



IRASPROA

infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
programa de optimización del uso de antibióticos

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Año 2019

Seleccione hipervínculo

1. Infecciones respiratorias
2. Infecciones urinarias
3. Infecciones de transmisión sexual
4. Bibliografía

Grupo de trabajo PROA Atención Primaria. Estrategia IRASPROA. ARAGÓN

irasproa@aragon.es

El grupo PROA-AP de Aragón, incluyó entre sus principales objetivos proponer Guías de Tratamiento Antibiótico de los procesos infecciosos más prevalentes para nuestra comunidad. Pretenden sintetizar las mejores propuestas terapéuticas, considerando las evidencias científicas más sólidas.

A partir de la recomendación del Plan Nacional frente a la Resistencia a Antibióticos (PRAN) de utilizar para Atención Primaria la Guía Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe*, adaptada a las resistencias que las principales bacterias muestren en las zonas concretas en que vayan a ser aplicadas, se han elaborado propuestas con contenidos diferenciados para pediatría y medicina de familia.

En nuestro caso, las modificaciones realizadas se han hecho atendiendo a los datos de sensibilidad bacteriana que han ofrecido los laboratorios de Microbiología de los Hospitales públicos de Aragón. Como cualquier guía de práctica terapéutica, pretende ayudar en la toma de decisiones en la atención sanitaria y está sometida a los cambios que en el tiempo se puedan producir con base en nuevos avances científicos, y, por ello, no debe de considerarse de obligado cumplimiento ni sustituir al juicio clínico del profesional sanitario

*R. Fernández Urrusuno. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe, 3ª edición, Sevilla. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2018. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>

Histórico de versiones

<i>Versión</i>	<i>Fecha</i>	<i>Descripción</i>
V1.0	Marzo 2019	Recomendaciones en infecciones respiratorias
V2.0	Junio 2019	Se añaden recomendaciones en infecciones urinarias y de transmisión sexual
V2.1	Octubre 2019	Se incorpora actualización en infecciones urinarias pediátricas

1. INFECCIONES RESPIRATORIAS

Seleccione hipervínculo (clic en la casilla)

	ADULTOS	EDAD PEDIATRICA
RESFRIADO COMÚN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FARINGOAMIGDALITIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LARINGITIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SINUSITIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTITIS MEDIA AGUDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OTITIS EXTERNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BRONQUITIS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
RESFRIADO COMÚN	VÍRICA (Rinovirus, adenovirus)	NO INDICADOS		
FARINGOAMIGDALITIS				
Mayoría de los casos: asociación con síntomas catarrales	VIRICA (mayoría de casos)	NO INDICADOS		Sintomático: AINEs o Analgésicos/ Antipiréticos
Si criterios Centor 3 o 4: Hacer Test de antígeno rápido	<i>S. pyogenes</i>	Penicilina V: 500 mg/12h VO (con estómago vacío) Amoxicilina 500mg/12h VO 7-10 días*	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada) Azitromicina 500mg/24h 3-5 días	En incumplidores: Penicilina-benzatina 1,2 M.U. IM DU
LARINGITIS CATARRAL	VÍRICA	NO INDICADOS		
SINUSITIS	VÍRICA (90%)	NO INDICADOS		
AGUDA La mayoría son autolimitadas. CRÓNICAS (>12 semanas o >4 episodios/año). Consulta a O.R.L.	Bacterias: <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i>	Amoxicilina 500-1000mg/8h VO Si no mejoría tras 48-72h de Amoxicilina o alta probabilidad de resistencia amoxicilina ^{&} : Amoxicilina-clavulánico 875-125/8h 5-7 días	Alérgicos a beta-lactámicos: Claritromicina-# 250-500 mg/12h 5-7 días Levofloxacino 500mg/24h 5-7 días.	Criterios de inicio con antibiótico: fiebre >38,5, ausencia mejoría tras 7-10 días de tratamiento sintomático, inmunosupresión. &Alta probabilidad resistencia amoxicilina: >65 años, consumo antibióticos en el último mes, hospitalización en los 5 días previos, comorbilidades... 5 días puede ser suficiente para la mayoría de los casos.
OTITIS MEDIA AGUDA				
La mayoría son autolimitadas.	Vírica Bacterias: <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. pyogenes</i>	Amoxicilina 750-1000mg/8h VO *Si no mejoría tras 48h de Amoxicilina o fiebre >39°C: Amoxicilina-clavulánico 875/125mg/ cada 8 h. Síntomas moderados: 5-7 días	Azitromicina# 500mg/24h VO 3 días	Criterios de inicio con antibiótico: no mejoría tras 48-72 h de tto sintomático, fiebre >39°, otalgia intensa. Si el paciente evoluciona favorablemente, valorar 5 días de tratamiento.

VO: Vía oral;

IM: Vía intramuscular;

DU: Dosis única;

M.U: Millón de Unidades

* Se recomienda el tratamiento de faringoamigdalitis estreptocócica al menos una semana, preferentemente 10 días. Las pautas cortas son menos erradicadoras que las largas.

Debido a las altas tasas de resistencia de neumococo a macrólidos, debe comprobarse la evolución del paciente a las 24-48 horas si se trata con este grupo de antibióticos.

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
OTITIS EXTERNA				
DIFUSA	<i>P. aeruginosa</i> <i>S. aureus</i>	Ciprofloxacino ótico 0.3% 2-4gotas/ 8-12h 7-10 días	Si edema del CAE (conducto auditivo externo): Ciprofloxacino/fluocinolona tópico 2-4 gotas/12h Si inmunodepresión o afectación fuera de canal auditivo: Ciprofloxacino 750mg/12h VO 7-10 días	Tratamiento sintomático: analgésicos o AINES
CIRCUNSCRITA		Mupirocina tópica 2%/8h		Aplicar calor local (favorece maduración del forúnculo) Considerar incisión y drenaje
CIRCUNSCRITA con celulitis		Amoxicilina-clavulanico 875mg/8h VO 7días	Clindamicina 300mg/8h VO 10 días	
BRONQUITIS				
AGUDA	Virica (>90%)	NO INDICADOS		Valorar individualmente tto antibiótico en pacientes con afectación importante del estado general, personas frágiles y ancianos con comorbilidad (insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus...).
CRÓNICA EXACERBACIÓN EPOC con signos de infección bacteriana ^{&}	Virica. <i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>M. catarrhalis</i>	Amoxicilina-clavulánico 500 ó 875-125 mg/8h 5 días si evolución favorable	Levofloxacino 500 mg/24h Moxifloxacino 400mg/24h 5 días	
	Con riesgo de <i>P. aeruginosa</i> *	Levofloxacino 500 mg/12h Ciprofloxacino 750mg/12h 5-7 días		*Antibióticos en los 3 meses previos, bronquiectasias, hospitalización reciente, tratamiento continuado con corticoides orales, aislado previo de <i>P. aeruginosa</i> en esputo. &Etiología bacteriana según criterios de Anthonisen, siendo la purulencia del esputo el dato más indicativo de etiología bacteriana.

