

VCA-IgM+ y EBNA–

Orienta infección primaria reciente; integrar patrón completo y clínica.

VCA-IgG+ y EBNA+

Con IgM negativa, suele indicar infección pasada.

Todos negativos

Susceptibilidad o fase muy precoz; repetir si el contexto lo requiere.

Tratamiento y retorno a actividades

- **Sin complicaciones:** Hidratación, analgésicos y retorno gradual según tolerancia. No existe indicación rutinaria de aciclovir ni corticoides para acortar el cuadro habitual.
- **Corticoides seleccionados:** Reservar para complicaciones como amenaza obstructiva o algunas citopenias graves, con evaluación especializada; no indicarlos por hipertrofia amigdalar sin compromiso significativo.
- **Deporte:** Evitar contacto, esfuerzos intensos y actividades con riesgo abdominal durante la fase aguda; la mayor vulnerabilidad esplénica ocurre durante las primeras semanas.
- **Retorno individual:** Valorar fecha de inicio, recuperación clínica y tipo de actividad; el regreso al contacto suele requerir al menos 3-4 semanas y autorización clínica. Una ecografía aislada no garantiza riesgo nulo.

- **Seguimiento:** Revisar evolución y pruebas alteradas según gravedad; síntomas persistentes o progresivos obligan a buscar otro diagnóstico, no a repetir IgG para medir curación.

CMV mononucleósico: distinguirlo de enfermedad invasiva

- **Inmunocompetente:** Fiebre, malestar y transaminitis, con menor faringitis; habitualmente autolimitado y sin necesidad de ganciclovir/valganciclovir.
- **Confirmación:** Interpretar seroconversión o serología específica en contexto; una IgM positiva aislada no fecha con certeza la infección, especialmente durante embarazo.
- **Embarazo:** Infección sospechada exige evaluación materno-fetal; la inmunidad previa no elimina completamente la posibilidad de infección congénita por reinfección o reactivación.
- **Inmunocompromiso:** Retinitis, colitis o esofagitis son enfermedad de órgano y requieren pruebas dirigidas y tratamiento específico; no extrapolar el manejo de una mononucleosis benigna.
- **Prevención:** Higiene de manos y evitar contacto con saliva/orina de niños pequeños cuando sea relevante; no existe una vacuna de uso rutinario contra VEB o CMV.

CLAVES EUNACOM

VCA-IgM sin EBNA orienta infección reciente; VCA-IgG con EBNA suele indicar infección pasada.

La mejoría de la fiebre no autoriza automáticamente deporte de contacto.

Referencias: [46](#), [47](#), [49](#), [50](#). Bibliografía al final.

Varicela y herpes zóster

Varicela: reconocer el patrón y el huésped

- **Primoinfección:** VZV produce lesiones pruriginosas en brotes: máculas, pápulas, vesículas y costras simultáneas, habitualmente predominantes en tronco/cara; puede haber compromiso mucoso.
- **Contagio:** Desde 1-2 días antes del exantema hasta que todas las lesiones formen costra. En lesiones posvacunales no costrosas, valorar ausencia de nuevas lesiones durante 24 horas.
- **Diagnóstico:** Habitualmente clínico; PCR de lesión en cuadros atípicos, graves, vacunados o dudas diagnósticas. Diferenciar impétigo, HSV diseminado, enterovirus y mpox.
- **Gravedad:** Mayor riesgo en adultos, gestantes, recién nacidos e inmunocomprometidos. Buscar sobreinfección bacteriana, neumonía, hepatitis, encefalitis o lesiones hemorrágicas.

Varicela: soporte y selección de antivirales

- **Cuadro no complicado:** Hidratación, uñas cortas, cuidado cutáneo y paracetamol; antihistamínico si prurito relevante. Evitar aspirina por síndrome de Reye y preferir evitar ibuprofeno por asociación con infección cutánea grave.
- **Antiviral oral:** Considerarlo en personas con mayor riesgo, incluidos mayores de 12 años y determinados contactos intradomiciliarios; es más útil si comienza dentro de las primeras 24 horas del rash.
- **Pauta adulta:** En adulto inmunocompetente, una pauta de ficha FDA es aciclovir 800 mg VO cuatro veces al día por 5 días; ajustar al riñón. Inmunocompromiso requiere pauta y duración específicas.
- **Hospitalización:** Varicela diseminada/visceral, neumonía, encefalitis, incapacidad oral o inmunocompromiso relevante requieren manejo urgente; aciclovir IV según peso y función renal.
- **Precauciones:** Aislamiento aéreo y de contacto en atención hospitalaria; evitar exposición de gestantes susceptibles y personas inmunocomprometidas.

Embarazo y recién nacido expuestos

- **Inmunidad:** Confirmar antecedente fiable de varicela/vacunación o serología cuando sea necesario. Exposición no equivale a enfermedad; una gestante susceptible requiere evaluación precoz.
- **Postexposición:** Inmunoglobulina específica anti-VZV lo antes posible y hasta 10 días después de exposición en personas susceptibles de alto riesgo; gestionar disponibilidad mediante la red.
- **Enfermedad materna:** Valorar antiviral y estado respiratorio; neumonía u otra complicación requiere hospitalización y aciclovir IV. La inmunoglobulina no sustituye tratamiento de varicela establecida.
- **Congénita:** La infección materna temprana puede causar cicatrices, hipoplasia de extremidades y anomalías oculares/neurológicas; necesita evaluación fetal especializada, sin afirmar daño inevitable.
- **Perinatal:** Rash materno entre 5 días antes y 2 días después del parto implica alto riesgo neonatal: inmunoglobulina y vigilancia especializada; si el recién nacido enferma, aciclovir IV.
- **Vacuna:** La vacuna viva contra varicela está contraindicada durante embarazo; planificar inmunización de susceptibles después del parto según programa.

Varicela: exposición, embarazo y parto

Gestante expuesta

Determinar inmunidad; exposición no significa enfermedad.

Susceptible de alto riesgo

Inmunoglobulina específica lo antes posible, hasta 10 días después de exposición.

Enfermedad materna

Valorar antiviral; neumonía o complicación exige hospitalización y aciclovir IV.

Rash materno–5/+2 días

Respecto al parto: alto riesgo neonatal, inmunoglobulina y vigilancia especializada.

Herpes zóster: reactivación y tratamiento

- **Clínica:** Dolor/ardor seguido de vesículas agrupadas en un dermatoma, generalmente unilateral; puede preceder dolor sin lesiones. Inmunosupresión favorece recurrencia, diseminación o compromiso visceral.
- **Pauta adulta oral:** Valaciclovir 1 g cada 8 horas por 7 días; alternativas: aciclovir 800 mg cinco veces al día o famciclovir 500 mg cada 8 horas. Ajustar a función renal.
- **Oportunidad:** Comenzar idealmente dentro de 72 horas; también valorar después si aparecen nuevas lesiones, hay compromiso ocular/neurológico o alto riesgo. No rechazar tratamiento solo por el reloj.
- **Urgencia:** Lesiones en territorio oftálmico, ojo rojo/dolor ocular, parálisis facial, hipoacusia, diseminación o signos neurológicos requieren evaluación especializada; enfermedad grave puede necesitar aciclovir IV.

Zóster: tiempo, territorio y huésped

Dermatoma

Dolor/ardor y vesículas agrupadas, generalmente unilaterales.

Adulto sin complicación

Valaciclovir 1 g cada 8 h por 7 días; ajustar función renal.

Después de 72 horas

Aún valorar antiviral si nuevas lesiones, alto riesgo o complicación.

Urgencia

Ojo, oído, parálisis facial, neurología o diseminación requieren evaluación especializada.

Dolor, secuelas y transmisión del zóster

- **Dolor agudo:** Analgesia graduada según intensidad y comorbilidades. Los corticoides no son tratamiento rutinario ni previenen de forma fiable la neuralgia posherpética.
- **Neuralgia persistente:** Valorar gabapentina, pregabalina, antidepresivo tricíclico o lidocaína tópica según paciente; vigilar sedación, caídas y ajuste renal. Carbamazepina no es la opción habitual de primera línea.
- **Transmisión:** Una lesión de zóster puede transmitir VZV y causar varicela en susceptible; cubrir lesiones y evitar contacto con personas vulnerables hasta costras.
- **Prevención:** Vacuna recombinante contra zóster según edad, riesgo y disponibilidad; no trata el episodio agudo. En casos extensos, recurrentes o inusuales, investigar inmunosupresión.

CLAVES EUNACOM

Varicela combina lesiones de distintas edades; zóster sigue un dermatoma.

Ojo, sistema nervioso, pulmón y recién nacido son escenarios de derivación urgente.

Referencias: [51](#), [52](#), [53](#). Bibliografía al final.

Exantemas virales

Fiebre y rash: primero gravedad y epidemiología

- **Historia:** Cronología fiebre/exantema, vacunas, contactos, viajes, medicamentos, embarazo e inmunidad; examinar mucosas, palmas/plantas, adenopatías y estado general.
- **Alarma inmediata:** Púrpura que no blanquea, toxicidad, hipotensión, alteración de conciencia, dificultad respiratoria o rápida progresión requieren evaluación urgente; no etiquetar como viral sin descartar sepsis meningocócica.
- **Otros diagnósticos:** Escarlatina, reacción medicamentosa, Kawasaki, sífilis secundaria y enfermedades por artrópodos pueden parecer exantemas virales. La morfología orienta, pero no sustituye contexto y pruebas dirigidas.
- **Cuadro leve inespecífico:** Si el paciente está bien y no hay señales epidemiológicas de alarma, soporte y control; explicar motivos de consulta y reevaluar fiebre persistente.

Sarampión y rubéola: reconocer y notificar

- **Sarampión:** Fiebre alta, tos, coriza, conjuntivitis y manchas de Koplik, seguidas de exantema morbiliforme de progresión cefalocaudal. Puede complicarse con neumonía o encefalitis.
- **Acción inmediata:** Aislamiento aéreo y notificación de sospecha sin esperar confirmación; coordinar muestras con vigilancia/ISP. Riesgo depende de inmunidad y exposición, no de nacionalidad.
- **Laboratorio:** Serología y muestras para detección molecular según algoritmo y momento de enfermedad; una IgM precoz negativa no descarta sarampión. Evitar salas de espera compartidas.
- **Rubéola:** Fiebre baja, exantema rosado y adenopatías retroauriculares/suboccipitales; puede dar artralgias. El mayor peligro es la infección durante embarazo.
- **Gestante expuesta:** Derivar para estudio específico y asesoría; IgM aislada puede ser falsa positiva o persistente. No diagnosticar infección fetal ni recomendar decisiones irreversibles por un único resultado.
- **Prevención:** Vacunación SRP conforme a PNI y manejo de contactos por autoridad sanitaria; vacuna viva contraindicada durante embarazo.

Sarampión y rubéola: actuar ante sospecha

Sarampión

Fiebre alta, tos, coriza, conjuntivitis y Koplik; rash cefalocaudal.

Acción sarampión

Aislamiento aéreo y notificación inmediata; no esperar laboratorio.

Rubéola

Fiebre baja, rash y adenopatías retroauriculares/suboccipitales.

Embarazo

Evaluación específica; una IgM aislada no demuestra infección fetal.

Roséola, parvovirus y mano-pie-boca

- **Exantema súbito:** HHV-6/7, típico entre 6 y 18 meses: fiebre alta durante 3-5 días y aparición de rash al bajar la fiebre; pueden existir convulsiones febriles.
- **Nombre correcto:** Roséola/exantema súbito no es pitiriasis rosada; esta última suele comenzar con placa heraldo y lesiones descamativas, con otra presentación clínica.
- **Parvovirus B19:** Eritema de mejillas seguido de rash reticulado en tronco/extremidades; puede dar artralgias en adultos. En niño sano, habitualmente soporte.
- **Huésped vulnerable:** Anemia hemolítica: crisis aplásica; inmunocompromiso: anemia persistente; gestación: anemia/hidropesía fetal. Exposición o síntomas en embarazada requieren evaluación específica.
- **Mano-pie-boca:** Enterovirus, incluidos coxsackie: vesículas/úlceras orales y lesiones en manos, pies y a veces región del pañal. Tratamiento sintomático e hidratación; no antibiótico rutinario.
- **Derivación:** Incapacidad de beber, signos neurológicos, somnolencia anormal o compromiso circulatorio obligan a reevaluar; el dolor oral puede causar deshidratación.

Tres patrones orientadores de exantema

Roséola

Fiebre alta 3-5 días; aparece rash cuando baja la fiebre. No es pitiriasis rosada.

Parvovirus B19

Mejillas rojas y rash reticulado; evaluar riesgo hematológico y embarazo.

Mano-pie-boca

Úlceras orales y lesiones en manos/pies; vigilar hidratación.

Alarma común

Incapacidad de beber, alteración neurológica o circulatoria obliga a reevaluar.

Lesiones orales y simuladores frecuentes

- **Gingivostomatitis herpética:** HSV causa fiebre y úlceras/vesículas dolorosas con gingivitis, afectando labios, lengua y mucosa. Dar analgesia e hidratación; considerar aciclovir temprano en cuadros seleccionados/graves.
- **Herpangina:** Enterovirus produce lesiones pequeñas posteriores en paladar blando/pilares/úvula, sobre todo en niños. No confundir con HSV por la sola presencia de vesículas; generalmente soporte.
- **Escarlatina:** Faringitis por estreptococo A con rash áspero, líneas de Pastia y lengua aframbuesada, inicialmente saburral. Confirmar según estrategia de faringitis y tratar con antibiótico adecuado.

- **Kawasaki:** Fiebre persistente, conjuntivitis no purulenta, cambios orales, rash, cambios en extremidades y adenopatía; puede ser incompleto. Requiere evaluación pediátrica cardíaca, no tratamiento como exantema banal.
- **Meningococo:** Fiebre con petequias/púrpura y deterioro obliga a tratamiento de sepsis urgente; no esperar punción lumbar ni resultados microbiológicos para el antibiótico indicado.

CLAVES EUNACOM

El estado general y la púrpura pesan más que el nombre tentativo del exantema.

Sarampión/rubéola requieren vigilancia; roséola no es pitiriasis rosada.

Referencias: [54](#), [55](#), [56](#), [57](#). Bibliografía al final.

Inmunosupresión, VIH y oportunistas

El defecto inmune orienta el riesgo y modifica las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Infecciones en personas inmunosuprimidas

El defecto inmune orienta el diferencial

Defecto predominante	Infecciones que considerar
Neutropenia y lesión de barreras	Bacterias grampositivas/gramnegativas, Candida y mohos con neutropenia prolongada.
Déficit celular: VIH avanzado, corticoides, trasplante	Pneumocystis, herpesvirus/CMV, tuberculosis, hongos y parásitos según exposición.
Déficit humoral, asplenia o inhibición del complemento	Bacterias encapsuladas; la inhibición del complemento aumenta riesgo meningocócico.
Inmunomodulación específica	Anti-TNF: TB y otras infecciones granulomatosas; anti-CD20: reactivación VHB, entre otros riesgos.

Pueden coexistir varios defectos. En trasplante importan tiempo, profilaxis, rechazo, fármacos y exposiciones, no solo el órgano trasplantado.

Tres barreras, distintos riesgos

Neutrófilos / mucosa

Bacteriemias, Candida y mohos.

Inmunidad celular

PCP, virus latentes, TB y oportunistas.

Anticuerpos / bazo

Bacterias encapsuladas e infección invasora rápida.

Cómo cambia el enfoque

- **Presentación:** signos inflamatorios débiles, fiebre ausente o deterioro rápido. Considerar causas no infecciosas, toxicidad de tratamiento y progresión de la enfermedad de base.
- **Diagnóstico:** umbral bajo para hemocultivos e imagen; pruebas moleculares/antígenos, lavado broncoalveolar o biopsia según órgano y estabilidad. Una PCR positiva puede ser colonización/reactivación sin enfermedad; una serología negativa puede reflejar respuesta humoral pobre.
- **Tratamiento:** controlar foco y cubrir patógenos probables según defecto, gravedad y epidemiología. Coordinar ajuste de inmunosupresión; no suspender todos los inmunosupresores sin considerar rechazo o insuficiencia suprarrenal.
- **Infecciones comunes:** siguen siendo frecuentes. No atribuir toda neumonía a *Pneumocystis* ni toda fiebre a hongos.

Prevenir antes de inmunosuprimir

- **Evaluar:** vacunación, tuberculosis latente/activa según riesgo, HBsAg/anti-HBc/anti-HBs, VIH y otras pruebas dirigidas. Ante exposición a *Strongyloides*, estudiar/tratar antes de corticoides intensos cuando sea posible.
- **Profilaxis:** PCP, HSV/VZV, CMV, bacterias u hongos según fármaco, intensidad y duración. No indicar todas las profilaxis a cualquier paciente que recibe corticoide.
- **Vacunas:** priorizar antes del tratamiento; las no vivas pueden ser menos inmunógenas. Vacunas vivas requieren evaluación de grado/tipo de inmunosupresión y suelen evitarse en inmunosupresión relevante.
- **Asplenia:** vacunación pertinente, educación y atención urgente ante fiebre; disponer de plan individual. Higiene alimentaria y evitar exposiciones específicas completan prevención.

CLAVES EUNACOM

El defecto inmune y la exposición guían qué buscar.

Prevenir reactivaciones antes del tratamiento es parte del manejo.

Referencias: [58](#), [59](#), [60](#). Bibliografía al final.

Neutropenia febril

Definir y actuar sin esperar deterioro

- **RAN:** recuento absoluto de neutrófilos = leucocitos × porcentaje de neutrófilos segmentados y baciliformes / 100. Riesgo alto con RAN $<500/\text{mm}^3$ o descenso previsto; profundo si $<100/\text{mm}^3$.
- **Definición chilena SOCHINF:** RAN $<500/\text{mm}^3$, o <1.000 con caída prevista a <500 en 24-48 h; fiebre axilar $>38,5^\circ\text{C}$ una vez o dos registros $>38^\circ\text{C}$ separados al menos una hora.
- **Referencia IDSA adulta:** temperatura oral $\geq 38,3^\circ\text{C}$ una vez o $\geq 38^\circ\text{C}$ durante una hora. No mezclar vía de medición ni esperar a cumplir un corte si el neutropénico está inestable o tiene foco.
- **Urgencia:** evaluación rápida, hemocultivos periféricos/catéter, hemograma, función renal/hepática y estudio dirigido al foco. Antibiótico empírico idealmente dentro de una hora; cultivos e imagen no deben retrasarlo.

Buscar focos con pocos signos

- **Examen:** boca, piel, acceso vascular, pulmón y periné mediante inspección cuidadosa. Puede no haber pus, infiltrado inicial o leucocitosis. Evitar tacto rectal, termómetro rectal y traumatismos de mucosa.
- **Dolor abdominal:** considerar enterocolitis neutropénica; TC según estabilidad, cobertura gramnegativa/anaerobia y equipo quirúrgico si complicación. No atribuir toda diarrea a quimioterapia.
- **Riesgo alto:** shock, neumonía, dolor abdominal nuevo, alteración mental, comorbilidad importante o neutropenia profunda prevista por más de siete días: hospitalizar y tratar IV. Un puntaje favorable no anula estas alarmas.

Neutropenia: primero decidir gravedad

Inestabilidad o foco grave

Hospitalizar; antibiótico IV y soporte inmediato.

Profunda y prolongada

Alto riesgo aunque el examen inicial sea discreto.

Estable y bajo riesgo

Puntaje más logística; selección formal para manejo ambulatorio.

MASCC en adultos: sumar una sola opción de síntomas

Criterio	Puntos
Síntomas ausentes/leves; moderados; graves	5; 3; 0, respectivamente
Sin hipotensión	5
Sin EPOC	4
Tumor sólido o neoplasia hematológica sin infección fúngica previa	4
Sin deshidratación que requiera fluidos parenterales	3
Ambulatorio al comienzo de la fiebre	3
Edad menor de 60 años	2

Máximo 26. ≥ 21 orienta a bajo riesgo de complicación; no autoriza alta por sí solo. Deben cumplirse estabilidad, tolerancia oral, acceso rápido, apoyo y seguimiento. En niños usar el modelo pediátrico validado por PINDA, no MASCC.

Criterio	Interpretación
Enfermedad oncológica de alto riesgo	Leucemia no linfoblástica, leucemia en recaída, linfoma no Hodgkin o neuroblastoma etapa IV.
Hipotensión o proteína C reactiva ≥ 90 mg/L	Cada uno puede clasificar como alto riesgo.
Plaquetas $\leq 50.000/\text{mm}^3$ y quimioterapia en los últimos ≤ 7 días	La combinación de ambos constituye criterio de alto riesgo.

Esquema de la red PINDA publicado en 2024; aplicar el protocolo pediátrico del centro. La inestabilidad siempre obliga a manejo hospitalario, aunque falte un resultado de laboratorio.

PINDA: criterios que elevan el riesgo

Enfermedad de base

Cánceres definidos de alto riesgo en el modelo.

Perfusión o inflamación

Hipotensión o proteína C reactiva ≥ 90 mg/L.

Dos datos combinados

Plaquetas $\leq 50.000/\text{mm}^3$ y quimioterapia en los últimos ≤ 7 días.

Tratamiento inicial y revisión

- **Hospitalario de alto riesgo:** betalactámico IV antipseudomónico, por ejemplo cefepima, piperacilina-tazobactam o meropenem según resistencia y foco. Ajustar exposición y función renal; no asumir que cualquier cefalosporina sirve.
- **Vancomicina:** añadir si hay sospecha de infección de catéter, piel/tejidos blandos, neumonía con riesgo MRSA, bacteriemia grampositiva o inestabilidad; portar CVC sin esos datos no basta.
- **Alergia inmediata grave:** necesita pauta alternativa que cubra gramnegativos y grampositivos; aztreonam solo no es suficiente. Una estrategia posible es aztreonam más vancomicina, adaptada al foco y resistencia.
- **Ambulatorio seleccionado:** fluoroquinolona oral más amoxicilina-clavulanato puede ser opción si no recibió profilaxis con quinolona y el contexto lo permite. Primera dosis y observación clínica, habitualmente al menos cuatro horas antes del alta, con reevaluación estrecha.
- **Fiebre persistente:** repetir evaluación clínica/microbiológica; a los 4-7 días de antibióticos, si la neutropenia se prevé por más de siete días, investigar hongos y valorar antifúngico empírico o estrategia anticipada según riesgo y hallazgos. No agregar fármacos de manera automática solo por seguir febril estando estable.

Cobertura inicial: añadir con un motivo

Base

Betalactámico antipseudomónico según epidemiología.

Grampositivos resistentes

Añadir cobertura cuando foco o gravedad lo justifican.

Hongos

Evaluar riesgo y persistencia; no antifúngico automático.

CLAVES EUNACOM

La ausencia de pus o fiebre intensa no tranquiliza en neutropenia.

Riesgo clínico y logística pesan más que un puntaje aislado.

Referencias: [60](#), [61](#), [62](#), [63](#). Bibliografía al final.

