



IRASPROA

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

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Actualización - noviembre 2023

Grupo de trabajo PROA Atención Primaria. Estrategia IRASPROA. ARAGÓN

irasproa@aragon.es

Índice

Seleccione hipervínculo (control + clic)

1. Infecciones respiratorias
2. Infecciones de piel y partes blandas
3. Enfermedades de transmisión sexual
4. Infecciones urinarias
5. Bibliografía

Histórico de versiones

<i>Versión</i>	<i>Fecha</i>	<i>Autor</i>	<i>Descripción</i>
V1.0	Febrero 2019		Primera Versión
V2.0	Noviembre 2023		Actualización de - Infecciones de piel y partes blandas en adultos y niños - ETS - Infecciones urinarias en pediatría

1. INFECCIONES RESPIRATORIAS

Seleccione hipervínculo (control + clic)

ADULTOS	EDAD PEDIATRICA
RESFRIADO COMÚN	RESFRIADO COMÚN
FARINGOAMIGDALITIS	FARINGOAMIGDALITIS
LARINGITIS CATARRAL	LARINGITIS
SINUSITIS	SINUSITIS
OTITIS MEDIA AGUDA	OTITIS MEDIA AGUDA
OTITIS EXTERNA	OTITIS EXTERNA
BRONQUITIS	BRONQUITIS
NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

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 pautas 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/12h 7-10 días	Si edema del CAE: 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)
CIRCUNSCRITA con celulitis		Amoxicilina-clavulanico 875mg/8h VO 7días	Clindamicina 300mg/8h VO 10 días	Considerar incisión y drenaje
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...)	
NAC*				
<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 cronica		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

***NAC: Neumonía Aguda en la Comunidad**

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 o 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 agua 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/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 tto antibiótico >2 años: 5-7 días.
Niños 6 meses-2 años sin signos de gravedad	Virica 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 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	Quando se usa amoxicilina/clavulánico ha de ser en la proporción 8:1.
BRONQUITIS	Virica (>90%)	NO INDICADOS		

INFECCIONES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)		
NAC					
< 3 meses				Valoración individualizada Tratamiento hospitalario	
>3 meses, neumonía TÍPICA	<i>Virus S.pneumoniae S. pyogenes S. aureus 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	Dosis máxima de amoxicilina en el tratamiento de NAC: 4g/día Amoxicilina/clavulánico 8:1.
> 3 meses, neumonía ATÍPICA	<i>Mycoplasma Chlamydomphila 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. 7 días		

2. INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

ADULTOS	EDAD PEDIATRICA
ABSCESO CUTÁNEO	ABSCESO CUTÁNEO
FOLICULITIS	FOLICULITIS
FORÚNCULO	FORÚNCULO
IMPÉTIGO	IMPÉTIGO
ERITRASMA	
CELULITIS	CELULITIS
ERISPELA	ERISPELA
	ENFERMEDAD ESTREPTOCOCICA PERINEAL
MORDEDURAS	MORDEDURAS
SARNA	SARNA

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN ADULTOS

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
ABSCESO CUTÁNEO				
Simple		Antibioterapia NO INDICADA		El tratamiento de elección es la incisión y drenaje quirúrgico.
Complicado (si alguno de los siguientes): <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre u otros signos sistémicos de infección • Tamaño ≥5 cms • Celulitis significativa alrededor del absceso • Múltiples localizaciones o localizaciones complicadas (cara, mano) • Portadores material protésico osteoarticular o cardiovascular • Valvulopatía cardíaca significativa • Pacientes inmunodeprimidos. 	<i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus pyogenes</i> . En ocasiones polimicrobiana.	Cefadroxilo 1g/12h VO 5 días Ó Cefalexina 500mg/8h VO 5 días <u>Si sospecha de SARM*</u> TMP/SMX*160/800 cada 12h VO, 7-10 días	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-600mg/8h VO 5-10 días	
FOLICULITIS				
Lesiones leves localizadas		Ácido fusídico tópico al 2%, 1 aplicación/8-12h, 5 días	Mupirocina tópica al 2%, 1 aplicación/8-12 h, 5 días	Si lesiones extensas y fluctuantes, hacer un drenaje quirúrgico. Toma de muestras en lesiones de mala evolución o atípicas. Aplicación de compresas calientes. Lavados con antiséptico suave (clorhexidina, povidona yodada). Cubrir la lesión con preparados con peróxido de benzoilo o gel de etanol, sin esparadrapo. Higiene estricta con cambio toalla reciente, lavado repetido de manos y cepillado de uñas. Usar ropa interior de algodón. No acudir a piscinas o baños comunitarios.
Extensa Localización en tercio medio facial o presencia de fiebre	<i>Staphylococcus aureus</i> y, más raramente, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (se asocia a aguas de piscinas) y <i>Candida albicans</i>	Cefadroxilo 1g/12h VO 5 días Ó Cefalexina 500mg/8h VO 5 días	Alérgicos a betalactámicos: Clindamicina 300-600mg/8h VO 7 días	
En piscinas		Ácido acético tópico al 5%, 15 minutos cada 24 h, 10 días	Si repercusión sistémica: Ciprofloxacino 500mg/12h VO, 7 días.	