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD				
<65 años sin enfermedad subyacente	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> (>65 años o comorbilidad) <i>S. aureus</i>	Amoxicilina 1g / 8h 5 días	Levofloxacino 500 mg/24h Moxifloxacino 400 mg/24h 5 días	Utilizar escala CRB-65 para valorar gravedad. Pautas de 5 días si la evolución es positiva y la fiebre desaparece tras 48-72 horas.
>65 años con enfermedad subyacente crónica		Amoxicilina-clavulánico 875mg/8 h Amoxicilina-clavulánico 2g/12 h 5 días		
Sospecha de gérmenes atípicos	<i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>C. burnetti</i>	Azitromicina 500mg/24h 3 días.	Levofloxacino 500 mg/24h 5 días	Si no hay respuesta clínica, tratamiento hospitalario

[Volver a índice de enfermedades respiratorias](#)
[Volver a índice general](#)

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
RESFRIADO COMÚN	VÍRICA (Rinovirus, adenovirus)	NO INDICADOS		
FARINGOAMIGDALITIS				
Mayoría de los casos	VIRICA	NO INDICADOS		Sintomático: AINEs o Analgésicos/ Antipiréticos
Seleccionar mediante score clínico (tipo Centor 3 ó 4 criterios) a los pacientes a los que hacer test de diagnóstico rápido.	<i>S. pyogenes</i> 3-14 años 30-40%	Penicilina V: <27kg 250mg/12h >27kg 500mg/12h Amoxicilina 50mg/kg/día (2 tomas VO) Máximo 1 g amoxicilina/24 horas. 5-10 días*	Si alergia no mediada por Ig-E Cefadroxilo 30 mg/kg/día en una toma (máx 1g/día). 7-10 días. Azitromicina 10mg/kg/24h 3 días Dosis máxima: 500 mg.	En incumplidores o dificultades para vía oral: Penicilina G benzatina. DU <27kg: 0,6 M.U. IM >27kg: 1,2 M.U. IM Sólo justificada antibioterapia si el TRDA es positivo. Si es negativo y preocupa el estado del paciente hacer más pruebas.
LARINGITIS				
Catarral aguda Subglótica estridulosa (2-5años)	VÍRICA	NO INDICADOS		
Supraglótica (epiglotitis aguda) <5años	<i>H. influenzae</i>			Hospitalización urgente
SINUSITIS				
La mayor parte son virales y solo una pequeña proporción desarrolla una infección bacteriana secundaria.	<i>S. pneumoniae</i> <i>Haemophilus</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>S. pyogenes</i>	Amoxicilina 80-90mg/kg/día cada 8-12 horas. Si no mejora tras 48-72 horas: Amoxicilina-Clavulánico 80-90mg/kg/día en 2-3 tomas 10 días o 7 tras remisión de síntomas	Azitromicina 10mg/kg/día c24h 3-5 días Cefuroxima 30mg/kg/día c12h 10 días o 7 tras remisión	No inicio de antibiótico hasta 7-10 días sin mejoría con tratamiento sintomatológico o síntomas severos que persisten 3-4 días.

Amoxicilina –clavulánico 8:1:100 mg de amoxicilina/12,5 de clavulánico suspensión de 60 y 120 ml. TRDA: Test Rápido de Diagnóstico Antigénico.

* La duración del tratamiento en faringoamigdalitis ha sido tradicionalmente de 10 días por la única razón de erradicar mejor a *S.pyogenes* de amígdalas que con pautas más cortas. Para prevenir las complicaciones y mejorar la clínica son suficientes pautas más cortas. La última Guía NICE sobre este tema recomienda un tratamiento de 5-10 días, e invita a hacerlo de 10 solamente cuando interese asegurar la erradicación en el enfermo (p.ej. brotes comunitarios de escarlatina, pacientes con fiebre reumática o con convivientes con fiebre reumática, pacientes con enfermedades crónicas que produzcan inmunosupresión y pacientes que conviven con pacientes inmunodeprimidos).

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
OTITIS EXTERNA				
DIFUSA		Ciprofloxacino ótico 0.3% 2-4gotas/ 8-12h 7-10 días	Si edema del CAE: Ciprofloxacino/fluocinolona tópico 2-4 gotas/12h 7 días	Tratamiento sintomático: analgésicos o AINES
CIRCUNSCRITA	<i>P. aeruginosa</i> <i>S. aureus</i>	Mupirocina tópica 2%/8h 7-10 días		
Con celulitis o afectación general		Amoxicilina-clavulánico 80-90mg/kg/día en 3 tomas 10-14 días Cloxacilina 50-100mg/kg cada 6h 5-10 días	Clindamicina 15-20mg/kg/día en 3 tomas VO 10 días	Valoración en 24 horas, si mala respuesta derivar al hospital.
OTITIS MEDIA AGUDA				
OMA >2 años sin signos de gravedad*		Antiinflamatorios y reevaluación a las 48-72h. Valorar prescripción diferida.		*gravedad: otalgia moderada/severa >48h, fiebre >39°C. Si tratamiento antibiótico >2 años: 5-7 días.
Niños 6 meses-2 años sin signos de gravedad	Vírica Bacterias: <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. pyogenes</i>	Antiinflamatorios y reevaluación a las 48-72h Amoxicilina 80-90mg/kg/día en 2-3 tomas (c 8-12 horas). Dosis máxima: 3 g/día. Si no mejoría tras 48h: Amoxicilina- clavulánico (80-90 mg/kg/día de amoxicilina) en 2-3 tomas. 10días	Azitromicina 10mg/kg/día c24h 3 días Dosis máx: 500 mg/día Cefuroxima 30mg/kg/día c12h Dosis máxima:500 mg/día. 10 días	Cefuroxima si alergia a penicilina retardada no grave. Si alergia inmediata, macrólido.
OMA <6meses OMA Recurrente Otorrea reciente OMA bilateral < 2 años OMA con signos de gravedad		Amoxicilina 80-90mg/kg/día en 2-3 tomas (c 8-12 horas). Amoxicilina-clavulánico 80-90mg/kg/día en 2-3 tomas VO 10días	Azitromicina 10mg/kg/día c24h 3 días Si alergia no Ig-E mediada Cefuroxima 30mg/kg/día c12h 10 días	Cuando se usa amoxicilina/clavulánico ha de ser en la proporción 8:1.
BRONQUITIS	Vírica (>90%)	NO INDICADOS		