Infección por VIH / SIDA

Sospecha, transmisión y confirmación

- **Curso:** La primoinfección puede producir fiebre, faringitis, adenopatías, rash, diarrea o meningitis aséptica; después existe un período clínicamente silencioso antes de inmunodeficiencia progresiva sin tratamiento.
- **Transmisión:** Sexual, sanguínea y vertical; no por abrazos, alimentos, baños compartidos ni contacto social habitual. Usar lenguaje no estigmatizante y confidencialidad.
- **Tamizaje:** Preferir prueba combinada de cuarta generación: anticuerpos VIH-1/2 y antígeno p24. Un resultado reactivo requiere el algoritmo confirmatorio del ISP, no un Western blot obligatorio en todos los casos.
- **Ventana:** Una prueba negativa precoz no excluye infección. Ante síndrome retroviral agudo o exposición reciente con alta sospecha, solicitar ARN VIH y repetir serología según tiempo y método.
- **Diagnóstico pediátrico:** Los anticuerpos maternos dificultan la interpretación neonatal; usar pruebas virológicas y calendario de seguimiento de la red, no diagnosticar por IgG aislada.

Evaluación inicial y tratamiento para todas las personas

- **Estadificación:** Solicitar carga viral y CD4; evaluar tuberculosis, VHB/VHC, sífilis, embarazo, función renal/hepática, hemograma, vacunación, comorbilidades e interacciones; genotipo de resistencia según disponibilidad y escenario.
- **SIDA:** En adultos, CD4 <200 células/μL o enfermedad definitoria orientan enfermedad avanzada; candidiasis oral aislada no es equivalente a candidiasis esofágica definitoria.

- **TAR:** Indicar a toda persona con infección confirmada, independientemente del CD4. Inicio pronto con apoyo a adherencia; algunas infecciones oportunistas del SNC requieren diferirlo para evitar daño por reconstitución inmune.
- **Esquema habitual:** Dos análogos nucleós(t)idos más un inhibidor de integrasa de alta barrera genética. Seleccionar según resistencia, función renal, VHB, embarazo y tratamientos concomitantes.
- **Excepciones:** Los esquemas de dos fármacos corresponden a pacientes seleccionados; no usarlos automáticamente con VHB, resistencia o datos basales pendientes. La monoterapia no es tratamiento adecuado.
- **Control:** La carga viral mide respuesta; CD4 orienta riesgo/profilaxis. Ante viremia persistente, revisar adherencia e interacciones antes de cambiar empíricamente todo el esquema.

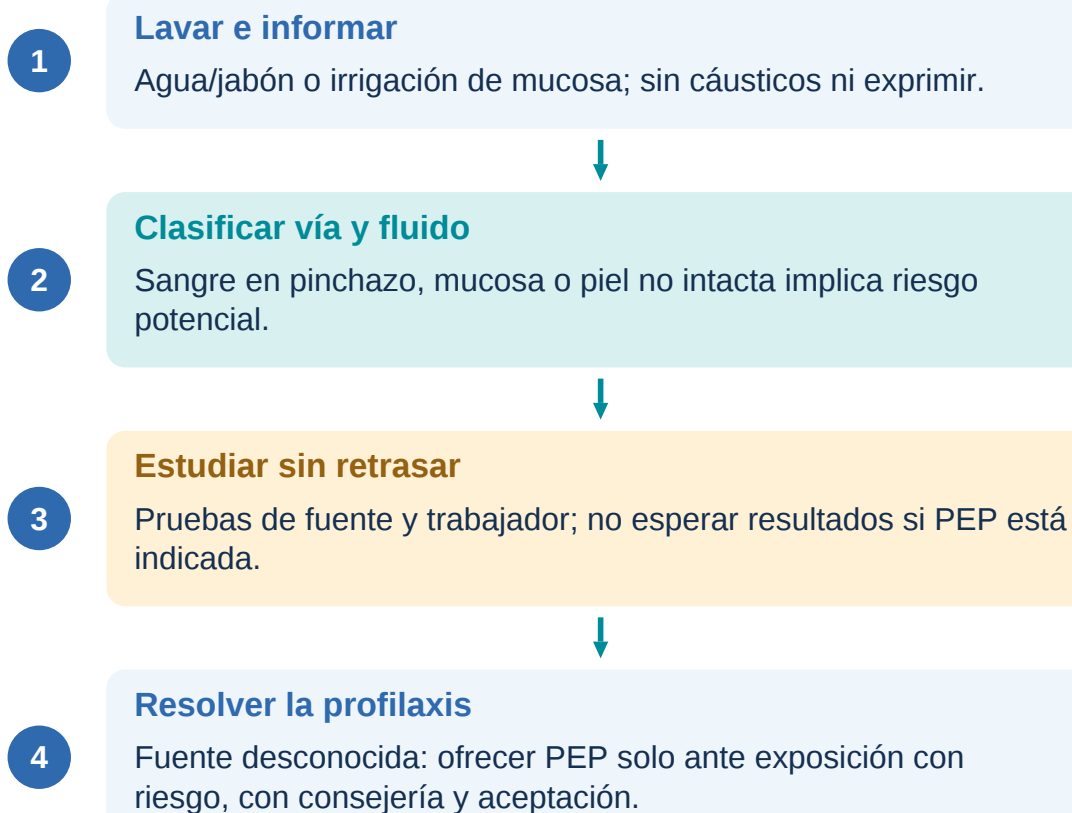
Prevención combinada y embarazo

- **Indetectable = intransmisible:** Con TAR y supresión viral sostenida no ocurre transmisión sexual. Esta evidencia no sustituye las reglas de exposición laboral ni implica ausencia de otras ITS.
- **PrEP:** Para personas sin VIH con riesgo persistente: excluir infección aguda, evaluar riñón/VHB y ofrecer régimen autorizado con seguimiento. TDF/FTC 300/200 mg VO diarios es una opción con aclaramiento >60 mL/min; requiere controles, incluido VIH cada 3 meses.
- **Barreras y vacunas:** Preservativos, material de inyección estéril, pesquisa de ITS y vacunas indicadas por edad/inmunidad. Las vacunas vivas requieren valoración según inmunosupresión.
- **Gestación:** Pesquisar al ingreso prenatal y repetir según estrategia nacional/riesgo; TAR durante embarazo, plan de parto, profilaxis neonatal y pruebas virológicas reducen transmisión vertical.
- **Parto y alimentación:** La guía chilena indica cesárea programada si carga viral >1.000 copias/mL o desconocida al final del embarazo, entre otros escenarios. Una carga detectable baja no impone cesárea automática.
- **Red chilena:** Seguir el protocolo local de sustitución de lactancia y profilaxis del recién nacido; no extrapolar recomendaciones de lactancia de otros contextos sin evaluación especializada.

Accidente laboral: clasificar antes de medicar

- **Primeros minutos:** Lavar piel con agua/jabón e irrigar mucosas con agua; no exprimir la herida ni usar cáusticos. Informar inmediatamente, registrar la exposición y activar salud ocupacional/urgencia.
- **Exposición relevante:** Pinchazo, corte o sangre/material potencialmente infeccioso sobre mucosa o piel no intacta. Piel sana, contacto casual o saliva sin sangre visible no indican PEP por sí solos.
- **Fuente:** Solicitar VIH, HBsAg y estudio VHC; al trabajador, VIH basal, VHB/anti-HBs, VHC, creatinina, pruebas hepáticas y embarazo cuando corresponda. No esperar resultados para iniciar PEP indicada.
- **Desconocida:** Según NT232, ofrecer PEP si la exposición tiene riesgo y la persona acepta tras consejería. Una fuente desconocida sin vía de exposición relevante no justifica antirretrovirales.
- **Fuente VIH positiva:** La NT232 chilena ofrece PEP laboral incluso con carga indetectable. Diferenciar esta regla ocupacional de la evidencia de intransmisibilidad sexual.

Accidente laboral: de la exposición a la decisión



PEP laboral chilena: tiempo, pauta y seguimiento

- **Ventana:** Iniciar cuanto antes, idealmente en las primeras horas y antes de 72 horas. Superado ese plazo, valoración especializada; no sustituir evaluación por una receta tardía automática.
- **Pauta adulta preferida NT232:** TDF 300 mg + lamivudina 300 mg + dolutegravir 50 mg VO una vez al día. Con aclaramiento ≤ 50 mL/min, consultar para elegir una pauta renal apropiada; revisar interacciones y resistencia de la fuente.
- **Duración y marco:** La tabla operativa chilena prescribe un mes, 30 días; su introducción y las guías internacionales describen 28 días. Seguir la pauta completa definida por la red y no combinar duraciones por cuenta propia.
- **Alternativa chilena:** TDF/FTC 300/200 mg diarios más raltegravir 400 mg cada 12 horas. Separar inhibidores de integrasa de antiácidos/suplementos con cationes según ficha; revisar metformina con dolutegravir.
- **Control:** Revisión clínica a las 72 horas hábiles; VIH de cuarta generación basal y a 3 meses según NT232. Otros controles dependen de exposiciones, resultados, síntomas y protocolo.
- **Resultado basal positivo:** Confirmar y vincular a tratamiento VIH; deja de ser un escenario de profilaxis. Interpretar cronología con antecedentes y pruebas, sin atribuir automáticamente el diagnóstico al accidente reciente.

PEP laboral: ventana y pauta chilena

Inicio urgente

Cuanto antes, antes de 72 horas; después, valoración especializada.

Pauta adulta preferida

TDF 300/3TC 300/DTG 50 mg VO una vez al día; revisar riñón e interacciones.

Duración de la tabla chilena

30 días en NT232; introducción y estándar internacional describen 28 días.

Control

Clínico a 72 horas hábiles; VIH basal y a 3 meses según NT232.

No combinar duraciones: completar el protocolo definido por la red.

No olvidar hepatitis B y C en la misma exposición

- **Riesgo:** Depende de profundidad, volumen de sangre, viremia y vacunación. El riesgo percutáneo VIH se aproxima a 0,3% sin profilaxis; los porcentajes históricos no son probabilidades universales para cualquier contacto.
- **VHB:** Verificar vacunación y respuesta documentada. Anti-HBs ≥ 10 mUI/mL tras esquema completo acredita respuesta protectora; no asumir inmunidad solo por trabajar en salud.
- **No inmune:** Vacunación y, cuando corresponde por estado de la fuente y respuesta previa, inmunoglobulina anti-VHB lo antes posible. El manejo difiere entre no vacunado, respuesta desconocida y no respondedor.
- **VHC:** No existe vacuna ni PEP antiviral recomendada. El riesgo percutáneo estimado en vigilancia reciente es aproximadamente 0,2%; depende de las características de la exposición y de la fuente.
- **Seguimiento VHC:** Si la fuente es infectante/desconocida, complemento CDC: ARN a las 3-6 semanas y anticuerpos a los 4-6 meses; tratar tempranamente la infección detectada, no dar antivirales preventivos indiscriminados.

CLAVES EUNACOM

TAR es tratamiento; PEP y PrEP previenen infección en escenarios distintos.

La exposición laboral se decide por vía y fluido, además del estado de la fuente.

Referencias: [48](#), [64](#), [65](#), [66](#), [67](#), [68](#), [69](#), [70](#), [71](#), [72](#). Bibliografía al final.

Infecciones por VIH

Inmunidad y profilaxis: el CD4 no actúa solo

- **Contexto:** Una persona con VIH puede presentar infecciones comunes, tuberculosis u oportunistas; integrar CD4, carga viral, TAR, exposición y síndrome, sin convertir el recuento en un diagnóstico.
- **PCP, criterio NIH:** Sin TAR o al iniciarla, indicar profilaxis si $CD4 < 200$ células/ μ L. Si ya recibe TAR, está indicada con $CD4 < 100$ o entre 100-200 con viremia persistente.
- **Toxoplasma:** Profilaxis primaria si IgG positiva y $CD4 < 100$ células/ μ L. TMP/SMX 160/800 mg VO diarios cubre toxoplasmosis y PCP; comprobar alergias, función renal, potasio y citopenias.
- **Suspensión PCP:** Puede suspenderse tras recuperación a $CD4 \geq 200$ durante al menos 3 meses con TAR; escenarios con $CD4$ 100-200 y supresión sostenida se individualizan.
- **MAC:** No dar profilaxis automáticamente por $CD4 < 50$ si se inicia TAR eficaz de inmediato. Considerarla con < 50 sin TAR eficaz o viremia persistente y excluir enfermedad activa.
- **CMV:** No se recomienda valganciclovir como profilaxis primaria rutinaria, ni siquiera solo por $CD4 < 50$ o viremia CMV. TAR y vigilancia de síntomas visuales son fundamentales.

Profilaxis: CD4 más contexto

PCP sin TAR o al iniciarla
 $CD4 < 200$ células/ μ L.

PCP ya con TAR
 $CD4 < 100$, o 100-200 con viremia persistente.

Toxoplasma
 IgG positiva y $CD4 < 100$;
 TMP/SMX diario puede cubrir
 PCP y toxoplasma.

MAC
 $CD4 < 50$ sin TAR eficaz; excluir
 infección activa antes de
 profilaxis.

CMV
 No indicar profilaxis primaria rutinaria solo por $CD4$ bajo o viremia.

Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*

- **Sospecha:** Fiebre, tos seca, disnea progresiva e hipoxemia, a menudo con pocos hallazgos auscultatorios. Radiografía con infiltrado bilateral o inicialmente normal; TC puede mostrar vidrio esmerilado.
- **Confirmación:** Detección del microorganismo en esputo inducido o lavado broncoalveolar; PCR y β -D-glucano ayudan, pero interpretar colonización y especificidad. No retrasar tratamiento si la sospecha y gravedad son altas.
- **Tratamiento adulto:** TMP/SMX: 15-20 mg/kg/día del componente TMP, dividido cada 6-8 horas, VO o IV según gravedad, durante 21 días; ajustar a función renal.
- **Corticoides:** Si $\text{PaO}_2 < 70$ mmHg en aire ambiente o gradiente alveoloarterial ≥ 35 mmHg. Prednisona: 40 mg cada 12 horas días 1-5; 40 mg/día días 6-10; 20 mg/día días 11-21.
- **Momento:** Iniciar corticoide idealmente dentro de 72 horas del antibiótico cuando está indicado. Iniciar TAR dentro de aproximadamente 2 semanas si es posible; mantener profilaxis secundaria posterior.

PCP: hipoxemia cambia el tratamiento

Sospecha

Disnea progresiva, tos seca, fiebre e hipoxemia; imagen inicialmente normal no excluye.

TMP/SMX adulto

TMP 15-20 mg/kg/día dividido cada 6-8 h por 21 días; ajustar riñón.

Corticoide si cumple

$\text{PaO}_2 < 70$ mmHg en aire ambiente o gradiente A-a ≥ 35 mmHg.

TAR

Iniciar dentro de aproximadamente 2 semanas si es posible; luego profilaxis secundaria.

Toxoplasmosis cerebral y lesiones focales

- **Presentación:** Cefalea, fiebre, focalidad o convulsiones, especialmente con $\text{CD4} < 100$; neuroimagen con lesiones captantes en anillo, a menudo múltiples, edema y compromiso de ganglios basales.
- **Diagnóstico probable:** Clínica, imagen e IgG compatible permiten tratamiento presuntivo; IgG negativa reduce probabilidad. Diferenciar linfoma primario del SNC, tuberculomas, abscesos y otras infecciones.
- **Pauta adulta:** TMP/SMX, calculado como TMP 5 mg/kg cada 12 horas, IV o VO, durante al menos 6 semanas según respuesta. No confundir con la dosis diaria mayor utilizada en PCP.
- **Alternativa:** Pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico; el fólico previene toxicidad hematológica y no debe omitirse. Selección y monitorización corresponden a manejo especializado.

- **Reevaluación:** Deterioro o ausencia de mejoría en 10-14 días exige reconsiderar diagnóstico y eventual biopsia. Corticoides solo ante efecto de masa/edema significativo; anticonvulsivos si presenta crisis.
- **Después:** Mantener terapia secundaria hasta completar tratamiento inicial, estar asintomático y recuperar CD4 >200 durante >6 meses con TAR. También se trata toxoplasmosis ocular o grave en inmunocompetentes.

Criptococosis: meningitis con inflamación discreta

- **Sospecha:** Cefalea subaguda, fiebre o alteración mental, habitualmente con CD4 <100; rigidez de nuca y pleocitosis pueden faltar. Solicitar antígeno criptocócico en sangre y LCR, cultivo y presión de apertura.
- **Punción lumbar:** Es diagnóstica y terapéutica; neuroimagen previa cuando existan signos que la indiquen, no como barrera universal. La tinta china negativa no excluye infección.
- **Inducción hospitalaria:** NIH: anfotericina B liposomal 3-4 mg/kg IV al día + flucitosina 25 mg/kg VO cada 6 horas durante 2 semanas, con función renal, hemograma y electrolitos vigilados.
- **Continuidad:** Consolidación con fluconazol, habitualmente 800 mg/día inicialmente durante al menos 8 semanas; después mantenimiento 200 mg/día. Ajustar a cultivos, respuesta, TAR y función renal.
- **Hipertensión intracraneal:** Punciones evacuadoras repetidas cuando está elevada y sintomática; no reemplazarlas por corticoides, manitol o acetazolamida rutinarios.
- **TAR y mantenimiento:** En meningitis, diferir TAR alrededor de 4-6 semanas. Suspender mantenimiento solo tras ≥1 año desde inicio antifúngico, ausencia de síntomas, CD4 ≥100 y carga VIH suprimida con TAR.

CMV, MAC y otras manifestaciones avanzadas

- **Retinitis CMV:** Miodesopsias, escotomas o menor visión requieren fondo de ojo urgente; riesgo mayor con CD4 <50. La PCR sanguínea positiva no demuestra enfermedad de órgano.
- **Tratamiento retinitis:** Valganciclovir 900 mg VO cada 12 horas por 14-21 días, con ajuste renal, o ganciclovir IV según gravedad; lesiones que amenazan visión pueden requerir terapia intravítrea adicional a la sistémica.
- **Mantenimiento retinitis:** Tras controlar la retinitis, valganciclovir 900 mg VO diarios, ajustado al riñón. No confundir con la dosis de inducción ni con profilaxis primaria.
- **Suspensión con oftalmología:** Solo tras ≥3 meses de tratamiento, lesiones inactivas y CD4 ≥100 durante ≥3 meses con TAR; continuar controles oculares.
- **CMV digestivo:** Úlceras esofágicas/colitis se confirman con endoscopia y biopsia compatible; no diagnosticar por viremia aislada. También puede afectar SNC y suprarrenales; vigilar mielotoxicidad y riñón durante terapia.
- **MAC diseminado:** Fiebre, baja de peso, anemia y hepatoesplenomegalia; confirmar con hemocultivos/cultivos de sitio afectado. Tratar con macrólido + etambutol, nunca macrólido solo; duración ≥12 meses y recuperación inmunológica.
- **Tuberculosis:** Puede aparecer con cualquier CD4 y ser extrapulmonar o diseminada; obtener muestras y prueba molecular, aplicar aislamiento respiratorio cuando corresponda. Ajustar TAR por interacciones con rifamicinas.
- **Kaposi:** Lesiones violáceas cutáneas, orales o viscerales asociadas a HHV-8; confirmar por biopsia cuando corresponde. TAR es central y enfermedad extensa requiere oncología; no exigir CD4 <50 para sospecharlo.

- **Reconstrucción inmune:** Empeoramiento tras iniciar TAR puede ser SRI/IRIS, pero primero descartar infección nueva, falla terapéutica o toxicidad; la conducta depende del patógeno y órgano.

CLAVES EUNACOM

No existe una regla de profilaxis «CD4 <50 = anti-CMV».

PCP, toxoplasmosis cerebral y criptococosis requieren pautas y tiempos de TAR diferentes.

Referencias: [73](#), [74](#), [75](#), [76](#), [77](#). Bibliografía al final.

Candidiasis oral y esofágica

Localización y factores predisponentes

- **Oral:** Placas blancas que se desprenden al raspado y dejan base eritematosa; también formas eritematosas y queilitis angular. Diferenciar leucoplasia vellosa, que no se elimina fácilmente.
- **Predisposición:** VIH avanzado, antibióticos, corticoides inhalados, prótesis, diabetes o inmunosupresión. Enjuague bucal después de inhalador e higiene de prótesis reducen recurrencia.
- **Esofágica:** Odinofagia o disfagia, especialmente con inmunosupresión; puede existir sin candidiasis oral visible. Es enfermedad definitoria de SIDA en el contexto apropiado.
- **Alarmas:** Incapacidad para tragar líquidos, deshidratación, dolor intenso o sangrado requieren atención urgente y eventual tratamiento IV.

Candida: boca y esófago

Boca

Placas desprendibles con base eritematosa; también forma eritematosa.

Esófago

Odinofagia/disfagia; puede faltar candidiasis oral.

Huésped

VIH, corticoides, antibióticos, prótesis, diabetes e inmunosupresión.

Urgencia

No tolera líquidos, dolor intenso, deshidratación o sangrado.

Diagnóstico y prueba terapéutica

- **Oral típica:** Diagnóstico clínico; examen directo/cultivo si aspecto atípico o falla. Un cultivo positivo sin lesión compatible puede representar colonización.
- **Esofágica probable:** En huésped compatible puede iniciarse tratamiento sistémico empírico. No exigir endoscopia antes de tratar todos los casos estables.
- **Sin respuesta:** Ausencia de mejoría dentro de 7 días exige endoscopia con muestras para Candida resistente, CMV, HSV u otras causas; no prolongar indefinidamente una pauta ineficaz.
- **Resistencia:** Revisar adherencia, dosis, absorción, especie y exposición previa a azoles; considerar pruebas de susceptibilidad y manejo especializado.

Pautas adultas: boca y esófago no son iguales

- **Oral:** Fluconazol 200 mg VO como carga, seguido de 100-200 mg diarios durante 7-14 días; opciones tópicas en enfermedad leve y paciente adecuado.
- **Alternativa tópica:** Nistatina suspensión 100.000 UI/mL, 4-6 mL cuatro veces al día durante 7-14 días; mantener contacto con mucosa. No es tratamiento suficiente para candidiasis esofágica.
- **Esofágica:** Fluconazol 200 mg de carga y después 100-200 mg, hasta 400 mg diarios según situación, VO o IV durante 14-21 días; siempre requiere tratamiento sistémico.
- **Precauciones:** Revisar función renal, hepatotoxicidad, QT e interacciones con TAR y otros fármacos. En embarazo, seleccionar tratamiento con equipo obstétrico; no extrapolar azoles sistémicos sin valoración.

Candidiasis: tratamiento según localización

Oral adulta

Fluconazol 200 mg de carga, luego 100-200 mg/día por 7-14 días.

Oral leve seleccionada

Puede utilizarse terapia tópica; no basta para esofagitis.

Esofágica adulta

Fluconazol 200 mg de carga; luego 100-200, hasta 400 mg/día según situación, por 14-21 días.

Precauciones

Riñón, hígado, QT, interacciones y embarazo requieren valoración.