* Factores de riesgo para SARM: a) Colonización / infección previa por SARM, b) Úlceras o alteraciones cutáneas crónicas en pacientes dependientes institucionalizados, c) Trabajadores del sector porcino.

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
FORÚNCULO				
No abscesificado y sin signos de infección sistémica	<i>Staphylococcus aureus</i>	Antibioterapia NO INDICADA		Si no se produjera el drenaje espontáneo el tratamiento de elección es la <i>incisión y drenaje</i> en el periodo de fluctuación.
Abscesificado y/o signos de infección sistémica		Cefadroxilo 1g/12h VO 5 días Cefalexina 500mg/8-12h VO 5 días <u>Si sospecha de SARM*</u> : TMP/SMX*160/800 cada 12h VO 7 días	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-600mg/8h VO, 5 días	Toma de muestras sólo en forúnculos grandes, si gravedad o falta de respuesta al antibiótico. Medidas higiénicas: <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos y cepillado de uñas, • Cambio frecuente de ropa interior (algodón), evitar desodorantes, aplicar calor local, no manipular el forúnculo. • Lavar con agua, jabón y antisépticos locales: clorhexidina▼ ó povidona yodada
Recidivante		Según resultado microbiológico considerar tratamiento descolonizador con mupirocina intranasal (pomada) 1 aplicación/12h, 5 días y lavados con clorhexidina▼		Valorar cultivo nasal previo (1 torunda para ambas fosas nasales) para descartar portadores crónicos. Descontaminación de prendas personales (toallas, sábanas, ropa...).

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
IMPÉTIGO				
Lesiones leves localizadas	<i>Streptococcus pyogenes</i> y/o <i>Staphylococcus aureus</i>	Ácido fusídico tópico al 2%, 1 aplicación/8-12h, 5 días	Mupirocina tópica al 2%, 1 aplicación/8-12h, 5 días	No usar antisépticos tópicos. Lavar las manos regularmente y después de tocar las lesiones. Descostrar lesiones con compresas húmedas. Usar ropa amplia y de algodón. Evitar contacto con las lesiones. *Se recomienda cultivo de pus o exudados con antibiograma sólo en lesiones extensas, en recidivas o falta de respuesta al tratamiento antibiótico. Valorar aislamiento domiciliario para evitar la transmisión cruzada. Es muy contagioso, especialmente en niños y lesiones extensas.
Lesiones extensas, recidivante o fallo del tratamiento tópico*		Cefadroxilo 1g/12h VO 5 días Cefalexina 500mg/8-12h VO 5 días	<u>Alérgicos a betalactámicos</u> Clindamicina 300-600mg/8h VO, 7 días	
ERITRASMA				
Lesiones localizadas	<i>Corynebacterium minutissimum</i>	Eritromicina tópica , al 2%, 1 aplicación/12 h 15 días	Clindamicina tópica (gel o solución al 1%), 1 aplicación/12 h 15 días	
Lesiones extensas		Eritromicina oral , 500 mg/6 h 8-10 días	Clindamicina oral, 300 mg/8 h 5-10 días	

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
CELULITIS				
Simple	<i>Streptococcus beta hemolíticos,</i> <i>Staphylococcus aureus.</i> En celulitis facial: <i>H. influenzae</i> tipo B y neumococo	Cefadroxilo 1g/12 VO 5 días Cefalexina * 500mg -1g/8-12h VO 5 días Evaluar al 3er día. Si no se observa buena evolución, prolongar el tratamiento a 10 días.	Alérgicos a betalactámicos Clindamicina 300-600mg/8h VO, 5 días Evaluar al 3er día. Si no se observa buena evolución, prologar el tratamiento a 10 días	Toma de muestras sólo en pacientes con quimioterapia, neutropenia, inmudeprimidos y mordeduras por animales con signos de infección. • Elevación de miembro afectado. • Beber abundantes líquidos y mantener bien hidratada la piel. • Mantener drenajes cubiertos de gasas secas. • En la fase de descamación cutánea, vaselina líquida estéril (cada 8-12h) y antihistamínicos orales si prurito. • Inspección de los pies en busca de tinea pedis. • Para facilitar valorar evolución puede ser útil delimitar la extensión del área afecta con rotulador.
Con factores de riesgo para SARM*		TMP/SMX* 160/800 cada 12h VO, 10 días	Clindamicina 300-450mg/8h VO 7-10 días	
Facial		Amoxicilina/clavulánico* 500/125mg cada 8h, 7 días	Cefuroxima-axetilo 500 mg/12h VO 5-10 días	

¥ De elección en infecciones extensas o pacientes difíciles (p.e obesos) utilizada a dosis 1g/8h

*Factores de riesgo para SARM: a) Colonización / infección previa por SARM, b) Residencia en centro sociosanitario en situación de dependencia, c) Trabajadores del sector porcino