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD				
< 3 meses				Valoración individualizada Tratamiento hospitalario
>3 meses, neumonía TÍPICA	<i>Virus</i> <i>S.pneumoniae</i> <i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> <i>H. influenzae b.</i>	Vacunados <i>H. influenzae</i> : Amoxicilina 90mg/kg/día c8h 7 días	No vacunados <i>H. influenzae</i> : Amoxicilina- clavulánico 90mg/kg/día c8h 7 días	Si alergia inmediata: Azitromicina 10mg/kg/día c/24h 3 días. Si alergia no Ig-E mediada: Cefuroxima 30-40mg/kg/día c12h Dosis Máx: 500 mg/día 10 días
> 3 meses, neumonía ATÍPICA	<i>Mycoplasma</i> <i>Chlamydoiphila</i> <i>virus.</i>	Azitromicina 10mg/kg/día c/24h Dosis Máxima: 500 mg/día 3 días	Claritromicina 15mg/kg/día c12h Dosis máxima: 1 g/día. 7días	Dosis máxima de amoxicilina en el tratamiento de NAC: 4g/día Amoxicilina/clavulánico 8:1.

[Volver a índice de enfermedades respiratorias](#)
[Volver a índice general](#)

2. INFECCIONES URINARIAS

Seleccione hipervínculo (clic en la casilla)

	ADULTOS	EDAD PEDIATRICA
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CISTITIS AGUDA	<input type="radio"/>	
CISTITIS EN MUJER EMBARAZADA	<input type="radio"/>	
CISTITIS COMPLICADA	<input type="radio"/>	
CISTITIS RECURRENTE EN MUJER	<input type="radio"/>	
INFECCION DEL TRACTO URINARIO		<input type="radio"/>
ITU EN EL PACIENTE SONDADO	<input type="radio"/>	
PIELONEFRITIS AGUDA	<input type="radio"/>	
PROSTATIS AGUDA	<input type="radio"/>	
EPIDIMIDITIS / ORQUITIS	<input type="radio"/>	

[Volver a índice general](#)

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA				
Mujeres asintomáticas con $\geq 10^5$ UFC/mL en dos urocultivos consecutivos. Varones asintomáticos con $\geq 10^5$ UFC/mL en un urocultivo único.		<u>Antibioterapia NO INDICADA</u>		Únicas situaciones en las que solicitar urocultivo en pacientes asintomáticos: <ul style="list-style-type: none"> - Embarazadas (sem. 12 a 16). - Previo a manipulación urológica, con riesgo de sangrado. *De elección Fosfomicina trometamol 3 g VO DU . Como alternativa cefuroxima VO 250 mg/12 h, 3 días. Los recambios de sonda vesical no requieren profilaxis antibiótica.
Embarazadas	Cualquier microorganismo. <i>E. coli</i> el más frecuente	Antibioterapia según antibiograma.* 1-3 días VO. (según antibiótico indicado)		
Intervención urológica		Profilaxis previa a la manipulación según resultado de antibiograma. Si se mantiene la sonda vesical, tras la intervención, continuar con el tratamiento instaurado hasta su retirada (máximo 7 días tras la intervención).		
CISTITIS AGUDA				
Cistitis no complicada, mujer no embarazada. Criterio microbiológico: Mujeres sintomáticas con $\geq 10^3$ UFC/mL en urocultivo.	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), Menos frecuentes: <i>E. faecalis</i> , <i>proteus</i> , <i>staphylococos</i> ,	Fosfomicina trometamol 3 g VO DU .* Puede repetirse a las 72 h si persiste la clínica.**	Nitrofurantoina VO 100 mg/8 h 5 días *** Cefuroxima VO 250-500 mg/12 h 3 días	En cistitis no complicadas y no recidivantes NO INDICADO urocultivo . Urocultivo indicado sí: <ul style="list-style-type: none"> - Sospecha PNF. - Síntomas que no se resuelven o recurren entre 2-4 semanas tras completar el tratamiento. - Mujeres con síntomas atípicos. *Se recomienda tomar con estómago vacío y por la noche una vez vaciada la vejiga. **Valorar tratamiento analgésico para calmar la sintomatología irritativa. ***Nitrofurantoína: Uso contraindicado si aclaramiento de creatinina <45 ml/min o en pautas de >7 días de duración

UFC: unidades formadoras de colonias

VO: Vía oral

DU: Dosis única

PNF: pielonefritis

h: horas

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
CISTITIS EN MUJER EMBARAZADA				
	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), Menos frecuentes: <i>E. faecalis</i> , <i>proteus</i> , <i>staphylococos</i> ,	Fosfomicina trometamol 3 g VO DU . Puede repetirse a las 72 h si persiste la clínica.	Cefuroxima VO 250-500mg/12 h 3 días	Urocultivo siempre (pre y post-tratamiento) y adecuar según antibiograma.
CISTITIS COMPLICADA				
Varón, infección reciente, insuficiencia renal, diabetes, inmunodepresión, anomalía vías urinarias.	<i>E. coli</i> , otras enterobacterias (>80%), .	Fosfomicina trometamol 3 g VO y repetir a las 48-72 h	Cefuroxima VO 250-500 mg/12 h 7-10 días	Urocultivo siempre pretratamiento y adecuar según antibiograma. No se recomienda urocultivo de control salvo si persisten los síntomas o empeoran a las 48-72 h. En varones pensar en prostatitis especialmente si persistencia o recurrencia de síntomas
CISTITIS RECURRENTE EN MUJER				
(Al menos tres episodios en el último año o dos en los últimos 6 meses)	<i>E. coli</i> (70-80%) y menos frecuentemente <i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Staphylococcus saprophyticus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> y otros bacilos gram negativos.	Tratamiento según último urocultivo en pauta corta si se sospecha reinfección (distinto germen) y 7 días si recaída (mismo germen). Tras urocultivo negativo valorar pertinencia con: <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis continua: Fosfomicina-trometamol 3 g VO cada 10 días; 3-6 meses. • Pauta intermitente: Fosfomicina-trometamol 3 g VO, DU, iniciada por la paciente ante signos sugestivos de infección. • Si se relaciona con el coito se recomienda profilaxis postcoital con Fosfomicina trometamol 3 g VO, DU 	Si continúan las recurrencias y el germen es sensible: Trimetoprim-Sulfametoxazol 80/400 mg/24 h VO 6-12 meses	Previo a la instauración de tratamiento valorar aplicar medidas no farmacológicas : <ul style="list-style-type: none"> - Ingesta diaria de agua >1,5L/día - Hábitos higiénicos adecuados. - Orinar con frecuencia y micción postcoital - Evitar el uso de espermicidas como método anticonceptivo Debe realizarse urocultivo antes de iniciar tratamiento y al finalizar (2 semanas después de finalizar tratamiento) En postmenopáusicas, valorar atrofia vaginal y, si procede, indicar estrógenos tópicos