Recurrencia y prevención

- **Corregir causa:** Optimizar TAR, control de diabetes, higiene oral/prótesis y técnica de inhaladores; evitar antibióticos innecesarios. La recurrencia debe motivar revisión del huésped.
- **Profilaxis:** No indicar fluconazol preventivo crónico a todas las personas con VIH/CD4 bajo; reservar supresión para situaciones seleccionadas por recurrencia y especialista.
- **Seguimiento:** Confirmar resolución clínica y recuperación de deglución; persistencia de lesiones no raspables o pérdida de peso requiere ampliar estudio.

CLAVES EUNACOM

Odinofagia en VIH avanzado puede ser Candida, CMV o HSV.

La candidiasis esofágica exige antifúngico sistémico, aunque no haya placas en boca.

Referencias: [78](#). Bibliografía al final.

Micosis invasoras

Candidemia e infección profunda

- **Riesgo:** cirugía abdominal complicada, CVC, nutrición parenteral, antibióticos amplios, UCI o neutropenia. Candida en sangre es clínicamente relevante; no descartarla como contaminación habitual.
- **Diagnóstico:** hemocultivos, especie y susceptibilidad; buscar foco profundo. Candida en secreción respiratoria suele ser colonización y no indica por sí sola antifúngico.
- **Inicial:** equinocandina es una opción preferida en candidemia; ajustar según susceptibilidad, estabilidad, sitio y disponibilidad. Fluconazol se utiliza en pacientes seleccionados o como descenso si sensible, estable y con aclaramiento.
- **Control:** retirar foco vascular cuando corresponde, repetir hemocultivos hasta negativizar e investigar persistencia. Sin metástasis, tratar al menos 14 días desde aclaramiento documentado y resolución clínica; complicaciones y neutropenia modifican la pauta.
- **Ojo y otros órganos:** síntomas visuales exigen oftalmología urgente. La evaluación ocular sistemática varía entre recomendaciones; seguir protocolo del equipo, especialmente si hay persistencia o incapacidad para referir síntomas.

Candida en sangre: tratar y demostrar control

1

Reconocer

No considerar el hemocultivo un contaminante habitual.



2

Tratar y controlar foco

Antifúngico apropiado; evaluar catéter y focos profundos.



3

Confirmar aclaramiento

Hemocultivos de control y evaluación de persistencia.



4

Completar

Duración desde aclaramiento, clínica y complicaciones.

Aspergillus: no es una sola enfermedad

Forma	Pista diagnóstica	Principio de manejo
Invasora	Neutropenia/trasplante; nódulos, dolor pleurítico, fiebre o hemoptisis. TC, galactomanano y material respiratorio/biopsia según contexto.	Voriconazol o isavuconazol según indicación; alternativas con anfotericina liposomal. No esperar cultivo si sospecha alta en huésped de riesgo.
Aspergiloma	Bola fúngica en cavidad previa, por ejemplo secuela de TB; hemoptisis.	Observación o intervención según síntomas y riesgo; no equivale a invasión. Hemoptisis relevante puede requerir embolización/cirugía.
Pulmonar crónica	Síntomas e imágenes cavitarias progresivas por meses, con IgG específica y evidencia compatible.	Azol prolongado y seguimiento especializado.
Broncopulmonar alérgica	Asma/fibrosis quística u otro contexto compatible, sensibilización e inflamación alérgica.	Control de respuesta alérgica y tratamiento especializado; no tratar como candidemia o invasión por defecto.

Galactomanano depende del huésped y muestra; un resultado aislado no sustituye contexto. IgG es más útil en formas crónicas que como prueba principal de invasión aguda.

Aspergillus: el huésped cambia la enfermedad

Invasión

Huésped vulnerable, lesiones agudas y diseminación posible.

Cavidad / crónica

Secuela pulmonar, bola fúngica o progresión cavitaria.

Alergia

Sensibilización y respuesta inflamatoria de vía aérea.

Mucormicosis: una urgencia médica y quirúrgica

- **Riesgo:** cetoacidosis/diabetes descompensada, neutropenia, trasplante o trauma. Forma rino-órbito-cerebral: dolor facial, edema, síntomas sinusales, alteración visual o pares craneales; la escara negra puede aparecer tarde.
- **Diagnóstico:** imagen para extensión y biopsia urgente para histología/cultivo. Hifas anchas, pauciseptadas, con ramificación irregular orientan; pruebas de galactomanano no descartan Mucorales.

- **Tratamiento:** desbridamiento precoz más anfotericina B liposomal IV y corrección de cetoacidosis/inmunosupresión si posible. Isavuconazol o posaconazol son opciones especializadas según situación; voriconazol no cubre mucormicosis.
- **Seguimiento:** vigilar riñón/electrolitos y extensión, con procedimientos repetidos si se necesitan. No esperar necrosis extensa para consultar cirugía/oftalmología/otorrino.

Sospecha de mucormicosis: actuar en paralelo

Extensión y tejido

Imagen y biopsia urgente.

Tratamiento

Anfotericina liposomal y cirugía precoz.

Terreno

Corregir cetoacidosis y factores reversibles.

Antifúngicos: toxicidad y foco

- **Azoles:** interacciones importantes, metabolismo hepático y efectos sobre QT según agente; revisar medicación concomitante y necesidad de medir concentraciones.
- **Anfotericina:** nefrotoxicidad, hipopotasemia/hipomagnesemia y reacciones de infusión; formulaciones no son intercambiables miligramo por miligramo.
- **Equinocandinas:** útiles en Candida invasora, pero penetración limitada en orina, ojo y SNC modifica selección. El lugar de infección determina fármaco y duración.
- **Otros hongos:** Cryptococcus, Histoplasma y hongos endémicos se buscan según defecto inmune y viajes/exposición. La criptococosis del VIH se desarrolla en su sección específica.

CLAVES EUNACOM

Candida en sangre requiere actuar; Candida en esputo suele colonizar.

Voriconazol cubre Aspergillus, pero no es tratamiento de mucormicosis.

Referencias: [79](#), [80](#), [81](#). Bibliografía al final.

Infecciones sexuales y perinatales

Diagnosticar por síndrome y pruebas, tratar parejas cuando corresponde y proteger al recién nacido.

Enfermedades de transmisión sexual (general)

Atención integral de ITS

- **Entrevista:** Preguntar prácticas, sitios de exposición, parejas, barreras, antecedentes y posibilidad de embarazo con privacidad y consentimiento; no inferir riesgo por identidad u orientación.
- **Abordaje:** Examinar lesiones y síntomas; ofrecer VIH/sífilis y pruebas según exposición. Manejar parejas de acuerdo al patógeno, no con una regla antibiótica universal.
- **Salud pública:** Aplicar notificación y vigilancia exigidas para cada infección según normativa chilena; no afirmar que todas las ITS tienen idéntica obligación o formulario.
- **Prevención:** Preservativos/barreras, vacunación VHB/VPH, PrEP/PEP cuando corresponda y apoyo frente a violencia sexual. Una vacuna no trata una infección existente.

Herpes genital: episodio, recurrencia y transmisión

- **Clínica:** HSV-1 o HSV-2: vesículas agrupadas y úlceras dolorosas; lesiones pueden ser atípicas. La eliminación asintomática permite transmisión aunque no haya úlceras visibles.
- **Confirmación:** PCR/NAAT de lesión cuando está presente; cultivo es menos sensible. No usar IgM HSV para diagnosticar episodio reciente ni una serología HSV-1 positiva para ubicar infección genital.
- **Primer episodio adulto:** Valaciclovir 1 g VO cada 12 horas por 7-10 días o aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 7-10 días; prolongar si la cicatrización está incompleta.
- **Recurrencias:** Tratamiento episódico precoz o supresión diaria según frecuencia, impacto y transmisión; la supresión reduce recurrencia, pero no erradica latencia.
- **Embarazo/alarma:** Primoinfección cercana al parto, lesiones al inicio del trabajo de parto, retención urinaria, meningismo o enfermedad diseminada requieren manejo especializado.

Herpes genital: confirmar, tratar, prevenir

Lesión presente

PCR/NAAT de lesión; IgM no diagnostica infección reciente.

Primer episodio adulto

Valaciclovir 1 g cada 12 h o aciclovir 400 mg cada 8 h, por 7-10 días.

Recurrencias

Episódico temprano o supresión según frecuencia e impacto; no erradica latencia.

Alarma

Embarazo próximo al parto, retención urinaria, meningismo o diseminación.

VPH y verrugas anogenitales

- **Tipos:** VPH 6/11 causan gran parte de condilomas; tipos oncogénicos como 16/18 se relacionan con cáncer. Una verruga visible no equivale a lesión precancerosa.
- **Diagnóstico:** Generalmente clínico; biopsiar lesiones pigmentadas, induradas, ulceradas, sangrantes, atípicas o sin respuesta, especialmente en inmunocompromiso.
- **Tratamiento:** Opciones según sitio, extensión y embarazo: crioterapia, ácido tricloroacético aplicado por profesional o tratamientos tópicos prescritos como imiquimod/podofilotoxina cuando sean apropiados.
- **Seguridad:** No aplicar ácido salicílico de verrugas comunes en genitales. Podofilina/podofilotoxina no deben usarse en embarazo; selección individual y supervisión.
- **Prevención y control:** Vacuna conforme a PNI vigente y tamizaje cervical según programa; ni tratar condilomas ni vacunarse sustituye el tamizaje indicado.

VPH: verruga, cáncer y prevención

Condilomas

VPH 6/11 frecuentes; no equivalen a lesión precancerosa.

Lesión atípica

Pigmentada, indurada, ulcerada, sangrante o refractaria: valorar biopsia.

Tratamiento local

Elegir según sitio, extensión y embarazo; no ácido salicílico genital.

Prevención

Vacuna y tamizaje cervical según programa; tratar verrugas no sustituye tamizaje.

Úlcera dolorosa, molusco y ectoparásitos

- **Chancroide:** *Haemophilus ducreyi* causa úlcera dolorosa de bordes irregulares y posible bubón; descartar HSV y sífilis. Complemento CDC: azitromicina 1 g VO o ceftriaxona 250 mg IM, dosis única.
- **Molusco contagioso:** Poxvirus: pápulas perladas umbilicadas, frecuentes en niños; en adultos la localización genital puede ser sexual, pero no toda infección adulta lo es.
- **Conducta en molusco:** Suele resolver espontáneamente; destrucción local según síntomas, transmisión y preferencia. Lesiones gigantes, numerosas o atípicas obligan a valorar inmunosupresión y otros diagnósticos.
- **Pediculosis pubis:** Prurito con piojos/liendres; tratar paciente y contactos sexuales, ropa/ropa de cama y buscar otras ITS. Permetrina 1% por 10 minutos es una opción; afectación palpebral requiere manejo específico, sin insecticida ocular.

Mpox: reconocer presentación genital o atípica

- **Sospecha:** Lesiones profundas dolorosas, umbilicadas o pustulosas, adenopatías y fiebre; puede haber pocas lesiones genitales o proctitis intensa sin pródromo típico.
- **Transmisión:** Contacto estrecho con lesiones, fluidos o materiales contaminados, incluido contacto sexual; no restringir sospecha a una orientación sexual.
- **Diagnóstico:** PCR de lesiones y coordinación con vigilancia/ISP. Considerar HSV, varicela, sífilis y molusco; una ITS concomitante no excluye mpox.
- **Manejo:** Analgesia, cuidado de piel, hidratación y precauciones hasta resolución de lesiones/costras y piel nueva. Notificar/coordinar contactos y vacunación según programa vigente.
- **Urgencia:** Dolor no controlable, proctitis grave, compromiso ocular, embarazo, inmunosupresión intensa o lesiones extensas requieren derivación y valoración de terapia específica.

CLAVES EUNACOM

HSV, sífilis, chancroide y mpox pueden producir lesiones genitales; no tratar solo por el aspecto clásico. Los productos para verrugas comunes no se aplican automáticamente en mucosa genital.

Referencias: [82](#), [83](#), [84](#), [85](#), [86](#), [87](#), [88](#). Bibliografía al final.

Tricomoniasis, clamidia y gonorrea

Del síndrome a la muestra correcta

- **Presentaciones:** Uretritis, cervicitis, proctitis y algunas infecciones faríngeas por gonococo/clamidia; muchas son asintomáticas. Secreción purulenta o mucosa orienta, pero no identifica de forma segura el agente.
- **Estudio preferente:** Prueba de amplificación de ácidos nucleicos para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* en orina inicial o muestra genital; añadir recto/faringe según prácticas sexuales y síntomas.
- **Gram:** Diplococos gramnegativos intracelulares en secreción uretral de varón sintomático apoyan gonorrea; un Gram negativo no la excluye, especialmente en mujeres o sitios extragenitales.
- **Cultivo:** Necesario para susceptibilidad ante sospecha de falla o resistencia gonocócica; obtener antes de repetir antibióticos cuando sea posible.
- **Alarmas:** Dolor pélvico, fiebre, dolor testicular, artritis o lesiones cutáneas requieren descartar enfermedad pélvica inflamatoria, epididimitis o gonococemia; sus pautas no son las de infección simple.

La muestra sigue al sitio de exposición

Urogenital

NAAT para gonococo/clamidia en orina inicial o muestra genital.

Recto y faringe

Añadir muestras según prácticas sexuales y síntomas.

Sospecha de falla

Cultivo y susceptibilidad gonocócica antes de repetir antibióticos cuando sea posible.

Complicación

Dolor pélvico/testicular, fiebre o artritis requieren otra evaluación y pauta.

Tratamiento adulto no complicado: complemento CDC

Agente/escenario	Pauta	Condición indispensable
Gonorrea genital, rectal o faríngea	Ceftriaxona 500 mg IM una vez; 1 g si peso ≥ 150 kg	Añadir tratamiento de clamidia si no se excluyó; seguir susceptibilidad y protocolo local.
Clamidia, no gestante	Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 7 días	Preferida también en infección rectal; revisar contraindicaciones.
Clamidia durante embarazo	Azitromicina 1 g VO una vez	No extrapolar doxiciclina del adulto no gestante.
Tricomoniasis en mujeres	Metronidazol 500 mg VO cada 12 horas por 7 días	Tratar parejas y evitar relaciones hasta completar manejo.
Tricomoniasis en hombres	Metronidazol 2 g VO una vez	Reevaluar persistencia/reexposición; no compartir pauta de una dosis con todas las mujeres.

Pautas adultas no complicadas: complemento CDC

Gonorrea

Ceftriaxona 500 mg IM una vez;
1 g si ≥ 150 kg. Tratar clamidia si
no excluida.

Clamidia no gestante

Doxiciclina 100 mg VO cada 12 h
por 7 días.

Clamidia en embarazo

Azitromicina 1 g VO una vez.

Tricomoniasis femenina

Metronidazol 500 mg VO cada
12 h por 7 días.

Tricomoniasis masculina

Metronidazol 2 g VO una vez.

No aplicar estas pautas simples a enfermedad pélvica, epididimitis o infección
diseminada.

Gonococo y clamidia: evitar errores frecuentes

- **Resistencia:** No tratar gonorrea con azitromicina sola ni ciprofloxacino empírico sin susceptibilidad. Las dosis anteriores corresponden al complemento CDC y no se presentan como una nueva norma chilena.
- **Alergia o falla:** Consultar especialista y obtener cultivo; distinguir reinfección de resistencia antes de cambiar pauta. La gonorrea faríngea es más difícil de erradicar.
- **Control de curación:** Gonorrea faríngea: prueba a los 7-14 días. Clamidia en embarazo: prueba molecular aproximadamente 4 semanas después; una NAAT demasiado precoz puede detectar material residual.
- **Reinfección:** Repetir pesquisa de gonorrea/clamidia aproximadamente a los 3 meses, aunque las parejas hayan sido tratadas; no confundir con test inmediato de curación.
- **Complicaciones:** Clamidia puede causar infertilidad por enfermedad inflamatoria pélvica; linfogranuloma venéreo con proctocolitis/adenopatías requiere esquema prolongado específico, no asumir que bastan 7 días.

Trichomonas vaginalis

- **Clínica:** Vaginitis con flujo, prurito o disuria; pH vaginal habitualmente $>4,5$ y cérvix en fresa pueden orientar, pero no son obligatorios. En hombres suele ser asintomática o uretritis.
- **Diagnóstico:** NAAT ofrece mayor sensibilidad; preparación en fresco negativa no excluye infección. La citología cervical no es prueba diagnóstica definitiva.

- **Embarazo:** Evaluar y tratar infección sintomática; metronidazol es una opción según guía. Evitar tinidazol durante embarazo y no utilizar gel vaginal como sustituto del tratamiento oral.
- **Seguimiento:** Repetir prueba en mujeres alrededor de 3 meses por alta reinfección; ante persistencia revisar pareja y adherencia antes de atribuir resistencia.

Parejas, abstinencia y otras ITS

- **Contactos:** En gonorrea/clamidia, evaluar y tratar parejas de los últimos 60 días; si el último contacto fue anterior, incluir la pareja más reciente. La estrategia debe respetar acceso y normativa local.
- **Relaciones sexuales:** Evitar durante 7 días tras dosis única o hasta completar pauta de 7 días, resolver síntomas y tratar parejas; no basta con que desaparezca la secreción.
- **Pesquisa:** Ofrecer VIH, sífilis y otras pruebas según riesgo; revisar vacunación VHB/VPH. Consejería centrada en prácticas y prevención, sin juicio moral.
- **Tratamiento sindromático:** Si hay alto riesgo de pérdida de seguimiento o complicaciones, iniciar cobertura apropiada tras toma de muestras; reajustar cuando se conozcan resultados.

CLAVES EUNACOM

La muestra depende del sitio expuesto; una orina negativa no descarta infección rectal o faríngea.

Tricomoniasis femenina requiere preferentemente siete días de metronidazol, no la pauta única de todos los pacientes.

Referencias: [82](#), [82](#), [90](#), [91](#). Bibliografía al final.

Sífilis

Etapla clínica antes de elegir la pauta

- **Agente y transmisión:** Treponema pallidum se transmite por contacto con lesiones infecciosas y por vía transplacentaria; las lesiones pueden ser internas, pequeñas o pasar inadvertidas.
- **Primaria:** Chancro habitualmente indoloro e indurado, con adenopatía regional; incubación aproximada de 10-90 días. Puede ser múltiple, doloroso o atípico: la descripción clásica no excluye otras presentaciones.
- **Latente:** Serología compatible sin manifestaciones clínicas. Precoz si adquisición documentable dentro del último año; tardía si supera un año o la duración es desconocida.
- **Etapificación:** Usar seroconversión previa, síntomas anteriores, exposición y tratamiento documentado. Un RPR elevado aislado no demuestra duración menor de un año.
- **Alarma:** Déficit neurológico, pérdida visual o auditiva exigen evaluación urgente por neurosífilis, sífilis ocular u otosífilis; pueden aparecer en cualquier etapa.

Sífilis: la etapa cambia la pauta

Primaria

Chancro habitualmente indoloro e indurado; puede ser atípico.

Latente precoz

Sin síntomas y adquisición documentable dentro del último año.

Latente tardía

Más de un año o duración desconocida; un RPR alto no demuestra precocidad.

Ojo, oído o neurología

Evaluación urgente; pueden afectarse en cualquier etapa.

Dos pruebas, preguntas distintas

Resultado	Interpretación	Siguiente paso
RPR/VDRL reactivo + treponémica reactiva	Infección actual o antecedente tratado	Integrar clínica, tratamiento previo y títulos cuantitativos.
RPR/VDRL reactivo + treponémica negativa	Posible falso positivo biológico	Reevaluar exposición; repetir/confirmar si sospecha clínica.
RPR/VDRL negativo + treponémica reactiva	Tratamiento previo, infección muy temprana o latente; también discordancia analítica	Segunda prueba treponémica diferente y antecedentes; repetir RPR en 2-4 semanas si exposición reciente.
Ambas negativas	Sin evidencia serológica en ese momento	No excluye ventana de infección primaria; repetir ante sospecha.

Serología: cuatro combinaciones, más contexto

Ambas reactivas

Infección actual o antecedente tratado: integrar clínica, títulos y terapia previa.

Solo RPR/VDRL reactivo

Posible falso positivo; revisar exposición y confirmar según sospecha.

Solo treponémica reactiva

No equivale automáticamente a curación: puede ser infección temprana, latente o discordancia.

Ambas negativas

No excluyen ventana de infección primaria.

Tratamiento del adulto sin compromiso neurológico

- **Marco chileno:** La Norma MINSAL 187 de 2016 prescribe penicilina benzatina 2,4 millones UI IM semanal durante 2 semanas en primaria, secundaria y latente precoz; durante 3 semanas en tardía o duración desconocida.
- **Diferencia internacional:** CDC prescribe una dosis de 2,4 millones UI para sífilis precoz no complicada. No atribuir ese esquema de una dosis a la norma chilena citada.
- **Alergia, no gestante:** Confirmar tipo de reacción. La norma chilena contempla doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 15 días en precoz y 30 días en tardía, con seguimiento asegurado.
- **Seguridad:** No usar flucloxacilina ni azitromicina como sustitutos de penicilina para sífilis. Embarazo y neurosífilis requieren decisiones específicas; no extrapolar doxiciclina.
- **Coinfección VIH:** Realizar examen neurológico y seguimiento más estrecho. Los criterios actuales CDC no indican punción lumbar ni dosis adicionales solo por VIH, CD4 bajo o título alto sin hallazgos clínicos.

Respuesta, contactos y prevención de reinfección

- **Seguimiento chileno:** Control clínico y RPR/VDRL cuantitativo a 1, 3, 6 y 12 meses; comparar la misma técnica, idealmente en el mismo laboratorio.
- **Cambio relevante:** Cuatro veces equivale a dos diluciones: 1:32 a 1:8 representa descenso; 1:8 a 1:32 representa ascenso. Las pruebas treponémicas no sirven para medir respuesta.
- **Interpretación actual:** Un ascenso sostenido de cuatro veces o reaparición de síntomas obliga a descartar reinfección/falla. No declarar fracaso por no negativizar ni por título estable al primer mes.
- **Serofast:** Después de tratamiento adecuado pueden persistir títulos bajos estables. Revisar etapa, títulos iniciales y nuevas exposiciones antes de repetir antibióticos automáticamente.
- **Contactos:** Evaluar parejas, ofrecer pruebas VIH y otras ITS. En exposición a sífilis precoz dentro de 90 días, CDC recomienda tratamiento presuntivo aunque la serología inicial sea negativa.

- **Consejería:** Evitar contacto sexual con lesiones y hasta completar el manejo de paciente y parejas. El preservativo reduce riesgo, pero no cubre todas las lesiones extragenitales.

CLAVES EUNACOM

RPR/VDRL cuantifica actividad y seguimiento; la prueba treponémica apoya el diagnóstico.

Una prueba treponémica positiva con RPR negativo no equivale automáticamente a infección curada.

Referencias: [82](#), [92](#), [93](#). Bibliografía al final.