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
ERISPELA				
	<i>Streptococcus pyogenes</i> y Excepcionalmente, <i>Staphylococcus aureus</i>	<p>Penicilina V 250-500mg/6h VO 5 días (con el estómago vacío)</p> <p>Evaluar al 3er día. Si no se observa buena evolución, prolongar el tratamiento a 10 días.</p> <p><u>Si no se puede descartar <i>S. aureus</i></u></p> <p>Cefadroxilo 1g/12h VO 5 días</p> <p>Cefalexina* 500mg -1g/8-12h 5 días</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u></p> <p>Clindamicina 300-600mg/8h VO 5 días</p>	<p>No está recomendada la toma de muestras de rutina, excepto en pacientes oncológicos con quimioterapia, neutropenia, inmunodeprimidos y mordeduras por animales.</p> <p>Elevación de miembro afectado.</p> <p>Cuidar los factores predisponentes, obesidad y episodio previo de erisipela.</p> <p>Beber abundantes líquidos y mantener bien hidratada la piel.</p> <p>Retirada de las costras con compresas húmedas.</p>

* De elección en infecciones extensas o pacientes difíciles (p.e obesos) utilizada a dosis 1g/8h

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
MORDEDURAS				
Mordeduras de perro o gato en pacientes sin factores de riesgo ni signos de infección.		Antibioterapia NO INDICADA		
Mordeduras humanas Mordeduras de perro o gato en pacientes con factores de riesgo. Heridas sobreinfectadas tras mordeduras de animales.	<p>Mordedura humana: Streptococcus grupo viridans (80%), S. epidermidis, Corynebacterium sp., S. aureus, Eikenella corrodens, Bacteroides sp., Peptostreptococcus sp</p> <p>Mordedura de perro: Pasteurella multocida (50%), S. aureus, Bacteroides sp, Fusobacterium sp., Capnocytophaga.</p> <p>Mordedura de gato: Pasteurella multocida (75%), S. aureus.</p>	<p>Amoxicilina/clavulánico ▼VO 875/125mg/8 h, 3-5 días.</p> <p>Si no se observa <i>buena evolución</i>, prolongar el tratamiento a 14 días</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos</u> (no anafiláctica):</p> <p>Cefuroxima 500 mg/12h, 3-5 días + Clindamicina 300/8h, 3-5 días</p> <p>Si no se observa <i>buena evolución</i>, prolongar el tratamiento a 14 días</p>	<p>Iniciar profilaxis antibiótica en cualquier caso si han pasado más de 8h después de la mordedura, heridas moderadas o graves, si hay edema, lesión por aplastamiento o se requiere desbridamiento, inmunodepresión.</p> <p>Lavar la herida con abundante agua o suero salino. Las heridas punzantes no se deben lavar hacia adentro ni abrirlas para lavarlas.</p> <p>No recoger cultivos de las heridas a no ser que hayan transcurrido más de 12h desde la mordedura o en el caso de signos de infección.</p> <p>La profilaxis antitetánica y antirrábica debe realizarse siguiendo las instrucciones oficiales para la profilaxis postexposición de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica</p>

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
SARNA				
SARNA CLÁSICA	<i>Sarcoptes scabiei</i> <i>variedad hominis.</i>	<p>Permetrina 5% crema Aplicar por todo el cuerpo. Dejar actuar durante 8-14h y retirar mediante ducha o baño.</p> <p>Repetir a los 7-14 días.</p>	<p>Ivermectina 200 µg/kg DU VO Repetir a los 7-14 días.</p> <p>Vaselina azufrada 6% (fórmula magistral) Aplicación nocturna, previa ducha, durante 3 noches consecutivas manteniéndola durante 24 h. Repetir aplicación a los 7 días</p> <p>Benzoato de bencilo 10-25% emulsión (fórmula magistral) Aplicación nocturna durante 2 noches consecutivas manteniéndola durante 24 h. Repetir aplicación a los 7 días.</p>	<p>Tratar simultáneamente a los contactos (convivientes y personas físicas con contacto físico prolongado durante 4-6 sem previas al inicio de síntomas) incluso si son asintomáticos.</p> <p>Es preciso lavar toda la ropa, toallas y ropa de cama con agua caliente a 50°.</p> <p>Ivermectina oral se recomienda en brotes en instituciones, en personas en las que la correcta aplicación tópica es difícil o cuando fracasa el tratamiento tópico.</p>
<p>SARNA COSTROSA (Inmunodeprimidos, problemas neurológicos, brotes en hospitales, residencias de ancianos y centros penitenciarios...)</p>		<p>Permetrina 5% crema cada 2-3 días durante 1-2 semanas.</p> <p>Aplicar por todo el cuerpo. Dejar actuar durante 8-14h y retirar mediante ducha o baño.</p> <p>+ Ivermectina 200 µg/kg DU VO durante 3 días no consecutivos (días 1, 2 y 8)</p>		<p>Ivermectina no recomendada durante el embarazo.</p> <p>A las 8-12 h de la primera aplicación del tratamiento los adultos pueden regresar al trabajo.</p>

▼ NOTAS DE SEGURIDAD

Trimetoprim-sulfametoxazol. Se debe evitar el uso de trimetoprim-sulfametoxazol en pacientes en tratamiento con fármacos que inhiben el sistema renina angiotensina (IECA y ARA II) por su asociación con un incremento de hospitalización por **hiperpotasemia** y un **aumento del riesgo de muerte súbita** en los primeros 7 días tras el tratamiento.