IF renal: insuficiencia renal

VO: Vía oral

DU: Dosis única

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
ITU EN EL PACIENTE SONDADO		TRATAMIENTO SOLO EN INFECCIÓN SINTOMÁTICA		LOS RECAMBIOS DE Sonda Vesical NO REQUIEREN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.
ITU mantenida tras 48 h de la retirada de la sonda		Fosfomicina-trometamol 3 g VO, DU		Toma de muestra para urocultivo
ITU en pacientes con sonda vesical	<i>E.coli</i> Otras Enterobacterias, Enterococos Levaduras	Si el paciente presenta sólo síntomas locales y no tiene signos de infección sistémica, es recomendable esperar al resultado del urocultivo. Si no se puede esperar al resultado del antibiograma: Cefuroxima 500 mg/12h VO o Cefixima, 200 mg/12 h 7 días Después ajustar tratamiento según el urocultivo y completar el tratamiento hasta los 7 días en total	Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/8 h VO 7 días Si alergia: Tobramicina 5mg/kg IM /24 h 5-7 días	Sedimento y urocultivo y siempre tras cambio de sonda. La orina turbia o maloliente en paciente asintomático no es criterio de solicitar urocultivo ni de iniciar tratamiento empírico. La CANDIDURIA asintomática solo requiere cambio de sonda salvo en pacientes con riesgo de enfermedad diseminada. La CANDIDURIA sintomática o asintomática con riesgo de enfermedad diseminada requiere retirar o cambiar sonda y Fluconazol 200 mg/día (400 mg en pacientes neutropénicos) VO, 2 semanas

Tto: tratamiento Atb: antibiótico
ITU: infección del tracto urinario

VO: vía oral TMP/SMX: Trimetoprim/sulfametoxazol
SVP: sondaje vesical permanente

IRA: insuficiencia renal aguda

PNA: pielonefritis aguda

DM: diabetes mellitus

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
PIELONEFRITIS AGUDA				
<p>Comunitaria sin criterios de ingreso</p> <p>Criterio diagnóstico microbiológico: ≥ 104 UFC</p> <p>Criterios clínicos: Síndrome miccional asociado a fiebre y/o dolor en la fosa renal.</p> <p>Ancianos: clínica inespecífica: letargia, vómitos, dolor abdominal.</p>	<p><i>E. coli</i>, otras enterobacterias (>80%), <i>S. saprophyticus</i>.</p>	<p>Cefuroxima 500 mg/8-12 h VO o Cefixima 200 mg/12 h VO</p> <p>7 días si evolución favorable y no existen factores de riesgo de fracaso</p> <p>Se puede dar una dosis inicial de cefalosporina de amplio espectro (p.e. ceftriaxona 1 g IV ó IM), aminoglucósido (p.e. tobramicina 5 mg/kg IV ó IM) y reevaluación en 24 h y continuación con tratamiento oral.</p>	<p>En alérgicos: Tobramicina 5mg/kg IM /24 h 5-7 días</p>	<p>Urocultivo siempre antes de iniciar el tratamiento. Hemocultivo NO necesario.</p> <p>La mayoría de mujeres con PNA no necesitan pruebas de imagen salvo que los síntomas no mejoren en 48-72 horas, se trate de una recurrencia, exista presencia de hematuria macroscópica, dolor tipo cólico, masa renal, insuficiencia renal aguda ó shock séptico, antecedentes de litiasis urinaria ó malformaciones del tracto urinario, inmunosupresión (VIH, trasplantado).</p> <p>No se recomienda urocultivo de control a las 2 semanas de finalizar el tratamiento, salvo en embarazadas</p> <p>Tratamiento dirigido con antibiograma: Trimetopim-sulfametoxazol 160/800 mg/12 h/7-10 días Ciprofloxacino 500-750 mg/12 h/ 5-7 días o Levofloxacino 750 mg/24 h/5 días ó 500 mg/24 h/7 días. Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8 h/7-10 días</p>

Tto: tratamiento Atb: antibiótico VO: vía oral TMP/SMX: Trimetoprim/sulfametoxazol IRA: insuficiencia renal aguda PNA: pielonefritis aguda DM: diabetes mellitus

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
PROSTATIS AGUDA				
<p>Sin criterios de ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de fiebre o datos de sepsis • Dolor leve moderado • Ausencia de retención aguda 	<p><i>E. coli</i> (la más frecuente) OTROS: <i>Proteus</i> <i>Klebsiella</i> Otras enterobacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterococcus faecalis</i></p>	<p>Cefuroxima 500 mg/8h-12h VO</p> <p>Considerar administrar una dosis parenteral única (IV o IM) de ceftriaxona 1g o tobramicina 5 mg/Kg</p> <p>TRATAMIENTO GUIADO POR EL ANTIBIOGRAMA</p> <p>Si sensible a quinolonas: Ciprofloxacino 750 mg/12h VO</p> <p>Si resistente a quinolonas pero sensible a Trimetoprim/sulfametoxazol: Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 cada 12h</p> <p>2*-4 semanas</p> <p>*Si evolución rápidamente favorable 2 semanas es suficiente</p>	<p>Tobramicina 5 mg/Kg IV o IM en dosis única</p> <p>Seguido de:</p> <p>Ciprofloxacino 750 mg/12h VO o Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 cada 12h</p>	<p>En pacientes con prostatitis es especialmente importante intentar llegar a un diagnóstico microbiológico por ello se debe tomar muestra para urocultivo antes de iniciar el tratamiento y enviarla al laboratorio lo antes posible.</p> <p>Revisar cultivo y antibiograma a las 48 horas de su obtención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las quinolonas son probablemente el tratamiento más eficaz para la prostatitis, pero la tasa de resistencia en <i>E. coli</i> hace no recomendable su uso empírico • En prostatitis por bacterias gramnegativas, siempre que el antibiograma muestre sensibilidad se continuará el tratamiento con quinolonas y, si es resistente a éstas, con Trimetoprim/sulfametoxazol <p>En pacientes en los que se utilice trimetoprim/sulfametoxazol conviene solicitar función renal y potasemia a los 3-5 días de iniciado el tratamiento.</p> <p>En pacientes con riesgo de ITS (<35 años sexualmente activos), y urocultivo negativo, recoger muestra de orina uretral para descartar patógenos de ITS.</p> <p>(Ver guía ITS)</p>