Sífilis secundaria, terciaria y congénita

Secundaria y terciaria: manifestaciones que no deben perderse

- **Secundaria:** Diseminación tras la lesión primaria: exantema que puede afectar palmas/plantas, placas mucosas, condilomas planos húmedos, adenopatías generalizadas, fiebre y alopecia en parches.
- **Lesión infecciosa:** Los condilomas planos de sífilis secundaria no son las verrugas acuminadas por VPH; requieren estudio serológico y tratamiento sistémico.
- **Terciaria:** Años después pueden aparecer gomas, aortitis con aneurisma/insuficiencia aórtica y daño neurológico. No asumir que toda neurosífilis es terciaria.
- **Neurosífilis:** Meningitis, pares craneales, ictus, alteraciones cognitivas o tabes con pérdida de propiocepción y arreflexia. Evaluar LCR cuando corresponde; VDRL-LCR positivo es específico, pero uno negativo no excluye.
- **Ocular/ótica:** Evaluación oftalmológica/otológica urgente; se tratan como neurosífilis aunque el LCR sea normal. La necesidad de punción se decide según compromiso neurológico y evaluación especializada.
- **Pauta neurológica:** Penicilina G acuosa IV 18-24 millones UI/día, dividida en 3-4 millones cada 4 horas; MINSAL indica 14 días. La benzatina IM no alcanza tratamiento adecuado del sistema nervioso.

Formas diseminadas y señales de alarma

Secundaria

Rash palmoplantar, placas mucosas, condilomas planos y adenopatías.

Terciaria

Gomas, aortitis y daño neurológico tardío.

Neuro, ocular u ótica

También pueden ocurrir antes; requieren tratamiento con penetración al sistema nervioso.

Benzatina IM

No sustituye penicilina acuosa IV en neurosífilis.

Gestante: detectar y tratar sin demoras

- **Pesquisa chilena:** La Norma 187 indica ingreso prenatal, 24 semanas, 32-34 semanas y parto/puerperio inmediato; verificar el calendario operativo de la red, que puede ubicar la segunda pesquisa a las 28 semanas.
- **Resultado reactivo:** Tomar pruebas confirmatorias y título basal sin retrasar primera dosis de penicilina benzatina cuando se considera sífilis presunta; derivar para etapificación y continuidad.
- **Pauta por etapa:** Mantener el esquema chileno de 2 dosis semanales en precoz y 3 en tardía/desconocida, descrito en la sección de sífilis. Documentar fechas y tratamiento de parejas.
- **Alergia:** La penicilina es la terapia demostrada para prevenir infección fetal; valoración especializada y desensibilización cuando proceda. Eritromicina no constituye tratamiento fetal adecuado.
- **Intervalo semanal:** Según CDC, una separación mayor de 9 días entre dosis en gestantes obliga a reiniciar el curso completo; asegurar activamente adherencia y acceso.
- **Evaluación fetal:** Sífilis secundaria después de 24 semanas requiere evaluación obstétrica urgente según MINSAL; la ecografía fetal no debe retrasar el antibiótico.

Reacción al tratamiento y riesgo neonatal

- **Jarisch-Herxheimer:** Fiebre, escalofríos y empeoramiento transitorio durante las primeras 24 horas; no equivale a alergia a penicilina. Dar soporte y explicar signos obstétricos de alarma.
- **Riesgo fetal:** Puede provocar contracciones o alteración del bienestar fetal; no es motivo para omitir tratamiento. Consultar por menor movimiento fetal, sangrado o dolor uterino.
- **Tratamiento materno insuficiente:** Ausencia de documentación, pauta incompleta/no penicilina o reinfección requieren evaluación neonatal. CDC considera posible sífilis congénita si el tratamiento materno se inició menos de 30 días antes del parto.
- **Contacto no tratado:** Aumenta el riesgo de reinfección materna y debe resolverse; un título materno bajo no garantiza seguridad del recién nacido.

Sífilis congénita: diagnóstico integrado

- **Precoz:** Puede ser asintomática; buscar rinitis serohemorrágica, lesiones palmoplantares, hepatoesplenomegalia, anemia/trombocitopenia, periostitis y pseudoparálisis de Parrot.
- **Tardía:** Dientes de Hutchinson, queratitis intersticial, hipoacusia y tibiae en sable son secuelas tardías; no son requisitos diagnósticos en un recién nacido.
- **Serología pareada:** Comparar RPR/VDRL de sangre periférica del niño y madre con la misma técnica. Un título neonatal al menos cuatro veces mayor apoya infección; un título igual o menor no la descarta.
- **Estudio:** Integrar tratamiento materno, examen neonatal, hemograma, radiografías de huesos largos y LCR cuando corresponda. La IgG materna atraviesa placenta: una prueba treponémica neonatal aislada no confirma infección.

Sífilis congénita: integrar cuatro piezas

Madre

Etapa, títulos y tratamiento documentado.

Recién nacido

Puede parecer sano; buscar coriza, rash, hepatoesplenomegalia y alteraciones óseas.

Títulos pareados

Neonatal ≥ 4 veces el materno apoya infección; menor o igual no la excluye.

Estudio adicional

Hemograma, huesos largos y LCR según escenario; IgG aislada puede ser materna.

Tratamiento y control del recién nacido

- **Enfermedad probable/confirmada:** Hospitalizar y administrar penicilina G acuosa 50.000 UI/kg/dosis IV: cada 12 horas durante los primeros 7 días de vida; cada 8 horas después, completando 10 días consecutivos.
- **Interrupciones:** Si se pierde más de un día de terapia, reiniciar el curso completo según CDC. La evaluación incompleta o seguimiento incierto favorecen tratamiento parenteral completo.
- **Bajo riesgo:** La observación o benzatina en dosis única son opciones solo de escenarios neonatales rigurosamente definidos; no sustituir el curso IV en enfermedad probable por un RPR neonatal bajo.
- **Seguimiento:** Controles clínicos y no treponémicos cada 2-3 meses hasta negativización; si no fue tratado, los anticuerpos pasivos deben desaparecer hacia los 6 meses. Persistencia/ascenso obliga a reevaluar.

CLAVES EUNACOM

Sífilis ocular, ótica y neurológica requieren penicilina con penetración al sistema nervioso.

La ausencia de síntomas o de títulos neonatales altos no descarta sífilis congénita.

Referencias: [82](#), [94](#), [95](#), [96](#). Bibliografía al final.

Enfermedad de transmisión vertical TORCH

TORCH es un enfoque, no un panel universal

- **Alcance:** Toxoplasma, otros agentes, rubéola, CMV y HSV agrupan infecciones congénitas/perinatales. En Chile incluir sífilis y Chagas; según exposición, VZV, Zika, VIH y VHB.
- **Sospecha:** Restricción del crecimiento, microcefalia/hidrocefalia, calcificaciones, hepatoesplenomegalia, ictericia, petequias, cataratas, retinitis, hipoacusia o anomalías cardíacas; también puede haber recién nacidos asintomáticos.
- **Historia materna:** Exposición, síntomas, ecografías, vacunación y serologías previas; la infección fetal puede ocurrir sin enfermedad materna reconocida.
- **Interpretación:** IgG materna atraviesa placenta; IgM puede persistir, ser falsa positiva o faltar en infección neonatal. No diagnosticar ni excluir todas las infecciones por un único panel TORCH.
- **Prueba dirigida:** Elegir agente, muestra y momento. La PCR no es universalmente confirmatoria para todo TORCH; algunas infecciones requieren serología pareada, examen directo o seguimiento.

TORCH: elegir pruebas, no pedir un panel ciego

Recién nacido

Patrón clínico, crecimiento, cerebro, ojos, oído, piel y órganos.

Madre

Síntomas, exposición, ecografía, vacunas y serologías previas.

Laboratorio

Elegir agente, muestra y momento; PCR no es universal.

Interpretación

IgG puede ser materna e IgM puede faltar o ser falsa positiva.

Toxoplasmosis: ojo, cerebro y tiempo gestacional

- **Patrón clásico:** Coriorretinitis, hidrocefalia y calcificaciones intracraneales, con frecuencia difusas; la tríada completa no es necesaria. Los síntomas oculares pueden aparecer después del nacimiento.
- **Riesgo:** La transmisión aumenta con la edad gestacional, mientras el daño temprano puede ser más grave. Carne insuficientemente cocida y exposición a tierra/heces contaminadas son antecedentes relevantes.
- **Diagnóstico:** Confirmar infección materna con serología interpretada por especialista; avidéz y pruebas adicionales pueden aclarar cronología. PCR de líquido amniótico y estudio neonatal se indican en escenarios definidos.

- **Tratamiento:** Equipo materno-fetal/infectología decide espiramicina o pirimetamina-sulfadiazina-ácido folínico según edad gestacional y evidencia fetal; no administrar pirimetamina en primer trimestre por extrapolación.
- **Recién nacido:** La infección confirmada requiere tratamiento prolongado y seguimiento ocular/neurológico, incluso si inicialmente parece sano; no limitar manejo a una PCR aislada.

CMV: confirmar dentro de la ventana neonatal

- **Hallazgos:** Restricción de crecimiento, microcefalia, calcificaciones periventriculares, petequias, hepatoesplenomegalia y hipoacusia; la pérdida auditiva puede ser tardía o progresiva.
- **Prueba:** Detectar ADN por PCR en saliva u orina dentro de los primeros 21 días; confirmar saliva positiva con orina. Después de esa ventana resulta difícil diferenciar adquisición congénita de posnatal.
- **Muestra de saliva:** Tomarla más de una hora después de lactancia para reducir contaminación; una serología IgG/IgM neonatal no sustituye confirmación virológica.
- **Tratamiento:** Valganciclovir/ganciclovir se consideran en enfermedad congénita sintomática seleccionada, especialmente compromiso del SNC; vigilar citopenias y función hepática/renal.
- **Seguimiento:** Evaluación auditiva seriada, visión y neurodesarrollo. Infección materna no primaria también puede transmitirse: IgG positiva previa no equivale a riesgo fetal cero.

CMV congénito: ventana diagnóstica y seguimiento

1

Primeros 21 días

PCR de saliva u orina; confirmar saliva positiva con orina.



2

Evaluación inicial

Extensión de enfermedad, audición, ojos y neurodesarrollo; seleccionar tratamiento si enfermedad sintomática.



3

Seguimiento

La pérdida auditiva puede aparecer después o progresar; continuar controles seriados.

Rubéola, HSV y varicela: vías diferentes

- **Rubéola congénita:** Asociar hipoacusia, cataratas y cardiopatía, especialmente ductus persistente/estenosis pulmonar; puede haber púrpura y alteración del crecimiento. Confirmación y vigilancia especializada.
- **Prevención rubéola:** Verificar inmunidad y vacunar susceptibles fuera del embarazo; no hay antiviral que revierta la embriopatía. No decidir por una IgM materna aislada.
- **HSV neonatal:** Se adquiere habitualmente durante el parto, especialmente primoinfección materna reciente; puede causar lesiones de piel/ojos/boca, encefalitis o sepsis diseminada, incluso sin vesículas.
- **Sospecha HSV:** Hospitalizar, tomar muestras de lesiones, sangre y LCR según presentación e iniciar aciclovir IV sin esperar confirmación cuando la sospecha sea alta.
- **VZV:** Distinguir síndrome congénito temprano de varicela neonatal por infección periparto; la ventana materna 5 días antes/2 días después del parto cambia la prevención neonatal.

Otros agentes y continuidad del cuidado

- **Sífilis:** Rinitis, lesiones palmoplantares, alteraciones óseas y hepatoesplenomegalia; usar títulos materno/neonatales y tratamiento documentado. Dientes de Hutchinson y tibias en sable son manifestaciones tardías.
- **Chagas:** Hijo de madre infectada: pruebas parasitológicas/moleculares tempranas y seguimiento hasta excluir infección; la IgG neonatal puede ser materna y no confirma infección congénita.
- **Tratamiento Chagas:** Infección confirmada requiere benznidazol o nifurtimox según red; no perder seguimiento de niños asintomáticos. La norma chilena define muestras y controles seriados.
- **Zika:** Microcefalia y daño neurológico/ocular según exposición epidemiológica; evaluación específica y vigilancia, sin imponer PCR universal a todo recién nacido con bajo peso.
- **Plan común:** Coordinar pediatría, infectología, audición, oftalmología y desarrollo; documentar diagnóstico, tratamiento y controles. Un examen neonatal normal no descarta secuelas posteriores.

CLAVES EUNACOM

La prueba depende del agente y de la edad: TORCH no equivale a solicitar PCR para todos.

CMV congénito debe confirmarse en las primeras tres semanas; el seguimiento auditivo continúa después.

Referencias: [97](#), [50](#), [98](#), [99](#), [100](#), [95](#), [51](#), [83](#), [101](#). Bibliografía al final.

Infecciones digestivas y hepatitis

Priorizar hidratación, identificar enfermedad invasora e interpretar pruebas específicas.

Diarrea infecciosa: gravedad, disentería y persistencia

Clasificar antes de pedir exámenes

- **Definición:** Deposiciones más líquidas y frecuentes que lo habitual, generalmente ≥ 3 al día. Aguda: < 14 días; persistente: ≥ 14 días; una duración ≥ 4 semanas amplía el estudio de diarrea crónica.
- **Agentes:** Rotavirus, norovirus, sapovirus, astrovirus y adenovirus entéricos causan diarrea acuosa. Calicivirus incluye norovirus/sapovirus; no son categorías independientes de igual nivel.
- **Bacterias:** Considerar Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Vibrio parahaemolyticus y V. cholerae según exposición. E. coli enterotoxigénica/enteropatógena suele ser acuosa; enteroinvasiva y productora de toxina Shiga pueden causar disentería.
- **Historia:** Precisar viaje, agua/alimentos, contactos, brote, antibióticos, inmunosupresión, prácticas sexuales, dolor y sangre. No toda diarrea febril requiere antibiótico.
- **Gravedad:** Evaluar conciencia, sed, mucosas, ojos, perfusión, pulso, presión y diuresis. Pérdida ponderal, si se conoce, ayuda; porcentajes aislados no sustituyen examen clínico.

Rehidratación: elegir vía y reevaluar

- **Plan A:** Sin deshidratación: SRO después de cada deposición; referencia pediátrica OMS: < 2 años 50-100 mL, 2-10 años 100-200 mL; mayores según sed y pérdidas. Mantener lactancia y alimentación.
- **Plan B:** Deshidratación no grave: referencia OMS 75 mL/kg de SRO en 4 horas, en tomas pequeñas, más pérdidas continuas; reevaluar y ajustar. Si vomita, pausar brevemente y reiniciar lentamente.
- **Plan C:** Shock, deshidratación grave, alteración de conciencia o fracaso oral requieren cristaloides isotónicos IV y reevaluación frecuente; ajustar a edad, estado nutricional, corazón y riñón.
- **Acceso difícil:** Usar acceso intraóseo si la urgencia impide obtener vía venosa, también en adultos; la denudación venosa no es la alternativa rutinaria inicial.
- **Hipernatremia:** Restaurar primero perfusión si hay shock; luego corregir déficit y sodio de manera controlada. No administrar hipotónicos a ciegas como rescate circulatorio.
- **Hospitalización:** Indicar ante shock, oliguria, trastorno electrolítico significativo, incapacidad para beber, abdomen agudo, sepsis o vulnerabilidad que impida manejo seguro.

Rehidratar según la gravedad

Sin deshidratación

SRO tras pérdidas; mantener lactancia y alimentación.

Deshidratación no grave

Referencia OMS: 75 mL/kg de SRO en 4 horas; reevaluar y reponer pérdidas.

Shock o fracaso oral

Cristaloides isotónicos IV y vigilancia; ajustar a edad y comorbilidad.

Pruebas dirigidas por la situación

- **Estudio de heces:** Solicitar cultivo o panel molecular en disentería, fiebre importante, dolor intenso, sepsis, brote o huésped vulnerable; incluir detección de toxina Shiga/STEC si corresponde.
- **No indiscriminado:** Una diarrea acuosa leve y breve suele manejarse clínicamente. Un panel molecular puede detectar material genético sin demostrar que sea la causa; conservar cultivo cuando se necesita sensibilidad/vigilancia.
- **Persistencia:** Desde 14 días buscar Giardia y otros protozoos según viaje/inmunidad; solicitar pruebas específicas para Cryptosporidium, Cyclospora o Cystoisospora cuando estén indicadas. Un parasitológico común no detecta todo.
- **Otras causas:** Revisar C. difficile tras antibióticos, intolerancia posinfecciosa, celiaquía, EII y trastornos funcionales. Pérdida de peso, anemia, sangrado o síntomas nocturnos justifican estudio especializado/endoscópico.
- **Funcional:** No atribuir de entrada toda persistencia al estrés ni indicar antidepresivos tricíclicos antes de evaluar alarmas y causas orgánicas.

Disentería, antibióticos y síndrome hemolítico urémico

- **STEC:** Diarrea sanguinolenta con cólicos intensos, a veces sin fiebre, obliga a considerarla. Evitar antibióticos y fármacos antimotilidad cuando se sospecha o confirma STEC.
- **SHU:** Anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y lesión renal aguda pueden aparecer después de la diarrea. Palidez, petequias, oliguria o compromiso neurológico requieren hospitalización y controles seriados.
- **Antibiótico selectivo:** Disentería compatible con Shigella, infección invasora/sepsis, cólera grave o inmunosupresión pueden requerirlo. Elegir por agente, edad, viaje y susceptibilidad; tomar muestras sin retrasar rescate.
- **No regla por edad:** La prevención de SHU no prohíbe todo antibiótico en todo niño: exige reconocer STEC. Tampoco justifica quinolonas empíricas universales para cualquier diarrea pediátrica grave.
- **Sintomáticos:** Loperamida puede servir en algunos adultos inmunocompetentes con diarrea acuosa, tras hidratación; evitarla en sangre, fiebre/inflamación y niños. Antieméticos seleccionados no sustituyen SRO; antiespasmódicos no son tratamiento esencial.

Disentería: recordar el riesgo de SHU

1

Sospecha de STEC

Sangre y cólicos intensos, a veces con poca fiebre.



2

Evitar daño

No antibióticos ni antimotilidad en STEC sospechado/confirmado.



3

Vigilar complicación

Palidez, petequias u oliguria: hemograma, plaquetas, función renal y hospitalización.

CLAVES EUNACOM

Rehidratar es la primera intervención.

Diarrea persistente empieza a los 14 días.

Disentería por STEC: evitar antibióticos y vigilar SHU.

Referencias: [102](#), [103](#), [104](#), [105](#). Bibliografía al final.

Diarrea asociada a antibióticos

Distinguir diarrea asociada y colitis por *C. difficile*

- **Concepto:** La alteración de la microbiota por antibióticos puede causar diarrea sin infección por *Clostridioides difficile*. Revisar laxantes, nutrición enteral y otras causas antes de atribuir todo episodio a este agente.
- **Sospecha:** Diarrea nueva, habitualmente ≥ 3 deposiciones no formadas en 24 horas, sin explicación alternativa; puede acompañarse de fiebre, dolor abdominal y leucocitosis.
- **Riesgo:** Antibióticos recientes, hospitalización, edad avanzada e inmunosupresión. Clindamicina, cefalosporinas, quinolonas y amoxicilina/clavulánico son ejemplos; cualquier antibiótico puede contribuir.
- **Tiempo:** Puede comenzar durante el tratamiento o después; no excluirla porque haya transcurrido más de un mes. También existe infección comunitaria sin exposición antibiótica reconocida.

- **Alarma:** Íleo, distensión progresiva, shock, peritonismo o deterioro renal requieren hospitalización: la ausencia de diarrea abundante no descarta enfermedad fulminante.

Confirmar enfermedad, no solo colonización

- **Muestra:** Analizar heces no formadas de pacientes sintomáticos; no solicitar PCR indiscriminada en portadores asintomáticos ni como prueba de curación.
- **Algoritmo:** Usar toxinas A/B con GDH y/o amplificación de ácidos nucleicos según el laboratorio. Una PCR positiva detecta capacidad toxigénica, pero puede representar colonización.
- **Discordancia:** PCR positiva y toxina negativa exigen integrar clínica y diagnósticos alternativos; no tratar automáticamente un resultado aislado.
- **Repetición:** No repetir rutinariamente la prueba dentro de 7 días durante el mismo episodio. En menores de 2 años la colonización es frecuente: aplicar criterios pediátricos específicos.
- **Extensión:** Hemograma, creatinina y electrolitos ayudan a valorar gravedad. TC si se sospechan complicaciones; no se necesita colonoscopia para cada caso.

C. difficile: resultado y clínica

1

Síntomas compatibles

Estudiar heces no formadas de pacientes seleccionados.



2

Interpretar el algoritmo

PCR y toxina se integran con clínica; PCR aislada puede detectar colonización.



3

Evitar pruebas de curación

Mejoría clínica no exige negativizar PCR.

Gravedad y tratamiento inicial en adultos

Situación	Orientación	Tratamiento de referencia
No fulminante	Grave si leucocitos $>15.000/\mu\text{L}$ o creatinina $\geq 1,5$ mg/dL; integrar basal y evolución.	Fidaxomicina 200 mg VO cada 12 h durante 10 días, si disponible; vancomicina 125 mg VO cada 6 h durante 10 días es alternativa válida.
Fulminante	Hipotensión/shock, íleo o megacolon.	Vancomicina 500 mg VO/sonda cada 6 h más metronidazol 500 mg IV cada 8 h; valorar vancomicina rectal si íleo y cirugía precoz.
Acceso limitado	Solo episodio inicial no grave sin acceso a las opciones preferidas.	Metronidazol 500 mg VO cada 8 h, 10-14 días; no extrapolar a enfermedad grave ni usar cursos repetidos indiscriminados.

Estas pautas son adultas. La vancomicina IV no sustituye a la oral para tratar la colitis; el íleo necesita valoración experta de la vía de administración.

C. difficile: gravedad cambia el tratamiento

No fulminante

Fidaxomicina o vancomicina oral; valorar leucocitos, creatinina y evolución.

Fulminante

Shock, íleo o megacolon: vancomicina oral/sonda más metronidazol IV; equipo quirúrgico precoz.

Soporte, complicaciones y recurrencias

- **Medidas simultáneas:** Rehidratar, corregir electrolitos y suspender el antibiótico desencadenante cuando sea posible. Revisar indicaciones de inhibidores de bomba y evitar antimotilidad ante colitis importante.
- **Complicación quirúrgica:** Megacolon, perforación, abdomen agudo, lactato ascendente o fracaso clínico requieren valoración quirúrgica/UCL; no esperar a completar el ciclo antibiótico.
- **Recurrencia:** Confirmar un nuevo episodio sintomático. Fidaxomicina o vancomicina en pauta descendente/pulsada dependen del tratamiento previo y acceso; no repetir metronidazol automáticamente.
- **Múltiples recurrencias:** Derivar para terapias que restauren microbiota o trasplante fecal protocolizado, con selección y estudio de donantes; no son procedimientos domiciliarios.

Cortar la transmisión

- **Contacto:** Guantes y delantal, equipo dedicado y limpieza esporicida según protocolo IAAS. La higiene de manos debe contemplar lavado con agua y jabón ante esporas y brotes.
- **Antibióticos:** Usar indicación, espectro y duración adecuados. Los probióticos no sustituyen prevención ni tratamiento y no se indican de forma universal.
- **Evolución:** Valorar frecuencia de deposiciones, hidratación y dolor; una prueba que sigue positiva después de mejorar no significa fracaso.