Esta asociación también se ha encontrado con el uso concomitante de trimetoprim-sulfametoxazol y espironolactona.

Clorhexidina tópica. La FDA advierte acerca de reacciones alérgicas poco comunes pero graves de los antisépticos tópicos que contienen gluconato de clorhexidina (Alerta FDA del 2 febrero 2017).

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.

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRÍA

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
ABSCESO CUTÁNEO				
Simple		Antibioterapia NO INDICADA		Incisión y drenaje quirúrgico.
<p>Complicado (si alguno de los siguientes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre u otros signos sistémicos de infección • Tamaño ≥ 5 cms • Celulitis significativa alrededor del absceso • Múltiples localizaciones o localizaciones complicadas (cara, mano) • Portadores material protésico osteoarticular o cardiovascular • Valvulopatía cardíaca significativa • Pacientes inmunodeprimidos • Dermatitis moderada-grave 	<p><i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus pyogenes</i>. En ocasiones polimicrobiana.</p>	<p>Cefadroxilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día) 5 días</p> <p>Cloxacilina 25-50 mg/kg/día VO en 4 tomas (dosis máx: 4 g/día) (con el estómago vacío) 5 días</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u></p> <p>Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 5-10 días</p>	<p>Evaluar al 3er día. Si no se observa buena evolución, prolongar el tratamiento a 10 días.</p> <p>Si no se produjera el drenaje espontáneo y fluctúa, requiere <i>incisión y drenaje</i> en el periodo de fluctuación.</p> <p>Cultivo solo en pacientes con infección local severa o signos de infección sistémica, cuando no existe respuesta al tratamiento o en brote.</p> <p>Utilizar compresas calientes sobre el absceso en formación "no maduro".</p>

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
FOLICULITIS				
Lesiones leves localizadas	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (piscinas)	Ácido fusídico tópico al 2% , 1 aplicación/8-12h, 5-7 días	Mupirocina <i>tópica al 2%</i> , 1 aplicación/8-12 horas, 5-7 días	Drenaje quirúrgico en lesiones extensas y fluctuantes. Toma de muestras en caso de lesiones de mala evolución o atípicas. Aplicación de compresas calientes. Lavados con antiséptico suave (clorhexidina, povidona yodada). Cubrir la lesión con preparados con peróxido de benzoilo. Higiene estricta con cambio toalla reciente, lavado repetido de manos y cepillado de uñas. Usar ropa interior de algodón. No acudir a piscinas o baños comunitarios.
Formas extensas		Cefadroxilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día), 5 días Cloxacilina 50 mg/kg/día en 4 tomas (dosis máx: 4g/día), 5 días (<i>con el estómago vacío</i>)	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7 días	
Sospecha <i>P. aeruginosa</i> (piscinas)		Ácido acético tópico al 5% 15 minutos al día, 10 días		
FORÚNCULO				
No abscesificado y sin signos de infección sistémica	<i>Staphylococcus aureus</i> .	Antibioterapia NO INDICADA		Incisión y drenaje quirúrgico (la adición de antibiótico no mejora la evol del proceso)
<ul style="list-style-type: none"> Abscesificado y/o signos de infección sistémica 		Cefadroxilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día) 7 días Cloxacilina 50 mg/kg/día VO en 4 tomas (dosis máx: 4 g/día) (con el estómago vacío) 7 días	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7 días	Si no se produjera el drenaje espontáneo el tratamiento de elección es la <i>incisión y drenaje</i> en el periodo de fluctuación. Toma de muestras sólo en forúnculos grandes.
<ul style="list-style-type: none"> Recidivante 		Según resultado microbiológico considerar tratamiento descolonizador con mupirocina intranasal (pomada) 1 aplicación/12h, 5 días y lavados con clorhexidina▼		Valorar cultivo nasal previo (1 torunda para ambas fosas nasales) para descartar portadores crónicos. Descontaminación de prendas personales (toallas, sábanas, ropa...).