ITS: infección de transmisión sexual

VO: vía oral

INFECCIONES URINARIAS EN EL ADULTO

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
EPIDIMIDITIS / ORQUITIS			Alergias a cefalosporinas (toda sospecha debe ser estudiada)	
Sin sospecha de infección por ITS (origen entérico)	Bacilos G- (<i>E. coli</i> , otras enterobacterias) <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> Etiología no conocida.	Cefuroxima 500 mg/12 h VO ● Cefixima 200 mg/12 h VO 10 días	Tobramicina 5mg/kg IM /24h 5-7 días	Urocultivo (orina media micción) y si sospecha de ITS frotis uretral, si no es posible frotis uretral, puede recogerse orina uretral. 1. Considerar enterobacterias en varones mayores de 35 años o con antecedentes urológicos previos. Ajustar a antibiograma dando preferencia a cotrimoxazol y fluorquinolonas y mantener 2 semanas (valorar prostatitis) 2. Considerar más frecuentemente ITS en varones menores de 35 años sexualmente activos. <ul style="list-style-type: none"> Si <i>C. trachomatis</i> o <i>N. gonorrhoeae</i>: tratamiento de la pareja.

ITS: infección de transmisión sexual

Tto: tratamiento

VO: vía oral

IM: vía intramuscular

IV: vía intravenosa

PNA: pielonefritis aguda

[Volver a índice de enfermedades urinarias](#)
[Volver a índice general](#)

INFECCIONES URINARIAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA		No indicado tratamiento antibiótico		No es necesario tratar ni repetir urocultivo. No está indicado hacer urocultivo si el niño no presenta clínica.
ITU				
FEBRIL < 6 MESES O CUALQUIER EDAD CON FACTORES DE RIESGO (*FR)	<i>Escherichia coli</i> es el principal agente etiológico de ITU en la infancia (70-90% de los casos).	Se recomienda ingreso hospitalario y tratamiento intravenoso inicial.		Realizar siempre urocultivo previo al inicio del tratamiento.
FEBRIL > 6 MESES Y SIN FACTORES DE RIESGO (*FR)	La exposición previa a antibióticos, el antecedente de hospitalización o la existencia de anomalías urinarias incrementan la probabilidad de que otros microorganismos, como <i>Proteus mirabilis</i> , <i>Klebsiella</i> spp. o <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , sean los agentes responsables de la ITU. Debemos considerar también, especialmente en el niño pequeño, <i>Enterococcus faecalis</i> .	Cefuroxima-axetilo 30 mg/kg/día repartidos en dos tomas diarias. Dosis máxima 1 g/día VO 7-10 días Cefixima 8 mg/kg/día en dosis única diaria. Dosis máxima 400 mg/día VO 7 días	En alérgicos a beta-lactámicos: Tobramicina o Gentamicina 5 mg/kg/24 h IM 7 días	*FR (Factores de riesgo) - Afectación del estado general, aspecto tóxico - Vómitos, intolerancia oral - Sospecha de anomalías genitourinarias - Signos de disfunción vesical - Falta de respuesta al tratamiento antibiótico (48-72 horas) - Cuidados deficientes y dificultad para el seguimiento
A FEBRIL	Otros microorganismos poco frecuentes son los siguientes: <i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Serratia marcescens</i> , <i>Morganella morganii</i> , <i>Citrobacter</i> spp. y <i>Acinetobacter</i> spp.	Fosfomicina* <6 años: cálcica 50-100 mg/kg repartida en tres dosis (cada 8 h); dosis máxima 3g. 3-5 días 6-12 años: trometamol: 2g VO DU** >12 años: trometamol 3 g VO DU**	Nitrofurantoína 5 mg/kg/día repartidos en 3 o 4 tomas al día. Cefuroxima-axetilo 15 mg/kg/día, cada 12 h. Dosis máxima 1 g/día VO 3-4 días	*Fosfomicina trometamol se recomienda tomarla con el estómago vacío y por la noche una vez vaciada la vejiga. **No se recomienda repetir la dosis salvo que persistan los síntomas a las 48-72 h. Valorar tratamiento analgésico para calmar la sintomatología irritativa. Se recomienda abundante ingesta de líquidos.

INFECCIONES URINARIAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN NIÑOS CON ITU RECURRENTE				
SIN PATOLOGIA DE BASE		No indicada		
NIÑAS con RVU* grado I -II NIÑOS con RVU* grado I-III		No indicada		
NIÑAS con RVU* grado III-V NIÑOS con RVU* grado IV-V		Niños <2 meses: Amoxicilina VO 12,5 mg/kg/día administrada por la noche Niños >2 meses: Trimetoprim-sulfametoxazol VO 2/10 mg/kg/día DU Duración individualizada		

ITU: infección del tracto urinario FR: Factores de riesgo DU: dosis única VO: vía oral IM: vía intramuscular RVU: Reflujo vesicouretral

ADVERTENCIAS DE SEGURIDAD DE ANTIBIOTICOS

Nitrofurantoína: La AEMPS (Nota Informativa ref 16/2016) ha publicado una alerta sobre la asociación del uso de nitrofurantoína y **reacciones adversas graves pulmonares (fibrosis, neumonitis intersticial) y hepáticas (hepatitis crónica, hepatitis colestásica, hepatitis crónica, cirrosis)** en tratamientos profilácticos prolongados o intermitentes a largo plazo. Utilizar con precaución en ancianas dada la posibilidad de toxicidad renal y pulmonar. Se recomienda monitorizar función renal y pulmonar. Evitar agentes que alcalinicen la orina (tales como citrato potásico) ya que incrementan la concentración mínima inhibitoria bacteriana¹⁴. Está contraindicada en insuficiencia renal, en tratamientos prolongados (>7 días) o intermitentes y en el embarazo a término.

Amoxicilina-clavulánico: La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina / clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE ANTIBIÓTICOS

Fosfomicina: El medicamento debe tomarse con un vaso de agua 1 hora antes de ingerir alimentos o 2 horas después de haberlos ingerido, y preferiblemente al acostarse después de haber vaciado la vejiga.

Cefuroxima: Se debe administrar preferentemente con alimentos.