CLAVES EUNACOM

Una PCR positiva aislada no equivale a colitis.

Shock, íleo o megacolon definen enfermedad fulminante.

Fidaxomicina o vancomicina VO desplazan al metronidazol como primera opción habitual.

Referencias: [106](#), [107](#). Bibliografía al final.

Toxicoinfección alimentaria

Distinguir intoxicación, infección y brote

- **Concepto:** Enfermedad transmitida por alimentos puede deberse a toxina preformada, multiplicación del agente en el intestino o invasión. Vómitos, diarrea y dolor no permiten identificar solos la causa.
- **Anamnesis:** Precisar alimento, conservación, cocción, hora de ingesta y comienzo; personas expuestas/enfermas, viajes, agua, medicamentos y manipulación de alimentos.
- **Brote:** Dos o más cuadros vinculados a exposición alimentaria común orientan a brote; algunos eventos graves aislados, como botulismo, también requieren aviso urgente.
- **Ámbito:** Puede ser domiciliario o colectivo. La vigilancia no se restringe a eventos masivos ni depende de que todos los comensales enfermen.

Incubación orientadora, no confirmatoria

Intervalo típico	Agente/mecanismo	Pista clínica
30 minutos-8 horas	S. aureus: toxina preformada.	Vómitos predominantes; alimentos manipulados y mantenidos a temperatura insegura.
1-6 horas	B. cereus, forma emética.	Vómitos; puede relacionarse con arroz u otros almidones mal conservados.
6-24 horas	C. perfringens; B. cereus diarreico.	Cólicos y diarrea; fiebre/vómitos suelen ser menos prominentes.
12-48 horas	Norovirus.	Vómitos y diarrea, propagación fácil entre personas.
Horas a varios días	Salmonella, Campylobacter, STEC o Vibrio.	Exposición y presencia de fiebre/sangre guían pruebas y necesidad de tratamiento.

Tiempo de inicio: una pista etiológica

Vómitos en pocas horas

Pensar en toxina preformada: *S. aureus* o *B. cereus* emético.

Diarrea y cólicos posteriores

C. perfringens o *B. cereus* diarreico entre las posibilidades.

Fiebre, sangre o varios días

Investigar agentes invasores/STEC según clínica y exposición.

Manejo inicial y estudio

- **Soporte:** SRO o fluidos IV según gravedad, mantener nutrición y controlar diuresis. Evaluar sepsis, deshidratación, alteraciones electrolíticas y abdomen agudo.
- **Muestras:** En casos graves o brotes, coordinar deposiciones, cultivo/PCR y muestras alimentarias con laboratorio/salud pública. Evitar perder datos de exposición y alimentos sospechosos.
- **Antibióticos:** No sirven contra toxina estafilocócica ya formada; tampoco son rutinarios para cuadros leves autolimitados. Indicar por agente y riesgo, evitando su uso ante STEC.
- **Síntomas neurológicos:** Diplopía, disfagia, disartria o debilidad progresiva después de alimentos son alarmas de botulismo; no observar como gastroenteritis banal.

Botulismo: urgencia neurológica

- **Mecanismo:** Toxina botulínica, especialmente en conservas/preparaciones inadecuadas, bloquea transmisión neuromuscular. Existen también formas por heridas y colonización intestinal del lactante.
- **Patrón:** Compromiso bilateral de pares craneales, visión borrosa/diplopía y disfagia, seguido de parálisis flácida descendente. Sensibilidad y conciencia suelen preservarse; la fiebre no es característica.
- **Diferencial:** Distinguir Guillain-Barré/Miller-Fisher, miastenia, accidente vascular e intoxicaciones. La progresión respiratoria puede ocurrir sin hipoxemia inicial llamativa.
- **Conducta:** Hospitalizar, monitorizar fuerza respiratoria y proteger vía aérea. Consultar inmediatamente para antitoxina y notificación; no esperar detección de toxina para tratar una sospecha clínica fundada.
- **Muestras y antitoxina:** Obtener suero/heces/alimentos cuando sea posible sin demorar tratamiento. La antitoxina evita progresión adicional; no revierte de inmediato la parálisis establecida.
- **Lactante:** Estreñimiento, succión débil, hipotonía y llanto débil requieren valoración urgente y antitoxina específica según protocolo/disponibilidad. No ofrecer miel antes de 12 meses.

Botulismo: actuar por sospecha clínica

1

Pares craneales

Diplopía, disfagia y debilidad bilateral.



2

Vigilar respiración

Parálisis descendente puede comprometer ventilación.



3

Antitoxina y notificación

Coordinar tratamiento urgente sin esperar confirmación de laboratorio.

Prevención y comunicación sanitaria

- **Medidas:** Cocción suficiente, cadena de frío, separación de crudos y cocidos y lavado de manos. No probar conservas hinchadas o sospechosas para comprobar su sabor.
- **Chile:** Los brotes de ETA y la sospecha de botulismo activan notificación inmediata y coordinación con SEREMI. Registrar expuestos y evolución, evitando indicar tratamiento indiscriminado a todos.
- **Retorno seguro:** Manipuladores de alimentos y personas en instituciones requieren indicaciones de exclusión/retorno según agente y autoridad sanitaria, además de resolución clínica.

CLAVES EUNACOM

La incubación orienta; el laboratorio y la investigación del brote confirman.

Botulismo sospechado: soporte respiratorio y antitoxina sin esperar pruebas.

Referencias: [108](#), [109](#), [110](#), [102](#), [111](#). Bibliografía al final.

Cólera

Reconocer la pérdida rápida de volumen

- **Agente:** Cólera epidémico: *Vibrio cholerae* toxigénico O1/O139, adquirido por agua o alimentos contaminados. No todas las infecciones por *Vibrio* corresponden a cólera epidémico.
- **Cuadro:** Diarrea acuosa de gran volumen, descrita como agua de arroz, vómitos y calambres; puede evolucionar en horas a deshidratación grave y shock hipovolémico.

- **Variación:** También existen infecciones leves o asintomáticas. La ausencia del aspecto típico de las heces no descarta el diagnóstico en una exposición compatible.
- **Evaluación:** Preguntar viaje/brote y consumo de agua o mariscos; valorar pulso, perfusión, presión, conciencia, sed, turgor y diuresis. No esperar fiebre alta para reconocer gravedad.

Rehidratar sin esperar confirmación

- **Intervención principal:** Iniciar SRO inmediatamente si puede beber; continuar lactancia/alimentación cuando sea tolerable. Los jugos y bebidas azucaradas no reemplazan una SRO preparada correctamente.
- **Gravedad:** En shock o deshidratación grave, iniciar Ringer lactato IV; NaCl 0,9% es alternativa cuando no está disponible. Medir pérdidas y reponer las que continúan.
- **Plan de referencia:** Desde 1 año, en cólera con deshidratación grave, el plan C OMS aporta 100 mL/kg: 30 mL/kg en 30 minutos y 70 mL/kg en 2,5 horas.
- **Precaución:** Reevaluar durante la infusión; no aplicar mecánicamente este volumen a lactantes, desnutrición grave o insuficiencia cardíaca/renal. Los menores de 1 año requieren un esquema más lento específico.
- **Control:** Registrar estado circulatorio, diuresis, glucosa y electrolitos; corregir hipopotasemia según resultados. Pasar a SRO tan pronto sea seguro, aunque aún reciba aporte IV.

Cólera: la prioridad es reponer pérdidas

Puede beber

SRO inmediata, incluida mientras se organiza atención.

Deshidratación grave

Ringer lactato o NaCl 0,9% IV con evaluación frecuente.

En toda evolución

Medir pérdidas/diuresis y ajustar electrolitos; pasar a SRO cuando sea seguro.

Confirmar y decidir antibióticos

- **Diagnóstico:** Coprocultivo o técnica molecular en laboratorio de referencia, con caracterización toxigénica y susceptibilidad. Los test rápidos pueden orientar un brote, pero no reemplazan siempre la confirmación.
- **Cuándo tratar:** Los antibióticos complementan la rehidratación en enfermedad grave, pérdidas persistentes importantes y determinadas condiciones de riesgo; no sustituyen el soporte.
- **Elección:** Azitromicina o doxiciclina son opciones según edad, embarazo, epidemiología y sensibilidad. La resistencia depende del brote; no asumir que ciprofloxacino siempre es activo.

- **Evitar:** No indicar antidiarreicos para frenar artificialmente un cuadro grave ni quimioprofilaxis indiscriminada a todos los contactos.

Antibiótico complementario en cólera

Indicación

Enfermedad grave, pérdidas persistentes o riesgo seleccionado.

Elección

Edad, embarazo, sensibilidad y epidemiología del brote.

Límite

Nunca reemplaza rehidratación ni justifica profilaxis indiscriminada.

Vigilancia y prevención en Chile

- **Aviso:** Notificar inmediatamente la sospecha por el circuito sanitario chileno y coordinar muestras/medidas con SEREMI. No esperar confirmación para iniciar rehidratación y comunicación epidemiológica.
- **Control:** Agua segura, eliminación higiénica de excretas, lavado de manos y alimentos bien cocidos. Precauciones de contacto según continencia y contexto asistencial.
- **Contactos:** Buscar síntomas/exposición común y entregar indicaciones de consulta. Investigar la fuente de agua/alimentos junto a salud pública.
- **Vacunación:** La vacuna oral puede apoyar estrategias de brote o viaje según evaluación sanitaria; no reemplaza saneamiento ni tratamiento del enfermo.

CLAVES EUNACOM

Diarrea acuosa masiva: tratar deshidratación antes del resultado.

El antibiótico es complementario y depende de gravedad/sensibilidad.

Referencias: [112](#), [113](#), [114](#), [103](#), [111](#). Bibliografía al final.

Hepatitis virales A-E: diagnóstico y prevención

Reconocer hepatitis y falla hepática

- **Presentación:** Astenia, anorexia, náuseas, dolor abdominal, ictericia, coluria y ocasional acolia; algunas infecciones son asintomáticas. La clínica sola no distingue los virus.
- **Laboratorio:** Transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina/GGT, glucosa y TP/INR. El INR y la encefalopatía orientan gravedad; transaminasas muy altas no miden por sí solas función hepática.

- **Urgencia:** Alteración de conciencia, hipoglucemia, sangrado o coagulopatía progresiva exigen hospitalización y evaluación especializada precoz. Investigar tóxicos, fármacos, alcohol, isquemia y causas autoinmunes.
- **Otros virus:** VEB, CMV y VHS pueden causar hepatitis en contextos específicos; dirigir pruebas por inmunidad, embarazo y cuadro clínico, sin paneles indiscriminados.

Hepatitis A y contactos

- **Transmisión:** Fecal-oral, incluidos alimentos/agua y contacto sexual con exposición fecal. Puede ser anictérica, colestásica o recidivante; no produce infección crónica.
- **Diagnóstico:** IgM anti-VHA en enfermedad aguda compatible. IgG/anticuerpos totales sin IgM indican inmunidad previa por infección o vacuna, según contexto.
- **Manejo:** Hidratación, nutrición, control de función hepática y evitar hepatotóxicos. No precisa antiviral rutinario.
- **Posexposición:** Actuar idealmente dentro de 14 días. En susceptibles ≥ 12 meses, vacuna monovalente; añadir inmunoglobulina según inmunosupresión, hepatopatía crónica y riesgo/edad.
- **Excepciones:** Menores de 12 meses o contraindicación vacunal: inmunoglobulina según protocolo. La elección no depende simplemente de vivir dentro o fuera del domicilio del caso; coordinar con salud pública.

Hepatitis B: leer marcadores en conjunto

Patrón	Marcadores	Interpretación
Susceptible	HBsAg negativo, anti-HBs negativo, anti-HBc total negativo.	Sin evidencia de infección ni inmunidad; evaluar vacuna.
Vacunado	HBsAg negativo, anti-HBc negativo, anti-HBs positivo.	Inmunidad por vacuna.
Infección resuelta	HBsAg negativo, anti-HBc positivo, anti-HBs positivo.	Infección previa; recordar reactivación con inmunosupresión.
Aguda	HBsAg positivo, anti-HBc total e IgM positivos, anti-HBs habitualmente negativo.	Interpretar clínica; IgM también puede aparecer en exacerbaciones.
Crónica	HBsAg persistente ≥ 6 meses; anti-HBc positivo, IgM usualmente negativa.	Completar ADN-VHB, ALT y evaluación hepática.
Anti-HBc aislado	HBsAg negativo, anti-HBs negativo, anti-HBc positivo.	Puede reflejar infección pasada, falso positivo, ventana o infección oculta; estudiar contexto.

Anti-HBc es útil: no debe omitirse sistemáticamente. En ventana aguda puede predominar IgM anti-HBc; anti-HBs no es un antígeno.

VHB: cada marcador responde algo distinto

HBsAg

Sugiere infección actual; persistencia ≥ 6 meses orienta a cronicidad.

Anti-HBc

Evidencia exposición natural; IgM apoya infección reciente según contexto.

Anti-HBs

Inmunidad: interpretar junto a anti-HBc para distinguir vacunación de infección resuelta.

VHB: tratar y prevenir por riesgo

- **Transmisión:** Sangre, relaciones sexuales y perinatal. La lactancia no se contraindica solo por VHB cuando el recién nacido recibe prevención apropiada.
- **Aguda:** Suele requerir soporte; hepatitis grave/prolongada o falla hepática necesita valoración urgente para antiviral y eventual trasplante.
- **Crónica:** Tratar según actividad, carga viral, fibrosis/cirrosis y situaciones especiales. Tenofovir o entecavir son opciones principales; interferón corresponde solo a perfiles seleccionados.
- **Contactos/exposición:** Evaluar vacunación, respuesta y HBsAg de la fuente. Susceptibles expuestos pueden requerir vacuna e inmunoglobulina específica lo antes posible; no dar la misma pauta a todo contacto.
- **Perinatal:** RN de madre HBsAg positiva requiere vacuna e inmunoglobulina específica precoz según programa, además de seguimiento. Embarazo y carga viral materna pueden indicar profilaxis antiviral.

Hepatitis C: confirmar infección activa y vincular a tratamiento

- **Prueba inicial:** Anti-VHC detecta exposición; si es positivo, solicitar ARN-VHC para confirmar actividad. Tras exposición reciente o inmunosupresión puede requerirse ARN pese a anticuerpo negativo.
- **Interpretación:** Anti-VHC puede permanecer positivo después de curación. ARN negativo no demuestra infección activa y se reevalúa según exposición/ventana.
- **Tratamiento:** Antivirales de acción directa permiten curación en la mayoría; seleccionar pauta por cirrosis, tratamientos previos e interacciones. El interferón ya no es terapia rutinaria de VHC.
- **Evaluación:** Estadificar fibrosis mediante métodos no invasivos; biopsia no es requisito universal. Revisar VHB por riesgo de reactivación y mantener vigilancia de hepatocarcinoma si corresponde por cirrosis.
- **Prevención:** No hay vacuna ni profilaxis farmacológica posexposición establecida. Evitar compartir material con sangre; la transmisión sexual/perinatal existe y depende del contexto.

Hepatitis C: de exposición a tratamiento

1

Anti-VHC

Prueba inicial de exposición; puede persistir tras curación.



2

ARN-VHC

Confirma infección activa; necesario en escenarios de ventana/inmunosupresión.



3

Evaluar y tratar

Fibrosis, interacciones y AAD; interferón no es tratamiento rutinario.

Hepatitis D y E: dos distinciones esenciales

- **VHD:** Necesita VHB; coinfección simultánea difiere de sobreinfección en portador crónico, que favorece evolución grave. Anticuerpos indican exposición y ARN-VHD confirma replicación.
- **Tratamiento VHD:** Derivar: antivirales usados para VHB no controlan directamente VHD. Existen interferón seleccionado y nuevas terapias según acceso; no copiar el esquema de VHB sin evaluación.
- **Prevención VHD:** Vacunar contra VHB previene adquisición de VHB/VHD en susceptibles; no protege contra sobreinfección delta a quien ya tiene VHB.
- **VHE:** Transmisión fecal-oral por agua y zoonótica por carne insuficientemente cocida; también puede ocurrir transmisión parenteral. Diagnóstico con IgM y ARN según contexto.
- **Riesgo VHE:** La hepatitis aguda suele ser autolimitada, pero gestantes pueden desarrollar enfermedad grave y pacientes inmunosuprimidos pueden cronificar. Considerar ingreso en gestantes sintomáticas y derivar persistencia.
- **Manejo VHE:** Soporte y evitar hepatotóxicos en cuadros agudos habituales; las formas crónicas requieren manejo especializado. Prevención mediante saneamiento, agua segura y cocción suficiente.

CLAVES EUNACOM

En hepatitis aguda, TP/INR y conciencia determinan alarma.

Anti-HBc distingue infección pasada de vacunación.

VHC activo se confirma con ARN y se trata con antivirales de acción directa.

Referencias: [115](#), [116](#), [117](#), [118](#), [119](#), [120](#), [121](#), [122](#). Bibliografía al final.

Parasitosis y enfermedades de la piel

Comprender ciclos, diferenciar lesiones y seleccionar tratamientos por agente y localización.

Parasitosis intestinales

Elegir pruebas según el parásito

- **Sospecha:** Investigar agua, viajes, saneamiento, carne/pescado crudos, contacto con animales, prurito anal, pérdida de peso y eosinofilia. Una infección puede ser asintomática.
- **Deposiciones:** Parasitológico seriado, antígeno o PCR según agente y disponibilidad. La eliminación intermitente puede requerir varias muestras; el examen habitual no sustituye pruebas específicas.
- **Eosinófilos:** Orientan sobre todo a helmintos con migración tisular; giardiasis y amebiasis no suelen explicarlos. Eosinofilia ausente no excluye parasitosis ni hiperinfección por Strongyloides.
- **Seguridad:** Las dosis siguientes son referencias adultas salvo indicación expresa. Embarazo, lactantes, daño hepático e interacciones requieren selección individual; pirantel no es una solución universal para toda gestante.

Protozoos intestinales

- **Amebiasis:** Entamoeba histolytica causa dolor y disentería subaguda, a veces absceso hepático. Distinguirlo de E. dispar no patógena mediante antígeno/PCR cuando sea necesario; la microscopía sola puede confundirlas.
- **Tratamiento amebiano:** En enfermedad invasora usar metronidazol o tinidazol, seguido de amebicida luminal como paromomicina. E. histolytica intestinal asintomática confirmada requiere erradicación luminal; E. dispar no requiere esa pauta.
- **Giardiasis:** Giardia duodenalis, también llamada lamblia, produce meteorismo, cólicos, diarrea persistente, esteatorrea o malabsorción; puede ser asintomática. Confirmar con antígeno/PCR o estudio seriado.
- **Manejo Giardia:** Tinidazol, metronidazol o nitazoxanida son opciones. Si persiste, comprobar infección activa, adherencia y reinfección antes de repetir; considerar intolerancia transitoria a lactosa e inmunodeficiencia.
- **Oportunistas:** Cryptosporidium, Cyclospora y Cystoisospora requieren búsqueda dirigida según exposición/inmunidad. En VIH, hidratación y recuperación inmunológica son esenciales, además del tratamiento específico correspondiente.

Nematodos intestinales: pistas y pautas diferentes

- **Ascaris:** Puede ser asintomático; migración pulmonar produce síndrome de Löeffler con tos, sibilancias, infiltrados y eosinofilia. Cargas altas pueden obstruir intestino, vía biliar o conducto pancreático.
- **Tratar ascariasis:** Albendazol 400 mg VO una vez es una referencia adulta; alternativa mebendazol 100 mg cada 12 h durante 3 días. Infección confirmada se trata aunque sea asintomática; obstrucción exige manejo especializado.
- **Trichuris:** Infección intensa puede causar diarrea, anemia y prolapso rectal. Diagnóstico por huevos en heces; albendazol 400 mg/día durante 3 días o mebendazol 100 mg cada 12 h durante 3 días.
- **Oxiuro:** Enterobius vermicularis: prurito perianal nocturno, autoinfección y contagio familiar. Test de Graham matinal antes de lavarse o defecar, repetido según protocolo; el parasitológico fecal es poco sensible.

- **Tratar oxiuriasis:** Albendazol 400 mg VO una vez o mebendazol 100 mg una vez; repetir a las 2 semanas. Higiene de manos/uñas, lavado de ropa y manejo simultáneo de convivientes según evaluación.
- **Anquilostomas intestinales:** Ancylostoma duodenale/Necator americanus pueden causar pérdidas crónicas de sangre y anemia ferropénica. No confundirlos con la erupción cutánea por larvas de anquilostomas de perros/gatos.

Nematodos: las pistas no son iguales

Ascaris

Síndrome de Löeffler o posible obstrucción intestinal/biliar.

Trichuris

Carga elevada puede producir diarrea, anemia y prolapso rectal.

Oxiuro

Prurito nocturno; elegir Graham matinal.

Anquilostomas intestinales

Pérdidas sanguíneas crónicas y anemia ferropénica.

Strongyloides: evitar hiperinfección

- **Mecanismo:** Strongyloides stercoralis penetra por piel y mantiene autoinfección durante años. Puede causar síntomas digestivos, eosinofilia y larva currens, una lesión que progresa rápidamente.
- **Alarma:** Corticoides, trasplante y otras inmunosupresiones pueden desencadenar hiperinfección con compromiso pulmonar, sepsis por bacterias intestinales y alta gravedad.
- **Antes de inmunosuprimir:** Buscar exposición epidemiológica y solicitar serología y/o pruebas parasitológicas específicas. Un parasitológico convencional negativo no descarta infección.
- **No complicada:** Ivermectina 200 microgramos/kg VO al día por 1-2 días es referencia CDC; revisar embarazo, peso <15 kg y posible coinfección por Loa loa antes de indicarla.
- **Hiperinfección:** Hospitalizar; ivermectina diaria, reducción de inmunosupresión cuando sea posible y seguimiento hasta negativización sostenida de muestras. Íleo/malabsorción requieren alternativas supervisadas por especialista.

Strongyloides antes de inmunosuprimir

1

Reconocer exposición

La autoinfección permite persistencia durante años.



2

Buscar infección

Serología y/o estudios específicos; heces convencionales negativas no excluyen.



3

Prevenir hiperinfección

Tratar según evaluación; corticoides pueden desencadenar enfermedad grave.

Tenias intestinales y neurocisticercosis

- **Teniasis:** Carne bovina con cisticercos transmite *T. saginata* y porcina *T. solium*. Suelen causar síntomas leves o expulsión de proglótides; estudiar heces e identificar especie cuando sea posible.
- **Tratamiento intestinal:** Praziquantel es opción principal y niclosamida una alternativa según disponibilidad. Interrogar síntomas neurológicos/oculares antes de tratar si pudiera coexistir cisticercosis.
- **Pescado:** *Dibothriocephalus latus*, antes *Diphyllbothrium latum*, es una tenia del pescado; puede asociarse a déficit de vitamina B12. Diagnóstico fecal y tratamiento específico con praziquantel.
- **Cisticercosis:** Se adquiere por ingerir huevos de *T. solium* procedentes de heces humanas, no directamente por comer cerdo con cisticercos. Convulsiones, cefalea, focalidad o hidrocefalia requieren neuroimagen.
- **Estudio y seguridad:** TC/RM y evaluación ocular antes de antiparasitarios. Tratar convulsiones; hidrocefalia no controlada o edema difuso se manejan antes de tratamiento cisticida.
- **Según lesiones:** Calcificaciones aisladas: manejo sintomático, sin antiparasitario. En quistes parenquimatosos viables, 1-2 suelen recibir albendazol; >2, albendazol más praziquantel, con corticoide previo y supervisión especializada.