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
IMPÉTIGO				
Lesiones leves localizadas	<i>Streptococcus pyogenes</i> y/o <i>Staphylococcus aureus</i>	Ácido fusídico tópico al 2%, <i>1 aplicación/8-12h, 5-7 días</i>	<i>Mupirocina tópica al 2%,</i> <i>1 aplicación/8-12 horas, 5-7 días</i>	Se recomienda el cultivo de pus o exudados en lesiones extensas, recidivas o falta de respuesta al tratamiento. Lavar las manos regularmente y tras tocar las lesiones. Descrostrar las lesiones con compresas húmedas. Usar ropa amplia y de algodón. Valorar aislamiento domiciliario para evitar la transmisión cruzada. Es muy contagioso especialmente en niños y lesiones extensas
Lesiones extensas, recidivante o fallo del tratamiento tópico		Cefadroxilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día), 5 días Cloxacilina 50 mg/kg/día en 4 tomas (dosis máx: 4g/día), 5-7 días (con el estómago vacío)	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7 días	

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
CELULITIS				
Simple	Principalmente <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus pyogenes</i> .	Cefadroxiilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día), 5 días Cloxacilina 50 mg/kg/día VO en 4 tomas (dosis máx: 4 g/día), 5 días (con el estómago vacío)	Alérgicos a betalactámicos: Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7 días	Si no mejora en 48 horas valorar prolongar tratamiento hasta 10 días. Si empeora valorar ingreso. Elevación de miembro afectado, si procede.
Con factores de riesgo para SARM*		TMP/SMX* 8mg (TMP/kg/día), en 2 tomas (dosis máx: 320 mg TMP/día), 5-10 días Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7-10 días		Toma de muestras en inmunodeprimidos, afectación del estado general, sospecha de complicaciones, afectación extensa, pacientes ingresados o mala evolución. Compresas húmedas frías. En la fase de descamación cutánea, vaselina líquida estéril (cada 8-12h) y antihistamínicos orales si prurito. Mantener buena higiene personal con lavado de manos regular con agua y jabón o solución alcohólica.
Preseptal	<i>S. neumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i> , <i>H. Influenzae</i> no tipable	Amoxicilina-Acido clavulánico (8:1) 80 mg/Kg/día en 2-3 dosis 10 días Cefuroxima- axetilo: 30mg/kg/día en 2 dosis 7-14 días	Alergia a beta-lactámicos: Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 10 días	Criterios de ingreso: Menores de un año, mayores de un año con mal estado general y en los que no se pueda realizar control en 24 horas.
Orbitaria		Derivación hospitalaria: tratamiento antibiótico IV		Más frecuente en niños mayores. Signos y síntomas: oftalmoplejía, proptosis y/o disminución de la agudeza visual.

*Factores de riesgo para SARM: No existen criterios clínicos que ayuden a diferenciar las infecciones cutáneas producidas por *S. aureus* sensible a meticilina de las causadas por SARM, si bien en estas últimas son más frecuentes al fracaso terapéutico y la formación de abscesos y necrosis. Sin embargo, hay circunstancias en las que debe considerarse, como celulitis extensa, abscesificada o necrosante, presencia de abscesos recurrentes en el niño o sus convivientes, mala respuesta al tratamiento convencional, procedencia del paciente de zonas de alta endemia (Asia, América o Europa del Este) o convivencia con portadores conocidos o comunidades con una incidencia conocida de prevalencia de SARM > 15% de los aislados.

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
ERISIPELA				
	<i>S. pyogenes</i> y excepcionalmente, <i>S. aureus</i>	<p>Penicilina V 25-50 mg/kg/día VO cada 6h (dosis máx: 3 g/día), 5 días</p> <p><u>Si el diagnóstico no está claro y no se puede descartar <i>S. aureus</i>:</u></p> <p>Cefadroxilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día), 5 días</p> <p>Cloxacilina 50 mg/kg/día VO en 4 tomas (dosis máx: 4 g/día), 5 días (con el estómago vacío)</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u></p> <p>Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7 días</p>	<p>Si no mejora en 48 horas valorar prolongar tratamiento hasta 10 días. Si empeora valorar ingreso.</p> <p>Pueden requerir hospitalización: lesiones >5cm, lactantes, pacientes con afectación general e inmunodeprimidos.</p> <p>No está recomendada la toma de muestras de rutina.</p> <p>Elevación de miembro afecto.</p> <p>Cuidar los factores predisponentes (úlceras, abrasiones, infecciones fúngicas en los pies, y en neonatos las infecciones en el cordón umbilical).</p> <p>Beber abundantes líquidos y mantener bien hidratada la piel.</p> <p>Retirada de las costras con compresas húmedas.</p>

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
ENFERMEDAD ESTREPTOCOCICA PERINEAL				
	S. pyogenes	<p>Ácido fusídico tópico al 2%, 1 aplicación/8-12h</p> <p>10-14 días</p> <p><u>Si fracaso terapéutico o</u> <u>recurrencia:</u></p> <p>Penicilina V: <27kg 250mg/12h >27kg 500mg/12h</p> <p>10-14 días</p>	<p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u></p> <p>Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO en 3 dosis iguales (dosis máx: 1,8 g/día) 7 días</p> <p>Si alergia no IgE mediada: Cefadroxilo 30 mg/kg/día VO en 2 tomas (dosis máx: 2 g/día), 10-14 días</p>	<p>Diagnóstico posible con test rápido en las lesiones cutáneas</p>