[Volver a índice de enfermedades urinarias](#)
[Volver a índice general](#)

3. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Seleccione hipervínculo (clic en la casilla)

SIFILIS	<input type="radio"/>
HERPES SIMPLE	<input type="radio"/>
OTRAS: Chancro blando o chancroide Granuloma inguinal Linfogranuloma venéreo	<input type="radio"/>
URETRITIS, CERVICITIS, PROCTITIS	<input type="radio"/>
VAGINITIS Y VAGINOSIS BACTERIANA: Candidiasis Vaginosis bacteriana polimicrobiana Vaginitis por Trichomonas vaginalis	<input type="radio"/>
VERRUGAS GENITALES O CONDILOMAS ACUMINADOS Virus del papiloma humano	<input type="radio"/>
ECTOPARÁSITOS: escabiosis y pediculosis	<input type="radio"/>
RECOMENDACIONES VACUNACIÓN FRENTE A VPH EN GRUPOS DE RIESGO	<input type="radio"/>

[Volver a índice general](#)

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS		ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
			ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
SIFILIS (EDO)					
<1 año de evolución (primaria, secundaria o latente precoz)	Adultos	<i>Treponema pallidum</i>	Penicilina G benzatina IM 2,4 millones UI DU	Alergia: Doxiciclina 100 mg/12 h 14 días o Azitromicina 2 g DU	Alergia: desensibilización preferentemente Serología de VIH, lúes, VHB y VHC a todos los pacientes y del VHA a HSH o pacientes con prácticas de riesgo. Debe repetirse a las seis semanas en caso de negatividad para descartar periodo ventana: - inmediata: antes del tratamiento y de seguimiento: a los 6 y 12 meses; - latente: 6,12 y 24 meses; - VIH 3, 6, 9, 12, 24 meses. Los pacientes VIH deben ser tratados con el mismo régimen terapéutico que los pacientes seronegativos
	Embarazo			Alergia en embarazadas: Ceftriaxona 500 mg/día, 10 días en tercer trimestre	
>1 año (latente tardía, duración indeterminada, cardiovascular).			Penicilina G benzatina IM 2,4 millones cada semana 3 semanas	Alergia: doxiciclina 100 mg/12 h 28 días Alergia en embarazo: desensibilizar a penicilina y después tratar con ésta.	
HERPES SIMPLE					
Infeción primaria	VHS 1 y 2	Aciclovir VO 400 mg/8 h 7-10 días	Famciclovir VO 250 mg/8 h o Valaciclovir VO 1 g/12 h 7-10 días VIH: Aciclovir VO 400 mg/8 h o Famciclovir VO 500 mg/12 h Valaciclovir VO 1 g/12 h o 7-10 días	La toma de muestras deberá realizarse en Servicio de Microbiología. El tratamiento tópico es ineficaz. Especial atención a embarazadas con herpes por riesgo de transmisión vertical	
Recurrencias		Aciclovir VO 800 mg/8 h, 2 días Famciclovir VO 1g/12 h, 1 día Valaciclovir VO 500 mg/12 h, 3 días	VIH: Aciclovir VO 400 mg/8 h, Famciclovir VO 500 mg/12 h, Valaciclovir VO 1 g/12 h, 5-10 días		
Recurrencias muy frecuentes (>6/año): terapia supresiva*		Aciclovir 400 mg/12h VO o Famciclovir 250 mg/12 h VO o Valaciclovir 500 mg/24 h VO 6-12 meses	VIH: Aciclovir VO 400-800 mg/8 h o 12 h Famciclovir VO 500 mg/12 h Valaciclovir VO 500 mg/12 h 6-12 meses Embarazada (>35s): Aciclovir VO 400 mg/8 h o Valaciclovir VO 500 mg/12 h.		*El tratamiento supresor reduce las recurrencias en un 70– 80%. Reevaluar al año.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
OTRAS				
Chancro blando o chancroide	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Azitromicina 1 g VO DU	Ceftriaxona 250 mg IM DU	Para confirmar diagnóstico derivar a dermatología, enfermedades infecciosas o microbiología.
Granuloma inguinal	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Azitromicina 1 g/7 días VO 21 días	Doxiciclina 100 mg/12 h 21 días	
Linfogranuloma venéreo	<i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L2-L3	Doxiciclina 100 mg/12 h 21 días	Azitromicina 1 g/7 días VO 21 días	
URETRITIS, CERVICITIS, PROCTITIS (EDO)				
Sin etiología conocida y/o dificultad en el seguimiento	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , otras causas (<i>Mycoplasma genitalium</i>)	Ceftriaxona 500 mg IM DU + Azitromicina 1 g VO DU ó Doxiciclina 100 mg/12 h VO 7 días*	Cefixima 400 mg VO DU + Azitromicina 1 g VO DU ó Doxiciclina VO 100 mg/12 h 7 días Alergia: azitromicina 2 g DU + Doxiciclina VO 100 mg/12 h 7 días	Es imprescindible la toma de muestra, preferiblemente de exudado uretral, y en aquellos casos que no sea posible la toma de muestra de orina uretral. * Si alta sospecha de <i>N. gonorrhoeae</i> de preferencia azitromicina
Con etiología conocida	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500mg IM DU o + Azitromicina 1 g VO DU o Cefixima 400 mg VO DU + Azitromicina 1 g VO DU	Alérgicos: Azitromicina 2 g VO DU + Gentamicina 240 mg IM DU .	<i>N. gonorrhoeae</i> causa conjuntivitis, faringitis, artritis, enfermedad pélvica inflamatoria e infección diseminada.
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Doxiciclina 100 mg/12 h VO 7 días o Azitromicina 1 g VO 1 DU	Linfogranuloma venéreo: Doxiciclina 100 mg/12 h 21 días o Azitromicina 1 g/7 días VO 21 días	