T. solium: dos formas de infección

Cisticercos en carne

Ingesta de carne porcina contaminada: tenia adulta intestinal.

Huevos humanos

Ingesta fecal-oral: cisticercosis tisular, incluida neurológica.

Antes de cisticidas

Neuroimagen y examen ocular; controlar hidrocefalia o edema primero.

Larvas tisulares y fasciolosis

- **Toxocariasis:** Huevos de *Toxocara canis/cati* en suelo contaminado pueden causar larva migrante visceral: fiebre, síntomas hepáticos/pulmonares y eosinofilia. Los areneros contaminados son una exposición infantil.
- **Forma ocular:** Disminución visual o granuloma ocular requieren oftalmología urgente; la eosinofilia puede ser poco llamativa. Diagnóstico por contexto y serología ELISA específica, no IgM/IgG indiscriminadas ni huevos en heces humanas.
- **Manejo Toxocara:** Enfermedad visceral sintomática: albendazol o mebendazol; formas oculares requieren control de inflamación y decisión experta. No tratar toda serología positiva aislada como enfermedad activa.
- **Fasciola hepatica:** Berros u otras plantas acuáticas contaminadas: fase migratoria hepática con dolor, fiebre y eosinofilia; fase biliar con obstrucción, ictericia o colangitis.
- **Diagnóstico Fasciola:** Serología útil al inicio, cuando aún no hay huevos; posteriormente estudio fecal seriado e imágenes hepatobiliares. Una muestra negativa temprana no excluye fasciolosis.
- **Tratamiento Fasciola:** Triclabendazol es elección: referencia en ≥ 6 años, 10 mg/kg VO con comida, dos dosis separadas por 12 horas. Praziquantel no es eficaz; nitazoxanida no equivale a primera opción.

CLAVES EUNACOM

Metronidazol para amebiasis invasora debe completarse con fármaco luminal.

Oxiuriasis se busca con Graham; Strongyloides necesita pruebas específicas.

Teniasis por carne y cisticercosis por huevos humanos son vías distintas.

Referencias: [123](#), [124](#), [105](#), [125](#), [126](#), [127](#), [128](#), [129](#), [130](#), [131](#). Bibliografía al final.

Hidatidosis

Ciclo y presentación clínica

- **Transmisión:** *Echinococcus granulosus sensu lato*: el humano ingiere huevos provenientes de heces de perros/cánidos. El ciclo perro-ganado se favorece al dar vísceras crudas infectadas a perros.
- **Latencia:** Los quistes pueden permanecer asintomáticos durante años. La clínica depende del órgano, tamaño, fase y complicaciones; no todo quiste es un absceso.
- **Hígado:** Dolor, masa o compresión; puede complicarse con infección, rotura a vía biliar, colangitis o ictericia.
- **Pulmón:** Tos, dolor o disnea; la rotura bronquial puede producir vómita con líquido y membranas, descritas como hollejes de uva. Puede haber sobreinfección.
- **Urgencia:** Rotura puede ocasionar anafilaxia y siembra secundaria. Disnea aguda, shock, colangitis o peritonismo exigen atención hospitalaria.

Imágenes y fase del quiste

- **Diagnóstico:** Ecografía es central en hígado; radiografía/TC según localización pulmonar y extensión. Serología apoya, pero un resultado negativo no excluye, especialmente en determinadas localizaciones/fases.
- **CE1:** Quiste activo unilocular, líquido/anecogénico, con doble pared y posible arena hidatídica; no diagnosticar por anecogenicidad aislada.
- **CE2:** Activo multivesicular con vesículas hijas y aspecto tabicado; la arquitectura importa para elegir tratamiento.
- **CE3:** CE3a muestra membranas desprendidas; CE3b conserva vesículas hijas en contenido más sólido y requiere un abordaje distinto.
- **CE4/CE5:** Contenido degenerado heterogéneo y/o pared calcificada apoyan inactividad en el contexto adecuado. La clasificación y seguimiento requieren experiencia; una calcificación parcial aislada no demuestra siempre muerte parasitaria.

El aspecto del quiste importa

CE1

Unilocular líquido; valorar pared y arena hidatídica.

CE2

Vesículas hijas y patrón multivesicular.

CE3

Membranas desprendidas o vesículas hijas en contenido más sólido.

CE4/CE5

Degeneración/calcificación compatibles con inactividad: confirmar contexto.

Tratamiento del quiste hepático no complicado

Tipo	Orientación OMS	Condición decisiva
CE1/CE3a <5 cm	Albendazol.	Seguimiento de respuesta y tolerancia.
CE1/CE3a 5-10 cm o >10 cm	Procedimiento percutáneo, habitualmente PAIR, más albendazol.	Solo centro experto; no PAIR si comunicación biliar.
CE2/CE3b ≤5 cm	Albendazol inicial.	Reevaluar respuesta y anatomía.
CE2/CE3b >5 cm	Cirugía más albendazol.	Decisión multidisciplinaria.
CE4/CE5 inactivos sin complicación	Vigilancia por imágenes.	No intervención automática en un quiste estable asintomático.

Las recomendaciones internacionales son condicionales y dependen de recursos/experiencia. Quistes complicados, pulmonares y de otros órganos requieren algoritmos específicos; el tamaño >10 cm no impone por sí solo cirugía hepática.

Quiste hepático no complicado: decidir por fase

CE1/CE3a < 5 cm

Albendazol.

CE1/CE3a ≥ 5 cm

Tratamiento percutáneo más albendazol en centro experto; no PAIR con comunicación biliar.

CE2/CE3b

≤ 5 cm: albendazol inicial; > 5 cm: cirugía más albendazol.

CE4/CE5 inactivos

Seguimiento por imagen si estables y sin complicaciones.

Marco OMS condicional; complicados y otros órganos tienen decisiones específicas.

Tratamiento seguro y seguimiento

- **Albendazol:** Referencia: 10-15 mg/kg/día VO en dos tomas, máximo 800 mg/día, con alimento graso. Duración por fase/intervención y evolución; no fijar 1-3 meses para todos.
- **Monitorización:** Controlar hemograma y función hepática; revisar embarazo y toxicidad. El seguimiento por imagen continúa aunque se haya operado o completado fármacos.

- **PAIR:** Punción-aspiración-inyección-reaspiración es una técnica protocolizada, no una punción diagnóstica casual ni inyección de etanol en cualquier quiste.
- **Complicaciones:** Comunicación biliar, infección, rotura, compresión relevante o anatomía compleja pueden cambiar hacia cirugía u otro drenaje especializado. Evitar biopsia/punción no planificada por riesgo de siembra y anafilaxia.
- **Prevención:** Desparasitación veterinaria de perros, no entregar vísceras crudas, faenamiento autorizado, eliminación segura de vísceras y lavado de manos/alimentos; seguimiento sanitario de casos y zonas de riesgo.

CLAVES EUNACOM

La fase ecográfica, además del tamaño, define el tratamiento.

No puncionar un posible quiste hidatídico sin planificación experta.

Referencias: [132](#), [133](#), [134](#), [135](#). Bibliografía al final.

Triquinosis

Relacionar síntomas y exposición

- **Origen:** *Trichinella* se adquiere por cerdo, jabalí u otras carnes con larvas, crudas o insuficientemente cocidas. Embutidos artesanales también pueden transmitirla; investigar comensales con síntomas.
- **Fase intestinal:** Puede comenzar con diarrea, dolor abdominal, náuseas o vómitos después de ingerir la carne; un episodio digestivo inicial puede haber pasado inadvertido.
- **Migración muscular:** Fiebre, mialgias intensas -incluidos músculos oculares-, edema facial/periorbitario y eosinofilia orientan fuertemente en contexto compatible.
- **Cronología:** El intervalo varía con carga parasitaria: los síntomas sistémicos pueden surgir semanas después. Ausencia de síntomas en otro comensal no descarta exposición compartida.

Confirmación y evaluación de gravedad

- **Laboratorio:** Hemograma con eosinófilos y enzimas musculares pueden apoyar. Solicitar función renal, electrolitos y evaluación cardíaca cuando clínica/gravedad lo indiquen.
- **Serología:** La detección de anticuerpos es la confirmación habitual; puede ser negativa al inicio. Repetir semanas después si la sospecha persiste, buscando seroconversión.
- **Biopsia:** La biopsia muscular puede demostrar larvas, pero es invasiva y no constituye el paso obligatorio en todos los pacientes.
- **Alarma:** Dolor torácico, disnea, arritmia, síncope, déficit neurológico o deterioro marcado hacen sospechar miocarditis/encefalitis u otras complicaciones y requieren hospitalización.

Antiparasitarios precoces, no solo en casos graves

- **Objetivo:** Iniciar tratamiento oportuno reduce producción y migración de larvas. Una vez enquistadas en músculo, la erradicación puede ser incompleta y persistir síntomas.
- **Albendazol:** Referencia adulta: 400 mg VO cada 12 horas durante 8-14 días. Elegir duración y necesidad de reevaluación según evolución y momento de diagnóstico.
- **Alternativa:** Mebendazol: referencia adulta 200-400 mg VO cada 8 horas durante 3 días, después 400-500 mg cada 8 horas durante 10 días; requiere seguimiento médico.
- **Seguridad:** Revisar embarazo, menores de 2 años, hepatopatía y hemograma, especialmente con cursos prolongados. No trasladar automáticamente pautas adultas a poblaciones especiales.

- **Inflamación:** Analgésicos y soporte según estado renal/digestivo. Corticoides se reservan para enfermedad inflamatoria grave seleccionada, junto al antiparasitario; no sustituyen el tratamiento etiológico.

Triquinosis: el momento del tratamiento importa

Tratar pronto

Antiparasitario puede reducir producción y migración de larvas.

No esperar gravedad

Albendazol o mebendazol, con pauta y seguridad individualizadas.

Inflamación grave

Soporte y corticoide seleccionado junto al antiparasitario.

Cortar el brote

- **Salud pública:** Notificar según normativa chilena y coordinar estudio de carne, origen y personas expuestas; la búsqueda de otros casos es parte del manejo.
- **Prevención:** Consumir carne de faena autorizada y correctamente cocida. Salado, ahumado o secado casero no garantizan eliminar larvas.
- **Congelación:** No asumir que congelar cualquier carne la vuelve segura: algunas especies de *Trichinella* en animales silvestres resisten estas condiciones.
- **Seguimiento:** Reevaluar síntomas musculares y signos de compromiso de órganos; una serología positiva persistente aislada no obliga a repetir ciclos indefinidamente.

CLAVES EUNACOM

Carne de riesgo, mialgias, edema facial y eosinofilia sugieren triquinosis.

No esperar gravedad o biopsia para valorar antiparasitarios precoces.

Referencias: [136](#), [137](#), [138](#), [111](#). Bibliografía al final.

Escabiosis, pediculosis y larva migrante cutánea

Escabiosis: reconocer el patrón y los contactos

- **Agente:** *Sarcoptes scabiei*: contacto cutáneo estrecho; los fómites adquieren especial importancia en sarna costrosa. Prurito nocturno y convivientes afectados son pistas.
- **Lesiones:** Surcos, pequeñas pápulas/vesículas y excoriaciones en espacios interdigitales, muñecas, pliegues, abdomen y genitales. Lactantes pueden tener compromiso cefálico, palmas y plantas.

- **Diagnóstico:** Generalmente clínico; dermatoscopia o identificación de ácaros/huevos apoyan. Un acarotest negativo no descarta por sí solo una infestación compatible.
- **Costrosa:** Hiperqueratosis y costras extensas, a veces poco pruriginosas; alta carga parasitaria y contagiosidad. Requiere tratamiento combinado, medidas de contacto y estudio de vulnerabilidad.

Escabiosis: tratar piel, contactos y entorno

- **Permetrina 5%:** Aplicar en toda la superficie indicada, no solo lesiones, durante 8-14 horas y lavar; suele repetirse aproximadamente a los 7 días. Incluir uñas/pliegues; extensión cefálica según edad/contexto.
- **Poblaciones:** Opción habitual desde 2 meses y en embarazo. Menores de 2 meses necesitan una alternativa pediátrica apropiada; no extrapolar concentraciones de pediculosis.
- **Ivermectina:** Alternativa seleccionada: 200 microgramos/kg VO, repetir a los 7-14 días. Seguridad no establecida en embarazo ni peso <15 kg; sarna costrosa combina tratamiento oral y tópico supervisados.
- **Contactos:** Tratar simultáneamente contactos estrechos/convivientes indicados, aunque aún no tengan síntomas; coordinar brotes institucionales.
- **Ambiente:** Lavar y secar ropa/sábanas con calor; aislar lo no lavable varios días según protocolo. No planchar colchones ni fumigar la vivienda: evitar quemaduras y exposición innecesaria a insecticidas.
- **Prurito residual:** Puede persistir tras erradicación; evaluar lesiones nuevas, técnica, contactos y reinfestación antes de encadenar tratamientos. Tratar sobreinfección bacteriana si está presente.

Escabiosis: tres intervenciones coordinadas

Paciente

Permetrina 5% con aplicación completa y repetición indicada.

Contactos

Manejo simultáneo de convivientes y contactos estrechos.

Ambiente

Lavar/secar con calor o aislar fómites; no planchar colchones ni fumigar.

Pediculosis capitis y pubis

- **Capitis:** Prurito y piojos vivos confirman infestación activa. Liendres vacías alejadas del cuero cabelludo no demuestran fracaso. Revisar convivientes y contactos cercanos.
- **Pauta capitis:** Permetrina 1% según instrucciones de la presentación; suele requerir repetición alrededor del día 9. Añadir peinado fino y verificar respuesta; resistencia o mala aplicación pueden explicar persistencia.

- **Medidas capitís:** Tratar personas infestadas y quienes comparten cama según evaluación; lavar prendas/ropa de cama recientes y limpiar peines. No fumigar, usar insecticidas ambientales ni repetir dosis excesivas.
- **Pubis:** Phthirus pubis: prurito pubiano, perianal, axilar u otro vello, generalmente transmisión sexual. Permetrina 1% durante 10 minutos es pauta de referencia; no aplicar en ojos.
- **Parejas:** Evaluar otras ITS y tratar parejas sexuales del último mes; evitar contacto hasta completar manejo. Si afecta pestañas, usar manejo oftálmico específico, no pediculicida cutáneo.

Larva migrante cutánea: no es una tenia

- **Exposición:** Larvas de anquilostomas de perros/gatos, como Ancylostoma braziliense/caninum, penetran piel al caminar o sentarse sobre arena/tierra contaminada.
- **Patrón:** Trayecto serpiginoso elevado, muy pruriginoso, que avanza lentamente, frecuente en pies o nalgas. El diagnóstico suele ser clínico; no requiere encontrar huevos en heces humanas.
- **Diferenciar:** No equivale a anquilostomiasis intestinal con anemia ni a larva currens rápida de Strongyloides. La larva migrante visceral/ocular corresponde a otros mecanismos, como Toxocara.
- **Tratamiento:** Puede autolimitarse, pero ivermectina o albendazol alivian/erradican enfermedad sintomática. Evitar crioterapia o destrucción del extremo visible: la larva puede estar más allá del trayecto.
- **Prevención:** Calzado, barreras frente a arena contaminada, eliminación de heces y desparasitación veterinaria. Buscar infección bacteriana secundaria si hay dolor, pus o eritema progresivo.

Trayectos cutáneos: distinguir mecanismos

Larva migrante cutánea

Anquilostomas de animales; recorrido serpiginoso lento tras contacto con arena/suelo.

Larva currens

Strongyloides: avance rápido y posible infección intestinal/autoinfección.

Larva visceral u ocular

Otra presentación, como toxocariasis; no se diagnostica por un trayecto cutáneo típico.

CLAVES EUNACOM

Escabiosis: tratar contactos al mismo tiempo que al paciente.

Permetrina 5% corresponde a sarna; 1% a determinadas pautas de pediculosis.

Larva migrante cutánea y strongiloidiasis no son equivalentes.

Referencias: [139](#), [88](#), [140](#), [141](#), [142](#), [143](#). Bibliografía al final.

Dermatofitosis y pitiriasis versicolor

Confirmar una micosis superficial

- **Agentes:** Dermatofitos, como *Trichophyton* y *Microsporum*, afectan piel queratinizada, pelo o uñas. *Trichophyton rubrum* es frecuente, pero la especie no se determina por aspecto aislado.
- **Diagnóstico:** Raspado del borde activo para examen directo con KOH y cultivo según duda, localización o resistencia. Confirmar especialmente antes de tratamiento oral prolongado de uñas.
- **Diferenciales:** Eccema, psoriasis, dermatitis seborreica, alopecia areata y traumatismo ungüeal pueden simular infección. Mal olor u onicogriposis por sí solos no confirman hongos.
- **Corticoides:** Evitar combinaciones empíricas con corticoide que enmascaran y agravan la tiña. Fracaso persistente exige revisar diagnóstico, adherencia y posible resistencia.

Tiña capitis: el tratamiento tópico no basta

- **Clínica:** Placas alopécicas descamativas, pelos quebrados o puntos negros; puede haber inflamación intensa y querion. *Microsporum canis* se asocia a animales, pero no es el único agente.
- **Tratamiento:** Requiere antifúngico sistémico; griseofulvina es una opción relevante para *Microsporum* y terbinafina para determinados dermatofitos. Elegir por especie probable/confirmada, edad y formulación.
- **Alarma:** Querion o alopecia inflamatoria marcada requieren atención precoz por riesgo de cicatriz; no confundir con absceso bacteriano y drenar rutinariamente.
- **Contagio:** Evitar compartir peines/gorros, estudiar contactos según contexto y mascotas con sospecha. Champús antifúngicos pueden reducir transmisión, pero no curan solos el pelo infectado.

Corporis, pedis y cruris

- **Corporis:** Placa anular con borde activo descamativo y aclaramiento central; el aspecto varía según inflamación y tratamiento previo. La infección profunda o extensa cambia la conducta.
- **Pedis:** Descamación interdigital, fisuras o patrón plantar; mantener pies secos y tratar reservorios. El olor puede reflejar bacterias asociadas, no identifica el dermatofito.
- **Cruris:** Placa inguinal pruriginosa, a veces originada desde pies infectados. Diferenciar candidiasis/intertrigo; tratar simultáneamente una tiña pedis coexistente.
- **Pauta:** Lesiones limitadas suelen responder a terbinafina o azol tópico como clotrimazol durante el curso indicado para producto/localización. Extensión, fracaso o inmunosupresión pueden requerir tratamiento oral.

Uñas y pitiriasis versicolor: mecanismos distintos

- **Onicomycosis:** Engrosamiento, cambio de color, fragilidad u onicólisis; confirmar hongo antes de terapia sistémica. Terbinafina oral es opción para dermatofitos, con revisión hepática e interacciones.
- **Selección:** Compromiso leve puede admitir terapia tópica; matriz, extensión y comorbilidad influyen. La apariencia normal tarda en recuperarse porque depende del crecimiento de la uña.
- **Versicolor:** *Malassezia* produce máculas hipo/hiperpigmentadas con descamación fina, sobre todo en tronco. Es una levadura, no un dermatofito; KOH ayuda ante duda.
- **Tratamiento versicolor:** Preferir tratamiento tópico, por ejemplo ketoconazol o sulfuro de selenio; fluconazol/otros esquemas sistémicos se reservan para extensión o recurrencia seleccionada.

- **Evolución:** El color puede tardar semanas o meses en normalizarse pese a erradicación. Recurrencia es frecuente; evitar repetir antifúngicos solo por pigmentación residual.

Uña y versicolor requieren decisiones distintas

Uña alterada

Confirmar hongo antes de tratamiento oral prolongado.

Versicolor localizada

Malassezia: tratamiento tópico habitual.

Pigmentación residual

Puede persistir pese a curación; no repetir fármacos solo por el color.

CLAVES EUNACOM

Tiña capitis exige tratamiento sistémico.

Confirmar onicomycosis antes de cursos orales prolongados.

Pitiriasis versicolor suele tratarse inicialmente por vía tópica.

Referencias: [144](#), [145](#), [146](#), [147](#). Bibliografía al final.

Viajes, vectores y zoonosis

La exposición epidemiológica conecta el síndrome clínico con las pruebas que cambian la conducta.

Dengue

Exposición y diagnóstico de arbovirosis

- **Vector:** Dengue, zika y chikungunya comparten mosquitos Aedes; preguntar lugares, fechas, brotes y embarazo. Aedes aegypti no está limitado a Rapa Nui: ISP documenta detecciones continentales.
- **Prevención:** Repelente autorizado, como DEET en concentración adecuada -por ejemplo 20% o más- según edad y etiqueta, ropa protectora, mallas y eliminación de criaderos; evitar nuevas picaduras durante la enfermedad.
- **Diagnóstico inicial:** Fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y exantema se superponen. Malaria, leptospirosis y otras infecciones del viajero siguen en el diagnóstico diferencial.
- **Dengue, primeros siete días:** Solicitar NAAT/RT-PCR más IgM, o antígeno NS1 más IgM según disponibilidad. Después del día siete, IgM adquiere mayor utilidad.
- **Limitaciones:** Resultado negativo temprano no excluye; IgM puede cruzarse con otros flavivirus o persistir. Confirmar con laboratorio de referencia cuando la distinción cambie la conducta.

Dengue: gravedad alrededor de la defervescencia

- **Presentación:** Fiebre, dolor retroocular, mialgias, exantema -a veces «islas blancas en mar rojo»- y torniquete positivo; son orientadores y no confirman ni descartan solos.
- **Hemograma:** Son frecuentes leucopenia y trombocitopenia. Hematocrito creciente junto a deterioro clínico sugiere fuga plasmática; una cifra aislada requiere contexto e hidratación previa.
- **Alarmas:** Dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrado mucoso, somnolencia o inquietud, hepatomegalia, acumulación de líquidos o hematocrito en ascenso requieren valoración hospitalaria.
- **Dengue grave:** Shock por fuga plasmática, dificultad respiratoria por extravasación, hemorragia grave o daño orgánico importante, como encefalopatía o hepatitis intensa, requieren manejo urgente.
- **Momento crítico:** El deterioro puede aparecer cuando baja la fiebre. Mejor temperatura no significa recuperación: reevaluar perfusión, diuresis, estado mental y tolerancia oral.

La fiebre baja: revisar gravedad

Fuga plasmática

Hematocrito creciente, acumulación de líquidos, mala perfusión o dificultad respiratoria.

Sangrado

Sangrado mucoso es alarma; hemorragia grave define enfermedad grave.