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
MORDEDURAS				
Mordeduras de perro o gato en niños sin factores de riesgo ni signos de infección.		Antibioterapia NO INDICADA		
Mordeduras humanas Mordeduras de perro o gato en niños con factores de riesgo. Heridas sobreinfectadas tras mordeduras de animales.	<p>Mordedura de perro: Pasteurella multocida (50%), S. aureus, Bacteroides sp, Fusobacterium sp., Capnocytophaga.</p> <p>Mordedura de gato: Pasteurella multocida (75%), S. aureus.</p> <p>Mordedura humana: Streptococcus grupo viridans (80%), S. epidermidis, Corynebacterium sp., S. aureus, Eikenella corrodens, Bacteroides sp., Peptostreptococcus sp.</p>	<p>Amoxicilina/ác. clavulánico 50 mg/kg/d VO cada 8h (dosis máx: 3 g/día) 5-7 días</p> <p>Si hay mala evolución en el plazo de 48-72 h, se recomienda ingreso para antibioterapia endovenosa</p>	<p>Cefuroxima axetilo 15-30 mg/kg/d VO cada 12h (dosis máx: 1 g/día) 5-7 días</p> <p>+ Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO cada 8h (dosis máx 1,8 g/día), 5-7 días</p> <p>Alérgicos a betalactámicos:</p> <p>TMP/SMX[▼] 8mg (TMP/kg/día), en 2 tomas (dosis máx: 320 mg TMP/día), 10 días</p> <p>+ Clindamicina 20-30 mg/kg/día VO cada 8h (dosis máx 1,8 g/día), 5-7 días</p>	<p>Iniciar profilaxis antibiótica solo si lactantes inmunodeprimidos y asplénicos, en cualquier caso, si han pasado más de 8h después de la mordedura, heridas moderadas o graves, si hay edema, lesión por aplastamiento o se requiere desbridamiento.</p> <p>Lavar la herida con abundante agua o suero salino. Las heridas punzantes no se deben lavar hacia adentro ni abrirlas para lavarlas.</p> <p>No recoger cultivos de las heridas a no ser que hayan transcurrido más de 12h desde la mordedura o en el caso de signos de infección.</p> <p>La profilaxis antitetánica y antirrábica debe realizarse siguiendo las instrucciones oficiales para la profilaxis postexposición de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica</p>

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial ...)	
SARNA				
SARNA CLÁSICA	<i>Sarcoptes scabiei</i> variedad <i>hominis</i> .	Permetrina* 5% crema Aplicar por todo el cuerpo. Dejar actuar durante 8-14h y retirar mediante ducha o baño. Repetir a los 7-14 días.	Vaselina azufrada 6% (fórmula magistral) Aplicación nocturna, previa ducha, durante 3 noches consecutivas manteniéndola durante 24 h. Repetir aplicación a los 7 días Ivermectina* 200 µg/kg DU VO Repetir a los 7-14 días.	Tratar simultáneamente a los contactos (convivientes y personas físicas con contacto físico prolongado durante 4-6 sem previas al inicio de síntomas) incluso si son asintomáticos. Es preciso lavar toda la ropa, toallas y ropa de cama con agua caliente. Ivermectina oral se recomienda en brotes en instituciones o cuando fracasa el tratamiento tópico. A las 8-12 h de la primera aplicación del tratamiento los niños pueden regresar a los centros escolares.

*Uso en niños >2 meses

¥ Uso en niños de ≥ 15 kg

▼ NOTAS DE SEGURIDAD

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.

Clorhexidina tópica. La FDA advierte acerca de reacciones alérgicas poco comunes pero graves de los antisépticos tópicos que contienen gluconato de clorhexidina (Alerta FDA del 2 febrero 2017).

Macrólidos: La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias.

BIBLIOGRAFÍA

Conejo-Fernández A.J. et al. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr (Barc). 2016;84(2):121.e1---121.e10.

Ferreira A, Bolland MJ, Thomas MG. Meta-analysis of randomised trials comparing a penicillin or cephalosporin with a macrolide or lincosamide in the treatment of cellulitis or erysipelas. Infection. 2016 Oct; 44(5):607-615. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27085865.

Lévano Vásquez J, García Sánchez-Montejo F, Campos Segovia A, Martínez-Villasante Alemán A, Arias Novas B. Foliculitis por Pseudomonas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:355-7.

Manejo de las infecciones cutáneas bacterianas en el ámbito ambulatorio. INFAC. 2018; 26(7): 57-65. Osakidetza.

Uso adecuado de antibióticos en pediatría. Infecciones cutáneas. Bolcan. 2016; 7(4):1-8. Servicio Canario de la Salud.

Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:271-283

Boletín CIAFAR. Farmasalud. Diciembre 2023

3. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

SIFILIS (EDO)
HERPES SIMPLE
OTRAS: Chancro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo
URETRITIS, CERVICITIS, PROCTITIS (EDO)
VAGINITIS por Candida
VAGINOSIS BACTERIANA POLIMICROBIANA
VAGINITIS por Trichomonas vaginalis
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
ESCABIOSIS (SARNA)
PEDICULOSIS PUBIS

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES	
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)		
ULCERAS GENITALES, ANALES O PERIANALES (CONSIDERAR EN OTRAS LOCALIZACIONES: ORAL, FARÍNGEA).					
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	VIH: Aciclovir VO 400-800 mg/8 h o 12 h		

		Famciclovir 250 mg/12 h VO o Valaciclovir 500 mg/24 h VO 6-12 meses	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.
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 + 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.
Con etiología conocida	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500 mg IM DU O Cefixima 400 mg 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	Alternativa: Azitromicina 1 g VO DU Linfogranuloma venéreo: Doxiciclina 100 mg/12 h 21 días o Azitromicina 1 g/7 días VO 21 días	

VAGINITIS Y VAGINOSIS BACTERIANA

<p>CANDIDIASIS Flujo escaso-moderado , Blanco- grisáceo, grumoso, inoloro</p>	<p><i>Candida albicans</i> (80-92%)</p>	<p>Clotrimazol óvulos vaginales: 500 mg DU ó 100 mg/24 h 6 días Clotrimazol crema intravaginal al 2% 3 días Recurrencia: Fluconazol* VO 150 mg/72 h 3 dosis + 150 mg/7 días 6 meses</p>	<p>Fluconazol *150 mg VO DU Embarazada: Clotrimazol 100 mg óvulos 1 óvulo/día 6 días</p>	<p>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).</p>
<p>VAGINOSIS BACTERIANA POLIMICROBIANA Flujo Moderado, Blanco-grisáceo, Homogéneo adherente, Maloliente</p>		<p>Metronidazol 500 mg/12h VO 7 días Recurrencia: Metronidazol 500 mg/12 h VO 14 días</p>	<p>Clindamicina crema vaginal 2% 5 g/24 h 7 días Embarazo: Metronidazol 250 mg/8 h VO 7 días</p>	<p>No se considera ITS pero se asocia a aumento de riesgo de ellas.</p>
<p>VAGINITIS POR Trichomonas vaginalis Flujo aumentado, Amarillo-verdoso o Espumoso, Maloliente</p>	<p><i>Trichomonas vaginalis</i></p>	<p>Metronidazol 2 g VO DU Recurrencia: Metronidazol 500 mg/12 h VO 7 días</p>	<p>VIH: Metronidazol 500 mg/12 h VO 7 días Si fallo de nuevo: Metronidazol VO 2 g/24 h 5-7 días Tinidazol VO 2 g/24 h 5-7 días Metronidazol VO 750 mg/8 h 7 días</p>	<p>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.</p>

VERRUGAS GENITALES O CONDILOMAS ACUMINADOS

<p>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</p>	<p>VPH</p>	<p>Tratamiento tópico: Podofilotoxina: 2 aplic/24 h, 3 días/semana, 4 semanas Sinacatequinas: 3 aplic/24 h, 16 semanas Imiquimod:1 aplic/24 h, 3 días/semana, 6-8 semanas (*no financiado)</p>		<p>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</p>
---	------------	--	--	--

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
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

DU: Dosis única RPR: reaginina plasmática rápida ITS: infección de transmisión sexual
VPH: Virus Papiloma Humano HSH: Hombres que practican sexo con hombres

LGV: Linfogranuloma venéreo

GENERALIDADES

1. En cualquier diagnóstico de ITS se debe realizar un cribado del resto de ITS, valoración y tratamientos de las parejas.
2. 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.
3. 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.
4. 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.)
5. 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.
6. 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 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

4. INFECCIONES URINARIAS

ADULTOS	EDAD PEDIATRICA
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	BACTERIURIA ASINTOMÁTICA
CISTITIS AGUDA	ITU
CISTITIS EN MUJER EMBARAZADA	PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN NIÑOS CON ITU RECURRENTE
CISTITIS COMPLICADA	
ITU RECURRENTE EN MUJER	
ITU EN EL PACIENTE SONDADO	
PIELONEFRITIS AGUDA	
PROSTATIS AGUDA	
EPIDIMIDITIS / ORQUITIS	

INFECCIONES URINARIAS

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>		<p>Únicas situaciones en las que solicitar urocultivo en pacientes asintomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazadas (sem. 12 a 16). - Previo a manipulación urológica, con riesgo de sangrado. <p>*De elección Fosfomicina trometamol 3 g VO DU. Como alternativa cefuroxima VO 250 mg/12 h, 3 días.</p> <p>Los recambios de sonda vesical no requieren profilaxis antibiótica.</p>
Embarazadas	Cualquier microorganismo. <i>E. coli</i> el más frecuente	Antibioterapia según antibiograma.* 1-3 días VO. (según antibiótico indicado)		
Intervención urológica		Profilaxis según resultado de antibiograma. Si se mantiene la sonda vesical continuar con el tratamiento hasta su retirada ó 7 días.		
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/12 h 5 días*** Cefuroxima VO 250-500 mg/12 h 3 días	<p>En cistitis no complicadas y no recidivantes NO INDICADO urocultivo. Urocultivo indicado sí:</p> <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. <p>*Se recomienda tomar con estómago vacío y por la noche una vez vaciada la vejiga. **Valorar tratamiento analgésico para calmar la sintomatología irritativa. ***Nitrofurantoina: Uso contraindicado si aclaramiento de creatinina <45 ml/min o en pautas de >7 días de duración</p>