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
VAGINITIS Y VAGINOSIS BACTERIANA				
CANDIDIASIS Flujo escaso-moderado , Blanco- grisáceo, grumoso, inoloro	<i>Candida albicans</i> (80-92%)	Clotrimazol óvulos vaginales: 500 mg DU ó 100 mg/24 h 6 días	Fluconazol *150 mg VO DU Embarazada: Clotrimazol 100 mg óvulos 1 óvulo/día 6 días	No se considera ITS Balanitis: higiene y tratamiento tópico Candidiasis recurrente (>4/año), síntomas severos o Cándida no albicans consultar con especialista. Tratamiento de la pareja si recurrencia. *Evitar el uso de fluconazol durante el embarazo (riesgo de malformaciones y de aborto espontáneo).
		Clotrimazol crema intravaginal al 2% 3 días		
VAGINOSIS BACTERIANA POLIMICROBIANA Flujo Moderado, Blanco-grisáceo, Homogéneo adherente, Maloliente		Metronidazol 500 mg/12h VO 7 días	Clindamicina crema vaginal 2% 5 g/24 h 7 días Embarazo: Metronidazol 250 mg/8 h VO 7 días	No se considera ITS pero se asocia a aumento de riesgo de ellas.
		Recurrencia: Metronidazol 500 mg/12 h VO 14 días		
VAGINITIS POR Trichomonas vaginalis Flujo aumentado, Amarillo-verdoso o Espumoso, Maloliente	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 2 g VO DU	VIH: Metronidazol 500 mg/12 h VO 7 días	Tratamiento de parejas sexuales indicado. Ante las recurrencias, chequear: Cumplimiento terapéutico Excluir si el metronidazol se está vomitando Historia sexual por posible reinfección por pareja sexual no tratada Test de control de curación a los 3 meses.
		Recurrencia: Metronidazol 500 mg/12 h VO 7 días		
VERRUGAS GENITALES O CONDILOMAS ACUMINADOS				
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	VPH	Tratamiento tópico: Podofilotoxina: 2 aplic/24 h, 3 días/semana, 4 semanas Sincatequinas: 3 aplic/24 h, 16 semanas Imiquimod:1 aplic/24 h, 3 días/semana, 6-8 semanas		No está indicado estudio etiológico Remitir a dermatología para tratamiento crioterapia/láser o exéresis. VPH ocasiona neo de cérvix y recto que no se tratan en esta guía

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
ECTOPARÁSITOS				
ESCABIOSIS (SARNA)		Permetrina 5% crema por todo el cuerpo. Dejar 12 horas o una noche y lavar. Repetir a los 7 días.	Ivermectina VO 200 µg/kg, repetido en 2 semanas Lindano champú, loción (hexacloruro de gammabenceno al 1%) aplicada durante 8-12 h y repetir a los 7 días Malation tópico loción 0,5% aplicación durante 24 h y repetir a la semana	Lavar en caliente la ropa, incluida la de la cama.
PEDICULOSIS PUBIS		Permetrina 1%, aplicación una vez a la semana en área afectada (en vello seco) durante 10 minutos y después lavar, 2 semanas.	Malation tópico (loción 0,5%) Si hay resistencia a la permetrina: Lindano tópico (champú, loción al 1%), 1 aplicación (en vello seco) durante 10 minutos. Repetir a la semana.	

VO: Vía oral IM: Vía intramuscular DU: Dosis única RPR: reaginina plasmática rápida ITS: infección de transmisión sexual LGV: Linfogranuloma venéreo
 VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana VPH: Virus Papiloma Humano HSH: Hombres que practican sexo con hombres

GENERALIDADES

- En cualquier diagnóstico de ITS se debe realizar un cribado del resto de ITS, valoración y tratamientos de las parejas.
- Realizar detección de Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis en todas las localizaciones susceptibles en función del tipo de prácticas sexuales. Toma de muestras según el manual de toma de muestras de microbiología.
- Serología de VIH, lúes, VHB y VHC a todos los pacientes y del VHA a HSH o pacientes con prácticas de riesgo. Debe repetirse a las seis semanas en caso de negatividad para descartar periodo ventana.
- Los pacientes con ITS deben ser informados sobre el agente causal, su transmisión y el tratamiento que va tomar. Puede ser útil suministrar información escrita con folletos disponibles en páginas web (https://www.cdc.gov/std/healthcomm/fact_sheets.htm.)
- Abstenerse de mantener relaciones sexuales hasta la finalización del tratamiento y desaparición de los síntomas, y en su caso hasta que el contacto haya sido estudiado y tratado.
- Estudio de contactos: tener en cuenta un periodo según enfermedad y clínica. El tratamiento epidemiológico de las parejas (tratamiento sin los resultados microbiológicos) indicado en Chlamydia, gonococo, lues, enfermedad inflamatoria pélvica, trichomoniasis y pediculosis, particularmente si no se puede garantizar el seguimiento del contacto. (pag 16-18 guía SEIMC) <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>

RECOMENDACIONES SOBRE VACUNACIÓN FRENTE A VPH EN GRUPOS DE RIESGO (CIRCULAR DGSP 01/2018)

1. Mujeres que en los últimos 12 meses hayan sido diagnosticadas, mediante biopsia, de una lesión intraepitelial cervical de alto grado (H-SIL).
2. Mujeres hasta 26 años de edad VIH+.
3. Mujeres hasta 26 años de edad que ejercen la prostitución.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS GENITALES (Tomado de guía de Aljarafe)

	Sífilis	Herpes Genital	Chancroide	Donovanosis	Linfogranuloma venéreo (LGV)
Incubación	9 a 90 días	2 a 20 días	3 a 14 días	1 a 12 semanas	1 a 4 semanas
Nº lesiones	Úlcera única a veces múltiples	Vesículas/úlceras múltiples	Única o múltiple	Única o múltiples pápulas	Pápula única
Consistencia	Dura		Blanda	Cicatriz	
Dolor	Indolora	Dolorosas	Intenso	Indolora	Raro
Adenopatías	Uni/bilateral indoloras	Bilateral, dolorosas	Única, dolorosa	Rara	Uni/bilateral dolorosa

[Volver a índice de enfermedades de transmisión sexual](#)
[Volver a índice general](#)

4. BIBLIOGRAFIA

	ADULTOS	EDAD PEDIATRICA
INFECCIONES RESPIRATORIAS	⊙	⊙
INFECCIONES URINARIAS	⊙	⊙
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	⊙	

[Volver a índice general](#)

- INFECCIONES RESPIRATORIAS EN ADULTOS

van Driel ML, De Sutter AIM, Habraken H, Thorning S, Christiaens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD004406. DOI: 10.1002/14651858.CD004406.pub4.

Cots JM et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda en el adulto. Aten Primaria.2015;47(8):532-43.

Falagas ME et al. Effectiveness and safety of short vs long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials. Br J Clin Pharmacol 2008;67(2):161-171.

Patel ZM, Hwang PH. Uncomplicated acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Treatment. UptoDate. last updated: Jan 25, 2017. [consultado 22/2/2018]. Disponible en:www.uptodate.com

Goguen LA. External otitis: Treatment, UptoDate. last updated: Jan 25, 2017. [consultado 20/2/2018]. Disponible en:www.uptodate.com

Woodhead M, Biasi F, Ewig S, et al. Guidelines for the management of adults lower respiratory tract infections- Full version. Clin Microbiol Infect. 2011;17 (Suppl 6):E1-E59.