Otros signos

Dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, alteración mental o daño orgánico.

Dengue: conducta y seguimiento

- **Ambulatorio:** Solo si permanece estable, tolera líquidos, orina adecuadamente y no presenta alarmas ni condiciones que exijan ingreso; asegurar acceso a control, habitualmente diario durante el período crítico.
- **Hidratación:** Preferir líquidos orales si tolera. Si necesita vía intravenosa, usar cristaloides isotónicos titulados a perfusión y reevaluación; evitar sobrecarga y disminuir aporte al mejorar la fuga.
- **Fármacos:** Paracetamol para fiebre o dolor, ajustado a edad y función hepática. Evitar aspirina y AINE; no indicar corticoides ni transfusión profiláctica de plaquetas de rutina.
- **Riesgo especial:** Embarazo, extremos de edad, comorbilidad, anticoagulación o dificultad de seguimiento bajan el umbral de hospitalización.
- **Vacunas:** Las indicaciones difieren entre productos: no todas exigen infección previa. Considerar autorización, edad y epidemiología; vacunas vivas tienen restricciones en embarazo e inmunodepresión. No asumir incorporación al PNI chileno.

Zika y chikungunya: diferencias útiles

Infección	Claves clínicas	Conducta
Dengue	Fiebre, exantema, trombocitopenia y posible fuga plasmática.	Vigilar sangrado y deterioro al bajar la fiebre; evitar AINE.
Zika	A menudo asintomático o leve: exantema, febrícula, artralgias y conjuntivitis no purulenta. Puede asociarse a Guillain-Barré.	Soporte y evaluación según exposición; también existe transmisión sexual.
Chikungunya	Fiebre aguda con poliartralgia intensa o artritis; el dolor articular puede persistir meses o más.	Paracetamol inicialmente; considerar AINE solo tras excluir dengue y sus riesgos.

- **Embarazo y zika:** La infección puede causar anomalías cerebrales y oculares, incluida microcefalia, aun con madre asintomática. Coordinar pruebas y seguimiento materno-fetal según exposición y hallazgos.
- **Pruebas:** NAAT es útil temprano; serología posterior tiene limitaciones y reactividad cruzada. Un resultado negativo aislado no excluye infección en todas las fases.
- **Persistencia articular:** La frecuencia de artralgia crónica por chikungunya varía entre cohortes; evaluar artritis persistente y rehabilitación, sin extrapolar un porcentaje único a toda persona.

Arbovirosis: pistas, no diagnósticos aislados

Dengue

Vigilar fuga plasmática, trombocitopenia, sangrado y deterioro al bajar la fiebre.

Zika

Exantema y conjuntivitis; riesgo congénito aun con infección materna leve.

Chikungunya

Poliartralgia intensa; dolor o artritis pueden persistir.

La epidemiología y las pruebas apropiadas permiten distinguir cuadros que se superponen.

Fiebre amarilla en el viajero

- **Sospecha:** Exposición en zona de riesgo, fiebre, cefalea y mialgias; algunos pacientes presentan breve mejoría antes de ictericia, falla renal, hemorragia o shock.
- **Fase tóxica:** Vómito oscuro por sangrado, coagulopatía, hepatitis y disfunción multiorgánica requieren hospitalización. No confirmar ni excluir por una relación aislada entre transaminasas.
- **Confirmación:** RT-PCR en fase temprana y serología después según laboratorio; interpretar vacunación previa y reacción cruzada. Coordinar notificación y estudio con la autoridad sanitaria.
- **Tratamiento:** Soporte y vigilancia orgánica; no existe antiviral específico de uso establecido. Evitar medicamentos que aumenten sangrado o daño hepático.
- **Vacunación:** Vacuna viva para viajeros seleccionados, habitualmente desde nueve meses. Menores de seis meses y ciertas inmunodeficiencias son contraindicaciones; embarazo, 6-8 meses y edad avanzada requieren valoración individual.

CLAVES EUNACOM

Dengue puede agravarse al desaparecer la fiebre.

Antes de usar AINE en una arbovirosis, descartar dengue.

Zika leve en la madre puede tener consecuencias fetales graves.

Referencias: [148](#), [149](#), [150](#), [151](#), [152](#), [153](#), [154](#), [155](#). Bibliografía al final.

Malaria

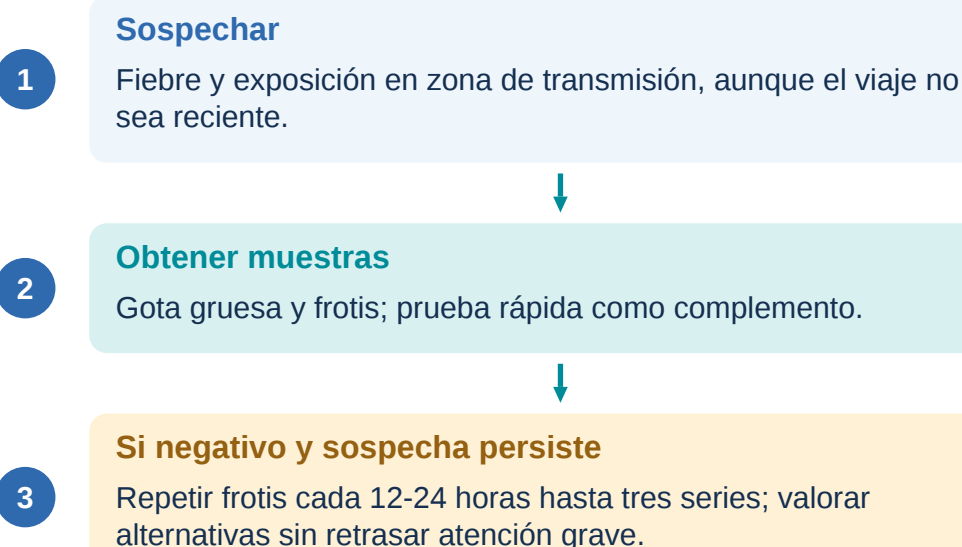
Sospecha y presentación

- **Exposición:** Fiebre después de estancia en zona de transmisión requiere descartar malaria con urgencia. Preguntar viajes de semanas a meses o más: no limitar la sospecha a los últimos quince días.
- **Agentes:** Plasmodium falciparum, vivax, ovale, malariae y knowlesi; transmisión por Anopheles. Los casos importados siguen siendo relevantes aunque no exista transmisión habitual local.
- **Clínica:** Fiebre, escalofríos, cefalea, mialgias, malestar y síntomas digestivos; la periodicidad clásica puede faltar. Anemia, trombocitopenia y esplenomegalia apoyan, pero no confirman; leucocitos pueden aumentar o disminuir.
- **Gravedad:** Compromiso de conciencia, convulsiones, shock, edema pulmonar, acidosis, insuficiencia renal, anemia grave, hipoglucemia o sangrado exigen manejo hospitalario inmediato.
- **Parasitemia:** Cuantificarla: CDC considera $\geq 5\%$ un criterio de malaria grave. Los umbrales operativos varían entre guías; no esperar alcanzar una cifra si ya existe disfunción orgánica.

Diagnóstico urgente

- **Microscopía:** Solicitar gota gruesa y frotis delgado de inmediato: la primera aumenta sensibilidad; el segundo permite identificar especie y estimar parasitemia.
- **Prueba rápida:** Puede acelerar detección, pero se complementa con microscopía para especie, cuantificación y seguimiento. Si no hay capacidad diagnóstica, trasladar a un centro que la tenga.
- **Negativo inicial:** Si persiste sospecha y la evaluación es por frotis, repetir cada 12-24 horas hasta completar tres series. No tranquilizarse por un único examen negativo.
- **PCR:** Útil para confirmar especie o infección mixta; no retrasar tratamiento esperando una prueba de referencia. Serología no es apropiada para diagnosticar malaria aguda.
- **Evaluación asociada:** Hemograma, glicemia, función renal y hepática, electrolitos y evaluación ácido-base según gravedad; medir diuresis y buscar coinfección cuando corresponda.

Malaria: confirmar sin demora



Tratamiento según gravedad y especie

- **No complicada:** Elegir combinación antimalárica eficaz según especie, procedencia, resistencia, embarazo y peso. Para falciparum se utilizan combinaciones basadas en artemisinina; evitar monoterapia con artemisinina.
- **Malaria grave adulta:** Artesunato intravenoso 2,4 mg/kg a las 0, 12 y 24 horas, sin esperar confirmación de especie si la sospecha es alta; manejo hospitalario especializado.
- **Continuación intravenosa:** Según CDC, continuar cada 24 horas si parasitemia sigue >1% o no tolera vía oral; máximo siete días intravenosos. Luego completar un esquema oral eficaz, no suspender tras tres dosis.
- **Pauta oral posterior:** Completar un curso oral eficaz según especie, peso y resistencia. Como complemento internacional, CDC utiliza arteméter-lumefantrina durante cinco días -diez dosis- para falciparum; seguir íntegramente la pauta seleccionada.
- **Vivax y ovale:** Además del tratamiento sanguíneo, valorar cura radical de hipnozoítos con primaquina o tafenoquina tras cuantificar G6PD; están contraindicadas en embarazo y tienen restricciones de edad y lactancia.
- **Seguimiento:** Controlar parasitemia y respuesta; después de artesunato vigilar hemólisis tardía durante cuatro semanas. Ante recaída, revisar especie, resistencia, adherencia y tratamiento de hipnozoítos.

Dos objetivos del tratamiento antimalárico

Infección sanguínea

Tratar según especie, resistencia y gravedad; si grave, artesunato intravenoso seguido de esquema oral completo.

Hipnozoítos

Vivax u ovale pueden requerir cura radical: G6PD cuantitativa y revisión de embarazo, lactancia y edad.

Prevención del viajero

- **Quimioprofilaxis:** Seleccionar según destino y contraindicaciones: atovacuona-proguanil, doxiciclina o mefloquina; tafenoquina solo en adultos seleccionados con G6PD normal. Atovacuona sola no constituye el esquema habitual.
- **Protección:** Repelentes, mosquiteros y ropa adecuada complementan la profilaxis. Ninguna pauta ofrece protección absoluta: fiebre posterior al viaje siempre requiere evaluación.

CLAVES EUNACOM

Fiebre en viajero: malaria se descarta con urgencia, no por calendario rígido.

Malaria grave requiere artesunato y completar después un esquema oral.

Referencias: [156](#), [157](#), [158](#), [159](#), [160](#). Bibliografía al final.

Fiebre tifoidea y paratifoidea

Fiebre entérica: sospecha epidemiológica

- **Agentes:** Salmonella enterica serotipos Typhi y Paratyphi A, B o C; transmisión fecal-oral desde personas infectadas o portadoras, mediante agua o alimentos contaminados.
- **Clínica:** Fiebre sostenida, cefalea, compromiso general, dolor abdominal, constipación o diarrea y posible hepatoesplenomegalia. El antecedente de viaje, saneamiento y alimentos orienta el riesgo.
- **Pistas clásicas:** Bradicardia relativa, roséolas del tronco y leucopenia pueden aparecer, pero no son sensibles ni obligatorias. La ausencia de diarrea no descarta fiebre tifoidea.
- **Gravedad:** Alteración de conciencia, shock, hemorragia digestiva o signos peritoneales sugieren complicaciones; la perforación ileal exige cirugía urgente.

Cultivos y decisiones terapéuticas

- **Confirmación:** Obtener hemocultivos y antibiograma; una muestra negativa no excluye y pueden requerirse varias. El coprocultivo aporta según fase, especialmente para eliminación fecal y portación.
- **Médula ósea:** Su cultivo puede ser más sensible y mantenerse positivo tras antibióticos, pero es invasivo y no constituye el examen inicial de rutina.
- **Evitar Widal:** Las aglutinaciones y otras serologías no confirman de manera fiable infección aguda. Descartar malaria en un viajero febril con exposición compatible.
- **Elección antibiótica:** Depende del país de adquisición, gravedad y susceptibilidad. Ceftriaxona o azitromicina son opciones frecuentes; no usar ciprofloxacino empírico como regla universal.
- **Resistencia:** Existen cepas resistentes a ceftriaxona y multirresistentes extensas, particularmente vinculadas a determinados viajes. Casos graves o sospecha de resistencia requieren infectología y posible carbapenémico.
- **Ejemplo oral adulto:** MSF contempla azitromicina oral 1 g el primer día y luego 500 mg/día hasta completar siete días, en enfermedad no complicada y susceptible.
- **Hospitalización:** En cuadros graves, MSF contempla ceftriaxona intravenosa 2 g/día, ajustable a gravedad, antes del cambio oral; duración y esquema se individualizan por susceptibilidad, evolución y complicaciones.

Fiebre entérica: cultivo y resistencia

1

Sospechar

Fiebre sostenida y exposición fecal-oral; buscar complicaciones y viajes.



2

Cultivar

Hemocultivos y susceptibilidad; no confirmar mediante Widal.



3

Tratar y revisar

Elegir según adquisición, gravedad y resistencia; investigar fiebre persistente o deterioro.

Respuesta, portación y prevención

- **Vigilancia:** La fiebre puede tardar 4-5 días en ceder con terapia eficaz. Persistencia o empeoramiento obliga a revisar resistencia, adherencia, absceso u otra complicación.
- **Soporte:** Corregir deshidratación, vigilar sangrado y abdomen; peritonitis o hemorragia significativa requieren manejo hospitalario, control del foco y soporte intensivo según necesidad.
- **Portación:** Puede persistir excreción fecal prolongada, especialmente con enfermedad vesicular; coordinar estudio y tratamiento con infectología y salud pública, considerando manipulación de alimentos.
- **Prevención:** Agua segura, lavado de manos, saneamiento y alimentos bien cocidos. La vacunación antitifoidea se valora según viaje o programa; no protege de Paratyphi.
- **Diferencia:** La salmonelosis no tifoidea suele causar gastroenteritis autolimitada; antibióticos se reservan para enfermedad invasora, grave o huéspedes de riesgo, no para toda diarrea.

CLAVES EUNACOM

Fiebre entérica puede cursar sin diarrea.

Cultivo y resistencia importan más que la bradicardia relativa o Widal.

Referencias: [161](#), [162](#), [163](#). Bibliografía al final.

Brucelosis

Exposición y presentación

- **Reservorio:** Brucella se adquiere por lácteos no pasteurizados, contacto ocupacional con animales o tejidos y aerosoles; preguntar por ganadería, mataderos, laboratorio y viajes.
- **Clínica:** Fiebre persistente u ondulante, sudoración, astenia, artralgias y hepatoesplenomegalia. Una curva febril no es suficiente para confirmar el diagnóstico.
- **Focos:** Compromiso osteoarticular, sacroileítis o espondilitis son frecuentes; buscar endocarditis, neurobrucelosis y compromiso genitourinario cuando la clínica lo sugiera.
- **Alarmas:** Soplo nuevo, insuficiencia cardíaca, déficit neurológico o dolor vertebral focal intenso requieren estudio dirigido y tratamiento especializado.

Brucelosis: exposición y foco

Exposición

Lácteos sin pasteurizar, animales, mataderos o laboratorio.

Síndrome

Fiebre, sudoración, astenia y artralgias.

Buscar foco

Dolor osteoarticular, soplo o signos neurológicos cambian el estudio y tratamiento.

Diagnóstico y bioseguridad

- **Cultivos:** Obtener hemocultivos, idealmente antes de antibióticos. Avisar explícitamente al laboratorio la sospecha de Brucella por el riesgo de transmisión por aerosoles.
- **Serología:** Interpretar títulos, seroconversión y antecedentes epidemiológicos en conjunto; los ensayos habituales no detectan de manera fiable todas las especies o cepas, como B. canis o RB51.
- **Foco localizado:** Solicitar imágenes, ecocardiografía o estudio del sistema nervioso según síntomas; evitar un panel indiscriminado. Dolor vertebral persistente exige descartar espondilitis.
- **Diagnóstico diferencial:** Considerar tuberculosis, endocarditis, fiebre entérica y enfermedades inflamatorias o neoplásicas si el síndrome es prolongado.

Tratamiento combinado y seguimiento

- **Adulto no gestante:** En enfermedad no complicada, pauta de referencia: doxiciclina oral 100 mg cada 12 horas más rifampicina oral 600-900 mg/día, durante al menos seis semanas.
- **No monoterapia:** Doxiciclina sola favorece recaídas; la elección de combinación considera especie, foco y tolerancia. Brucella abortus RB51 es resistente a rifampicina.

- **Complicaciones:** Endocarditis, neurobrucelosis y enfermedad osteoarticular pueden necesitar combinaciones diferentes, mayor duración y eventualmente cirugía; no aplicarles automáticamente seis semanas de tratamiento oral.
- **Niñez y embarazo:** Requieren esquema individualizado por especialista; no extrapolar la pauta adulta de doxiciclina ni considerar cualquier alternativa segura durante toda la gestación.
- **Controles:** Vigilar respuesta, función hepática, interacciones de rifampicina, efectos gastrointestinales y fotosensibilidad por doxiciclina; reevaluar recaída o persistencia febril en busca de un foco.
- **Prevención:** Pasteurización, protección ocupacional y medidas de laboratorio. La profilaxis de una exposición de laboratorio es distinta del tratamiento de enfermedad confirmada.

CLAVES EUNACOM

Fiebre más lácteos no pasteurizados: preguntar por brucelosis.

Avisar al laboratorio y tratar con combinación, no doxiciclina sola.

Referencias: [164](#), [165](#). Bibliografía al final.

Ántrax

Dos enfermedades que comparten un nombre

Aspecto	Carbunco estafilocócico	Carbunco por <i>B. anthracis</i>
Lesión	Furúnculos confluyentes, dolorosos y purulentos; múltiples orificios de drenaje.	Pápula o vesícula que evoluciona a escara negra, a menudo indolora, con edema importante.
Contexto	<i>S. aureus</i> ; folículos pilosos, diabetes u otros factores del huésped.	Exposición a animales, pieles, productos contaminados o evento epidemiológico relevante.
Conducta	Drenaje cuando está indicado; antibiótico según gravedad y riesgo.	Avisar a autoridad y laboratorio; tratamiento específico, sin incisión rutinaria de la escara.

«Ántrax»: distinguir la lesión

Estafilocócico

Conglomerado doloroso de furúnculos con pus; considerar drenaje.

Bacillus anthracis

Escara frecuentemente indolora con edema; exposición compatible y coordinación sanitaria.

Carbunco o conglomerado de furúnculos

- **Manejo:** Drenar colección cuando corresponda y cultivar pus en cuadros relevantes; añadir antibiótico activo frente a *S. aureus* según extensión, repercusión sistémica, defensas y epidemiología de MRSA.
- **Vía y gravedad:** No todo carbunco requiere antibiótico intravenoso. Toxicidad sistémica, progresión rápida, inmunodepresión o sospecha de infección profunda cambian la indicación de hospitalización.

Ántrax por *Bacillus anthracis*

- **Formas clínicas:** Además de cutánea, puede producir enfermedad inhalatoria, digestiva o sistémica con meningitis. Edema cervical, disnea, shock o síntomas neurológicos son alarmas.
- **Diagnóstico seguro:** Tomar muestras de lesión y hemocultivos según clínica, coordinados con laboratorio de referencia; advertir sospecha para bioseguridad. No manipular ni enviar como muestra rutinaria sin aviso.
- **Cutáneo no complicado:** CDC contempla en adulto no gestante sin sospecha de meningitis doxiciclina oral 100 mg cada 12 horas o ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas, durante 7-10 días.
- **Exposición por aerosoles:** Puede requerir profilaxis prolongada y vacunación además del tratamiento; no extrapolar 7-10 días a una exposición inhalatoria o evento deliberado.
- **Sistémico:** Requiere hospitalización, combinaciones intravenosas, evaluación de meningitis y consideración de antitoxina con expertos; no tratar con una pauta oral de lesión cutánea simple.

CLAVES EUNACOM

Dolor y pus orientan a carbunco estafilocócico; escara indolora y edema sugieren *B. anthracis*.

El drenaje del furúnculo no equivale al manejo de la escara por ántrax.

Referencias: [6](#), [166](#). Bibliografía al final.

Hantavirus, leptospirosis, enfermedad de Lyme y Chagas

Hantavirus: reconocer y trasladar temprano

- **Chile:** El virus Andes se asocia al ratón de cola larga, *Oligoryzomys longicaudatus*. Se adquiere principalmente por aerosoles de excretas de roedores; Andes también puede transmitirse entre personas.
- **Sospecha:** Tras exposición rural o a espacios con roedores, fiebre, cefalea, mialgias y síntomas digestivos pueden preceder en pocos días a compromiso cardiopulmonar acelerado.
- **Pistas de laboratorio:** Trombocitopenia, hemoconcentración y leucocitosis con desviación izquierda o inmunoblastos apoyan sospecha; buscar antecedente de exposición en las semanas previas.
- **Incubación:** ISP describe habitualmente una a tres semanas, con rango de tres a cuarenta y cinco días; una exposición anterior a dos o tres semanas todavía puede ser relevante.
- **Confirmación:** Serología IgM y/o pruebas moleculares coordinadas con red e ISP. No esperar confirmación para traslado si sospecha clínica y signos de gravedad.
- **Conducta:** Derivación precoz a centro con cuidados intensivos y eventual ECMO; oxigenación, perfusión y fluidos cuidadosamente titulados por fuga capilar. Evitar grandes cargas indiscriminadas.
- **Tratamiento y prevención:** No existe antiviral rutinario de eficacia establecida para síndrome cardiopulmonar; ventilar y limpiar de forma segura, evitar aerosolizar excretas y aplicar precauciones indicadas por la autoridad.

Sospecha de hantavirus: anticipar deterioro

1

Reconocer

Exposición a roedores, fiebre y síntomas digestivos; hemoconcentración y trombocitopenia refuerzan sospecha.



2

Coordinar traslado temprano

No esperar confirmación si hay sospecha y signos de gravedad; centro con cuidados intensivos.



3

Dar soporte vigilado

Oxigenación y perfusión; fluidos titulados por riesgo de fuga capilar, con eventual ECMO.

Leptospirosis: fiebre, conjuntivas y riñón

- **Exposición:** Leptospira penetra por piel lesionada o mucosas tras contacto con agua o suelo contaminados con orina animal; riesgo con inundaciones, actividades acuáticas y exposición ocupacional.
- **Clínica:** Fiebre, cefalea, mialgia intensa -especialmente pantorrillas- y sufusión conjuntival; puede causar meningitis aséptica o uveítis. No atribuirle principalmente al consumo de queso.
- **Gravedad:** Síndrome de Weil: ictericia y lesión renal, con posible hemorragia; hemorragia pulmonar, shock o disfunción orgánica requieren hospitalización urgente.
- **Pruebas:** PCR en sangre durante la primera semana y en orina después según fase; serología IgM/MAT y muestras pareadas cuando corresponda. Una serología inicial negativa no la excluye.
- **Tratamiento adulto leve:** Doxiciclina oral 100 mg cada doce horas por siete días, si no hay contraindicación; embarazo y niños requieren selección propia.
- **Alternativas leves:** Azitromicina o amoxicilina son opciones según huésped y contraindicaciones; no utilizar una pauta oral de enfermedad leve para un cuadro con disfunción orgánica.
- **Enfermedad grave:** Ceftriaxona intravenosa 1 g/día o penicilina G intravenosa según protocolo, además de soporte renal/respiratorio. Iniciar ante sospecha fundada sin esperar confirmación.

Leptospirosis: exposición y daño orgánico

Exposición

Agua o suelo contaminados con orina animal; entrada por piel lesionada o mucosas.

Clínica orientadora

Fiebre, mialgia de pantorrillas y sufusión conjuntival.

Gravedad

Ictericia, lesión renal, hemorragia pulmonar o shock requieren hospitalización y tratamiento inmediato.

Enfermedad de Lyme: exposición y estadio

- **Contexto:** Borrelia transmitida por garrapatas Ixodes en áreas de riesgo; preguntar viaje y exposición. No considerar cualquier eritema tras picadura como Lyme.
- **Eritema migrans:** Lesión expansiva compatible tras exposición apropiada permite diagnóstico clínico temprano; la serología puede ser negativa y no debe retrasar tratamiento de una lesión típica.
- **Diseminación:** Parálisis facial, meningitis/radiculitis, carditis con bloqueo auriculoventricular o artritis requieren evaluación específica; síncope o bloqueo importante pueden exigir hospitalización.
- **Confirmación tardía:** Serología mediante algoritmo validado de dos etapas; interpretar según fase y probabilidad previa. Anticuerpos persistentes no prueban infección activa ni fracaso.
- **Tratamiento de eritema migrans adulto:** IDSA recomienda doxiciclina oral 100 mg cada doce horas por diez días, o alternativas como amoxicilina oral 500 mg cada ocho horas por catorce días.
- **Otros estadios:** Neuroborreliosis, carditis y artritis requieren pauta propia según manifestación; no aplicar diez días de doxiciclina a todas las formas ni prolongar antibióticos sin indicación.

Chagas: fase aguda y enfermedad crónica

- **Transmisión:** Trypanosoma cruzi: contaminación con heces de triatominos, transmisión congénita, oral, transfusional o por trasplante. La vinchuca es el vector clásico; preguntar residencia rural histórica y viviendas de adobe, aun después de migrar.
- **Fase aguda:** Fiebre, chagoma de inoculación o signo de Romaña -edema palpebral unilateral-; puede haber miocarditis. Muchos casos no presentan estos signos clásicos.
- **Fase crónica:** Puede ser indeterminada o producir miocardiopatía, arritmias, trastornos de conducción, megaesófago y megacolon; valorar síntomas cardíacos y digestivos.
- **Diagnóstico agudo:** Parasitología directa y pruebas moleculares tienen utilidad con parasitemia elevada; PCR también apoya estudio congénito y reactivación en protocolos específicos.
- **Diagnóstico crónico:** Requiere dos pruebas serológicas de principios o antígenos distintos; discordancia necesita resolución con ensayo adicional. PCR negativa no excluye infección crónica.

- **Tratamiento:** Benznidazol o nifurtimox, especialmente en enfermedad aguda, congénita o reactivada; decidir enfermedad crónica según edad, estadio, beneficios y toxicidad con equipo experto.
- **Límites:** Tratamiento antiparasitario no revierte por sí solo una cardiopatía avanzada; embarazo exige manejo específico y no iniciar estos fármacos como pauta rutinaria. Mantener seguimiento cardíaco y digestivo.

Chagas: la fase cambia la prueba

Aguda o reactivación

Parasitemia mayor: parasitología y PCR según contexto.

Crónica

Dos serologías de principios o antígenos distintos; resolver discordancias.

Evaluación del daño

Buscar compromiso cardíaco y digestivo; una PCR negativa no excluye enfermedad crónica.

CLAVES EUNACOM

Hantavirus sospechoso: traslado temprano y fluidos prudentes.

Leptospirosis: exposición a orina animal, mialgia de pantorrillas y sufusión conjuntival.

Chagas crónico se confirma con dos serologías diferentes.

Referencias: [167](#), [168](#), [169](#), [170](#), [171](#), [172](#), [173](#), [174](#). Bibliografía al final.

Loxoscelismo y latrodictismo

Evaluar el accidente sin asumir benignidad

- **Contexto:** En Chile son relevantes *Loxosceles laeta* y *Latrodectus* spp. Una lesión atribuida a picadura también puede ser infección, vasculitis u otra dermatosis.
- **Primeros pasos:** Evaluar vía aérea, respiración, circulación y anafilaxia; limpiar zona, analgesia y compresas frías protegidas. No hacer torniquetes, incisiones, succión ni aplicar calor.
- **Identificación:** Fotografía o ejemplar obtenido sin riesgo pueden ayudar; no exigir capturar la araña ni manipularla para iniciar evaluación.
- **Prevención:** Sacudir ropa/calzado, reducir escondites y usar protección al mover objetos. Otras picaduras también pueden causar anafilaxia: no considerarlas inocuas por ocurrir en Chile.

Loxoscelismo cutáneo y compromiso sistémico

- **Local:** Dolor, edema y placa lividoide de evolución variable; puede progresar a necrosis. No toda lesión necrótica es loxoscelismo ni la necrosis aparece inmediatamente.
- **Visceral:** Hemólisis intravascular, hemoglobinuria, lesión renal y coagulopatía pueden presentarse. Fiebre, ictericia, orina oscura, palidez o decaimiento significativo son alarmas.
- **Evaluación:** Hemograma y seguimiento de hemoglobina, creatinina, orina y marcadores de hemólisis según sospecha; añadir coagulación si gravedad. Hematuria aislada no demuestra forma visceral.
- **Vigilancia:** Una evaluación inicial normal no excluye evolución posterior. Indicar reevaluación y consulta inmediata por síntomas sistémicos; hospitalizar si hay hemólisis, deterioro renal o mal estado general.

Tratamiento según daño demostrado

- **Cutáneo:** Cuidados de herida, analgesia y control de prurito; revisar vacunación antitetánica. Antibióticos solo ante infección bacteriana, no por necrosis estéril automáticamente.
- **Cirugía:** Valorar lesiones extensas después de delimitar daño; evitar excisión precoz indiscriminada. Una infección necrosante sospechada constituye otro diagnóstico que sí exige cirugía urgente.
- **Sistémico:** Soporte hospitalario/UCI, balance cuidadoso y tratamiento de hemólisis/complicaciones. La diálisis se indica por criterios de lesión renal/metabólicos, no por el nombre loxoscelismo.
- **Corticoides:** La guía chilena de 2016 los incluye en ciertos esquemas; la evidencia clínica es limitada. Su uso requiere decisión experta, no constituye una indicación automática para toda mordedura.
- **Tratamientos específicos:** Antiveneno, dapsona u otras medidas no deben improvisarse; consultar toxicología sobre evidencia, riesgos y disponibilidad. Ninguno reemplaza vigilancia de hemólisis y función renal.

Latrodectismo: dolor y síndrome autonómico

- **Patrón:** Lesión local poco visible con dolor intenso, espasmos/rigidez muscular, sudoración, náuseas y debilidad; puede haber hipertensión o priapismo. Predomina neurotoxicidad, no necrosis extensa.
- **Manejo:** Analgesia titulada y soporte, monitorizando signos vitales. Espasmos y manifestaciones sistémicas intensas requieren atención hospitalaria y tratamiento sintomático supervisado.
- **Antiveneno:** Decisión según gravedad refractaria, especie, disponibilidad y toxicología; no se administra rutinariamente a toda mordedura ni se extrapolan dosis de productos extranjeros.
- **Alta:** Solo con dolor controlado, estabilidad y capacidad de volver ante deterioro; la persistencia de síntomas exige reevaluar el diagnóstico y complicaciones.

Latroductismo: reconocer la neurotoxicidad

Dolor y espasmos

Puede haber poca lesión visible.

Síntomas autonómicos

Sudoración, náuseas, hipertensión o priapismo.

Conducta

Analgesia y soporte monitorizados; toxicología si cuadro intenso o refractario.

CLAVES EUNACOM

Placa livedoide con orina oscura obliga a buscar hemólisis.

Loxoscelismo puede evolucionar pese a estudios iniciales normales.

Latroductismo produce dolor/espasmos y síntomas autonómicos.

Referencias: [175](#), [176](#), [177](#). Bibliografía al final.

Fuentes clínicas

- 01 [MINSAL · Norma General Técnica 210 para racionalizar antimicrobianos, 2020](#)
- 02 [IDSA · Orientación sobre resistencia a antimicrobianos, actualización 2026; complemento internacional](#)
- 03 [CDC · Atención clínica de infección por *Mycoplasma pneumoniae*](#)
- 04 [Sepsis-3 · Definiciones internacionales, JAMA 2016](#)
- 05 [SCCM/ESICM · Surviving Sepsis Campaign, adultos 2026](#)
- 06 [IDSA · Infecciones de piel y tejidos blandos, 2014](#)
- 07 [NICE: fiebre en menores de cinco años](#)
- 08 [NICE: meningitis y enfermedad meningocócica, 2024](#)
- 09 [CDC: evaluación urgente de malaria en el viajero](#)
- 10 [Consenso internacional: fiebre e inflamación de origen desconocido, 2024](#)
- 11 [CDC · Difteria: guía clínica](#)
- 12 [CDC · Impétigo: diagnóstico y tratamiento](#)
- 13 [CDC · Fascitis necrosante por estreptococo](#)
- 14 [IDSA: osteomielitis vertebral nativa en adultos, 2015](#)
- 15 [PIDS/IDSA: osteomielitis hematogena aguda pediátrica, 2021](#)

- 16 [Royal Children's Hospital: infección osteoarticular, 2021](#)
- 17 [ESC · Endocarditis, guía 2023 con corrección posterior](#)
- 18 [AHA · Prevención de endocarditis, tarjeta clínica 2024](#)
- 19 [ATS/IDSA · Neumonía hospitalaria y asociada a ventilación, 2016; adultos no inmunocomprometidos](#)
- 20 [MINSAL · Normas de prevención y vigilancia de IAAS](#)
- 21 [Michigan Medicine · Infección sanguínea relacionada con catéter, guía institucional 2023](#)
- 22 [CDC · Prevención de infección por catéter; recomendaciones 2011 y actualización de apósitos 2017](#)
- 23 [MINSAL: Norma técnica de tuberculosis, Resolución 60/2022](#)
- 24 [MINSAL: ORD 1904, actualización de esquemas para TB resistente, 9 de julio de 2025](#)
- 25 [OMS: guía de meningitis, 2025](#)
- 26 [NHS Fife: dosis adultas de meningitis; complemento internacional](#)
- 27 [NHS North Bristol: guía antimicrobiana, dosis de dexametasona](#)
- 28 [CDC: enfermedad meningocócica y profilaxis de contactos](#)
- 29 [IDSA: encefalitis, 2008; referencia de aciclovir y repetición de PCR](#)
- 30 [ESCMID: absceso cerebral, 2024](#)
- 31 [NICE NG195: meningitis neonatal, 2021](#)
- 32 [MINSAL/PNI: lineamientos de vacunación antitetánica, 2024](#)
- 33 [CDC: tratamiento clínico del tétanos](#)
- 34 [CDC: manejo de heridas para prevenir tétanos](#)
- 35 [OMS: manejo clínico del tétanos, 2010; adyuvantes intensivos](#)
- 36 [MINSAL: Norma general técnica 169 y vacunación antirrábica, 2014](#)
- 37 [CAVEI: recomendación de esquema posexposición antirrábico, 2025](#)
- 38 [CDC: profilaxis posexposición antirrábica](#)
- 39 [CDC Yellow Book: rabia y evaluación de exposición](#)
- 40 [MINSAL. Directrices uso de oseltamivir 2025, aprobadas por Res.52](#)
- 41 [CDC. Antivirales para influenza: dosis y situaciones especiales; complemento internacional](#)
- 42 [MINSAL. Circular 2: nirmatrelvir/ritonavir, 2024](#)
- 43 [CDC. Tratamiento ambulatorio de COVID-19; complemento internacional](#)
- 44 [DIPRECE. Recomendaciones de tratamiento COVID-19](#)
- 45 [IDSA. Guía de tratamiento COVID-19; complemento internacional](#)
- 46 [CDC. Interpretación de pruebas para virus Epstein-Barr; complemento internacional](#)
- 47 [CDC. Mononucleosis infecciosa; complemento internacional](#)
- 48 [ISP. Diagnóstico y confirmación de VIH](#)
- 49 [AMSSM. Mononucleosis y participación deportiva, 2023; complemento internacional](#)
- 50 [CDC. CMV congénito: diagnóstico y cuidado clínico; complemento internacional](#)
- 51 [CDC. Varicela: personas con riesgo de enfermedad grave; complemento internacional](#)
- 52 [NIH. Varicela y herpes zóster en personas con VIH; complemento internacional](#)
- 53 [DailyMed/FDA. Aciclovir: ficha técnica; complemento internacional](#)

- 54 [ISP. Vigilancia de laboratorio de sarampión y rubéola](#)
- 55 [CDC. Sarampión: manejo clínico y prevención; complemento internacional](#)
- 56 [CDC. Parvovirus B19 y huéspedes vulnerables; complemento internacional](#)
- 57 [CDC. Enfermedad mano-pie-boca; complemento internacional](#)
- 58 [ASCO/IDSA · Profilaxis en cáncer con inmunosupresión, 2018](#)
- 59 [CDC · Vacunación y competencia inmune alterada](#)
- 60 [SOCHINF · Neutropenia febril, 2023](#)
- 61 [IDSA · Neutropenia en cáncer, actualización 2010 publicada en 2011](#)
- 62 [ASCO/IDSA · Manejo ambulatorio adulto, 2018](#)
- 63 [Red PINDA · Neutropenia febril de alto riesgo en niños, publicación chilena 2024](#)
- 64 [NIH. Inicio de tratamiento antirretroviral; complemento internacional](#)
- 65 [OMS. Supresión viral y transmisión del VIH, 2023](#)
- 66 [CDC. Clinical guidance for PrEP; complemento internacional](#)
- 67 [MINSAL. Guía clínica VIH/SIDA, 2013: prevención vertical](#)
- 68 [MINSAL. Actualización estrategia de prevención de transmisión vertical, 2020](#)
- 69 [MINSAL. Norma Técnica 232: exposición laboral a sangre y fluidos, 2023](#)
- 70 [US Public Health Service. Profilaxis ocupacional VIH, 2025; complemento internacional](#)
- 71 [CDC. Exposición ocupacional a hepatitis B; complemento internacional](#)
- 72 [CDC. Exposición ocupacional a hepatitis C; complemento internacional](#)
- 73 [NIH. Pneumocystis: tratamiento y profilaxis en VIH; complemento internacional](#)
- 74 [NIH. Toxoplasmosis en VIH; complemento internacional](#)
- 75 [NIH. Criptococosis en VIH; complemento internacional](#)
- 76 [NIH. Citomegalovirus en VIH; complemento internacional](#)
- 77 [NIH. Infección diseminada por complejo Mycobacterium avium; complemento internacional](#)
- 78 [NIH. Candidiasis mucocutánea; complemento internacional](#)
- 79 [ECMM/ISHAM/ASM · Candidiasis, guía global 2025](#)
- 80 [IDSA · Aspergilosis, guía 2016](#)
- 81 [ECMM/MSGERC · Mucormicosis, guía global 2019](#)
- 82 [MINSAL. Norma Técnica 187 de ITS, 2016](#)
- 83 [CDC. Herpes genital, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 84 [CDC. Verrugas anogenitales, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 85 [CDC. Chancroide, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 86 [CDC. Molusco contagioso; complemento internacional](#)
- 87 [MINSAL. Mpox: diagnóstico, transmisión y prevención](#)
- 88 [CDC. Ectoparasitosis genitales; complemento internacional](#)
- 89 [CDC. Gonorrea en adolescentes y adultos, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 90 [CDC. Clamidia, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 91 [CDC. Tricomoniasis, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)

- 92 [CDC. Sífilis: diagnóstico y manejo, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 93 [CDC. Sífilis primaria/secundaria, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 94 [CDC. Sífilis en el embarazo, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 95 [CDC. Sífilis congénita, STI Guidelines 2021; complemento internacional](#)
- 96 [DIPRECE. Sífilis: información de pesquisa prenatal](#)
- 97 [MINSAL. Norma 194: atención integral del recién nacido, 2017](#)
- 98 [CDC. Laboratorio en CMV congénito; complemento internacional](#)
- 99 [CDC. Toxoplasmosis: embarazo y recién nacido; complemento internacional](#)
- 100 [MINSAL. Norma de control y prevención de Chagas, 2014](#)
- 101 [CDC. Vigilancia del síndrome de rubéola congénita; complemento internacional](#)
- 102 [IDSA · Diagnóstico y tratamiento de diarrea infecciosa, 2017; complemento internacional](#)
- 103 [OMS · The treatment of diarrhoea, revisión 4, 2005; planes de rehidratación](#)
- 104 [CDC · Tratamiento de infección por E. coli y precauciones ante STEC](#)
- 105 [CDC Yellow Book · Diarrea del viajero y protozoos; complemento internacional](#)
- 106 [IDSA/SHEA · Infección por C. difficile, actualización 2021; complemento internacional](#)
- 107 [IDSA/SHEA · Diagnóstico, gravedad y prevención de C. difficile, 2017/2018](#)
- 108 [CDC · Confirmación etiológica de brotes alimentarios, tabla de incubación](#)
- 109 [CDC · Botulismo: diagnóstico clínico y tratamiento urgente, 2024](#)
- 110 [CDC · Intoxicación alimentaria por toxina estafilocócica](#)
- 111 [Chile · Decreto 7 de 2019, Reglamento de notificación de enfermedades transmisibles](#)
- 112 [MINSAL · Cólera y documentos de vigilancia/atención, 2015](#)
- 113 [CDC · Tratamiento del cólera, 2025](#)
- 114 [CDC Yellow Book · Cólera: diagnóstico y tratamiento](#)
- 115 [CDC · Hepatitis A: tratamiento y profilaxis posexposición](#)
- 116 [CDC Pink Book · Hepatitis A: prevención y contactos](#)
- 117 [CDC · Interpretación de pruebas para hepatitis B](#)
- 118 [CDC · Hepatitis B: prevención y profilaxis posexposición, guía ITS2021](#)
- 119 [MINSAL · Resumen ejecutivo de guía de hepatitis C, 2019](#)
- 120 [CDC · Tratamiento de hepatitis C, 2025](#)
- 121 [OMS · Hepatitis D: diagnóstico, prevención y tratamiento](#)
- 122 [OMS · Hepatitis E: presentación y tratamiento](#)
- 123 [CDC · Atención clínica de giardiasis, 2024](#)
- 124 [CDC DPDx · Amebiasis y diagnóstico diferencial de Entamoeba](#)
- 125 [CDC · Tratamiento de geohelmintiasis, 2024](#)
- 126 [CDC · Enterobiasis: diagnóstico y tratamiento, 2024](#)
- 127 [CDC · Atención clínica de strongiloidiasis, 2024](#)
- 128 [CDC · Teniasis humana](#)
- 129 [IDSA/ASTMH · Neurocisticercosis, guía 2017 publicada en 2018](#)

- 130 [CDC · Toxocariasis: diagnóstico y manejo, 2024](#)
- 131 [CDC · Fasciola: diagnóstico y tratamiento, 2024](#)
- 132 [MINSAL · Manual de diagnóstico, tratamiento, prevención y control de hidatidosis en Chile](#)
- 133 [OMS · Guía de equinococosis quística, recomendaciones por fase, 2025](#)
- 134 [CDC · Echinococcosis: manifestaciones, imágenes y serología](#)
- 135 [CDC · Tratamiento de equinococosis, 2024](#)
- 136 [CDC · Presentación y diagnóstico de triquinosis, 2024](#)
- 137 [CDC · Tratamiento de triquinosis, 2024](#)
- 138 [CDC · Triquinosis: transmisión y prevención](#)
- 139 [CDC · Atención clínica de escabiosis, 2023](#)
- 140 [CDC · Tratamiento clínico de pediculosis capitis, 2025](#)
- 141 [CDC · Control de pediculosis y medidas ambientales, 2024](#)
- 142 [CDC · Larva migrante cutánea: atención clínica, 2024](#)
- 143 [CDC · Anquilostomas zoonóticos y larva migrante cutánea](#)
- 144 [CDC · Dermatofitosis y onicomicosis: panorama clínico, 2024](#)
- 145 [CDC · Dermatofitosis: clínica, diagnóstico y prevención](#)
- 146 [CDC · Tratamiento de dermatofitosis, 2026](#)
- 147 [American Academy of Dermatology · Pitiriasis versicolor: diagnóstico y tratamiento](#)
- 148 [ISP: vigilancia de Aedes en Chile, presentación técnica 2025](#)
- 149 [CDC: atención clínica del dengue](#)
- 150 [CDC: pruebas diagnósticas para dengue](#)
- 151 [OMS: posición sobre vacunas de dengue, 2024](#)
- 152 [CDC: manifestaciones de zika](#)
- 153 [CDC: pruebas diagnósticas para zika, 2025](#)
- 154 [CDC: tratamiento de chikungunya, 2026](#)
- 155 [CDC Yellow Book: fiebre amarilla](#)
- 156 [CDC: evaluación y diagnóstico de malaria](#)
- 157 [CDC: artesunato intravenoso y continuación oral, actualización 2026](#)
- 158 [CDC: tablas de tratamiento de malaria](#)
- 159 [CDC Yellow Book: malaria y prevención del viajero](#)
- 160 [CDC: tratamiento de malaria no complicada, actualización 2026](#)
- 161 [CDC: orientación clínica sobre fiebre tifoidea y paratifoidea](#)
- 162 [CDC Yellow Book: fiebre tifoidea y paratifoidea](#)
- 163 [MSF: fiebre entérica, actualización 2024; complemento internacional](#)
- 164 [CDC: visión clínica de brucelosis, actualización 2026](#)
- 165 [CDC: guía de referencia de brucelosis; tratamientos y bioseguridad](#)
- 166 [CDC: prevención y tratamiento del ántrax, recomendaciones 2023](#)
- 167 [MINSAL: guía clínica de hantavirus, 2013](#)

- 168 [CDC: visión clínica de leptospirosis](#)
- 169 [CDC Yellow Book: leptospirosis](#)
- 170 [IDSA/AAN/ACR: enfermedad de Lyme, 2020](#)
- 171 [OPS: guía de enfermedad de Chagas, 2018, alojada por MINSAL](#)
- 172 [CDC: diagnóstico clínico de Chagas](#)
- 173 [CDC: atención clínica de Chagas](#)
- 174 [ISP: vigilancia de hantavirus y período de incubación](#)
- 175 [MINSAL · Guía para manejo de mordedura de araña de los rincones, 2016](#)
- 176 [Serie clínica chilena · Loxoscelismo, experiencia en 200 pacientes, 2021; evidencia observacional](#)
- 177 [NSW Health · Snake and Spider Bites Clinical Management, 2024; complemento internacional para latrodectismo](#)