Pneumonia in adults: diagnosis and management Clinical guideline Published: 3 December 2014. [consultado 28/3/2018]. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg191>

Uranga A, España PP, Bilbao A, Quintana JM, Arriaga I, Intxausti M, et al. Duration of Antibiotic Treatment in Community-Acquired Pneumonia: A Multicenter Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016 Jul 25. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.3633. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27455166.

Llor C, Moragas A, Bayona C. Infecciones del tracto respiratorio superior. AMF.2018;14(9):504-12.

- INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA

Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline Published: 26 January 2018. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84>.

Piñero-Pérez et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. An Pediatr. 2011;75(5):342.

Bercedo Sanz A, Cortés Rico O, García Vera C, Montón Álvarez JL. Faringoamigdalitis aguda en Pediatría. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-10) [consultado 22/01/2019]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. CID.2012;1279-82.

Altamini S et al. Short-term late generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. Cochrane Acute Respiratory Infections Group DOI: 10.1002/14651858.CD004872.pub3

M Radetsky. Hostage to History. The Duration of Antimicrobial Treatment for acute Streptococcal Pharyngitis. Pediatr Infect Dis J.2017; 36 (5), 507-512

Del Castillo Martín F. Documento de consenso sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. An Pediatr. 2012;77(5):342.

Cubero Santos A, García Vera C, Lupiani Castellanos P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Otitis media aguda. AEPap. 2017 [consultado el 02/03/2018]. Disponible en algoritmos.aepap.org

Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline Published: March 2018. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng91>.

Martínez Campos L. Documento de consenso sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013; 15: 203-18.

Moreno Pérez D, Andrés Martín A, Tagarro García A, Escribano Montaner A, Figuerola Mulet J, García García JJ et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento ambulatorio y prevención. An Pediatr.2015;83 (6):439.e1-439.e7.

Úbeda Sansano MI, Murcia García J, Asensi Monzó MT y Grupo de Vías Respiratorias. Neumonía adquirida en la comunidad. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-8) [consultado el 02/08/2018]. Disponible en <http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratoiras/protocolos>.

British Thoracic Society. Guideline for the Management of Community Acquired Pneumonia in Childhood. Thorax. 2011. 66:ii1-ii23. Doi:10.1136/thoraxjnl-2011-200598.

- INFECCIONES URINARIAS EN ADULTOS

European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2015. Disponible en URL: <https://uroweb.org/>

Asociación Española de Urología (AEU). Cistitis no complicada en la mujer. Madrid: AEU; 2013. Disponible en URL: <http://www.aeu.es/otrasguiasaeu.aspx>

Huttner A, Kowalczyk A, Tujerman A, Babich T, Brossier C, Eliakim-Raz N, Kosiek K, Martinez de Tejada B, Roux X, Shiber S, Theurezbacher U, von Dach E, Yahav D, Leibovici L, Godycki-Cwirko M, Mouton J, Harbarth S. Effect of 5-day Nitrofurantoin vs Single-Dose Forfomycin on Clinical Resolution of Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection in Women. JAMA, 2018;319(17):1781-1789.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. Edinburgh: SIGN; 2012. (SIGN publication nº. 88). [July 2012]. Disponible en URL: <http://www.sign.ac.uk>.

Kang C-I, Kim J, Park DW, et al. Clinical Practice Guidelines for the Antibiotic Treatment of Community-Acquired Urinary Tract Infections. Infection & Chemotherapy. 2018;50(1):67-100. doi:10.3947/ic.2018.50.1.67.

Schaeffer AJ, et al. Summary consensus statement: diagnosis and management of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. Eur Urol 2003. 43(2): p. 1-4.

Nieuwkoop C, van der Starre W, van Aartrijk A, van der Reijden T, Vollaard A, Delfos N, Wout J, Blom J, Spelt I, Leyten E, Koster T, Ablj H, van der Beek M, Knol M, van Dissel J. Treatment duration of febrile urinary tract infection: a pragmatic randomized, double blind, placebo-controlled non-inferiority trial in men and women. BMC Medicine 2017;15-70.

Nicolle LE. Urinary tract infections in the older adult. Clin Geriatr Med 2016: 32; 523-38

Cueto M, Aliaga L, Alos JI, Canut A, Los-Arcos I, Martinez JA, Mensa J, Pintado V, Rodriguez-Pardo D, Yuste JR, Pigrau C. Executive summary of the diagnosis and treatment of urinary tract infection: Guidelines of the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (SEIMC). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017;35(5):314–320

- INFECCIONES URINARIAS EN PEDIATRIA

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de La Salud; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2009/01.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management. Clinical Guideline, August 2007. Last updated: September 2017 Disponible en URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg54>

Aparicio Rodrigo M. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Infección del tracto urinario. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en <http://algoritmos.aepap.org/adjuntos/Infeccion-urinaria.pdf>

American Academy of Pediatrics: Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. Pediatrics. 2011;128:595-610. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/08/24/peds.2011-1330.full.pdf>

Baquero –Artiago F, Michavila A, Suárez-Rodriguea A, Hernández A, Martínez-Campos L, Calvo C et. Al. Documento de consenso de la sociedad española de Infectología Pediátrica, Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátricas, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria sobre antibioterapia en alergia a penicilina o amoxicilina. An Pediatr. 2017;86(2):e1-99.

Sensibilidad Antibiótica de E. coli aislados de urocultivos de Centros de Salud Sector Zaragoza II en 2018							
	AMOXI/CLA	CEFALOSPORINAS		FOSFOMICINA	NITROFURANTOÍNA	COTRIMOXAZOL	CIPROFLOXACINO
		2ª GEN	3ª GEN				
Hombres 0-14 años	86%	100%	100%	95%	100%	84%	100%
Mujeres 0-14 años	87%	98%	100%	99%	100%	82%	91%
Hombres 15-65 años	81%	95%	98%	98%	99%	73%	75%
Mujeres 15-65 años	88%	97%	99%	97%	100%	78%	86%
Hombres > 65 años	81%	93%	99%	96%	100%	68%	62%
Mujeres > 65 años	86%	96%	99%	95%	99%	70%	73%

- INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. (GESIDA, SPNS, GEITS, SEIP). <http://www.seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/gesida/dcientificos/documentos/2017/gesida-guiasclinicas-ITS-201703.pdf>

Documento de consenso sobre profilaxis ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo GESIDA de SEIMC. <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>

WHO guidelines <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antibiotics-sexual-infections/en/>

Centers for disease control and prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>

Patel R et al. 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. Int J STD AIDS. 2015 Oct;26(11):763-76. doi: 10.1177/0956462415580512.

Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Management of herpes in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 82. Obstet Gynecol 2007;109:1489–98.)

[Volver a índice general](#)