UFC: unidades formadoras de colonias

VO: Vía oral

DU: Dosis única

PNF: pielonefritis

h: horas

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 (pre y post-tratamiento) y adecuar según antibiograma. Urocultivo de control a las 2 semanas en mujeres y 4 semanas en hombres. En varones pensar en prostatitis aguda
ITU 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; 6-12 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	Trimetoprim-Sulfametoxazol 80/400 mg/24 h VO 6-12 meses Norfloxacino 200 mg/48 h VO 6-12 meses	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

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 en pacientes con sondaje de corta duración y sin historia de ITU previa		Fosfomicina-trometamol 3 g VO, DU		Toma de muestra para urocultivo
ITU en pacientes con sondaje de corta duración e historia de ITU previa O ITU en pacientes con sondajes de larga duración	<i>E.coli</i> Otras Enterobacterias Levaduras	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 200 mg/24 h IM 7 días	Sedimento y urocultivo, solo si sospecha clínica, y siempre tras cambio de sonda. La CANDIDURIA sólo se trata si infección sintomática o asintomática en pacientes con riesgo de enfermedad diseminada: (neutropénicos, neonatos, inmunodeprimidos, manipulaciones urológicas): Retirar o cambiar sonda y Fluconazol 200 mg/día VO, 2 semanas
ITU en lesión medular: síntomas urinarios modificados, malestar general, aumento de espasticidad, o disreflexia autonómica sin otras causa aparente.	<i>E. coli, klebsiella,</i> <i>proteus, otras</i> <i>enterobacterias, P.</i> <i>aeruginosa</i>	Cefuroxima 500 mg/12h VO o Cefixima 200 mg/12h VO 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: Fosfomicina 3 g VO dos dosis separadas 48 h	La orina turbia o maloliente en paciente con SVP asintomático no es criterio de solicitar urocultivo ni de iniciar tratamiento empírico. Sedimento y urocultivo solo si sospecha clínica y siempre tras cambio de sonda, El inicio de tratamiento empírico será previo a la nueva sonda. Solicitar urocultivo a los 3-5 días de finalizar el tratamiento.

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

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
<p>PIELONEFRITIS AGUDA</p> <p>Comunitaria sin criterios de ingreso</p> <p>Criterio diagnóstico microbiológico: $\geq 10^4$ 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/12 h VO o Cefixima 200 mg/12 h VO</p> <p>7 días</p>	<p>En alérgicos: Tobramicina 200mg IM /24 h 7 días</p> <p>Se puede dar una dosis inicial de cefalosporina de amplio espectro (p.e. ceftriaxona 2 g IV ó IM), aminoglucósido (p.e. tobramicina 200 mg IV ó IM) y reevaluación en 24 h y continuación con tratamiento oral.</p>	<p>Urocultivo siempre. 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>Seguimiento: La realización de análisis de orina y urocultivos posteriores al tto queda a decisión del facultativo y NO se considera estrictamente necesario.</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

PROCESO / CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO		OBSERVACIONES
		ELECCIÓN	ALTERNATIVA (Si alergia, intolerancia, situación especial...)	
PROSTATIS AGUDA				
Sin criterios de ingreso	<i>E. coli</i> (la más frecuente) OTROS: <i>Proteus</i> <i>Klebsiella</i> Otras enterobacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterococcus Faecalis</i>	Cefuroxima 500 mg/12h VO o Cefixima 200 mg/12 h VO 2 -4 semanas Valorar la administración de una dosis de inicio de: Ceftriaxona 1 g IM DU	Si gérmenes sensibles : Ciprofloxacino 500 mg/12 h o Trimetoprim/sulfametoxazol 160/800 mg/12 h 2-4 semanas	Tomar muestra para urocultivo antes de iniciar el tratamiento
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)	Cefuroxima 500 mg/12 h VO o Cefixima 200 mg/12 h VO 10 días	Tobramicina 200mg IM /24h 7 días	Urocultivo (orina media micción) y si sospecha de ITS frotis uretral, si no es posible frotis uretral, puede recogerse orina uretral.
Con sospecha de ITS	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> Etiología no conocida.	Ceftriaxona 500 mg IM DU + Doxiciclina 100 mg/12 h VO o Si sospecha de bacterias de origen entérico (hombres que practican sexo anal): Levofloxacino 500 mg/24 h VO 10 días	Azitromicina 2 g DU VO + Doxiciclina 100 mg/12 h VO 7 días	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. 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

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
AFEBRIL	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.	<12 años: Cefuroxima-axetilo 20-30 mg/kg/día repartidos en dos tomas diarias. Dosis máxima 1 g/día VO 3-4 días >12 años: Fosfomicina trometamol* 3 g VO DU** Tratamiento dirigido: Trimetoprim-sulfametoxazol: 8/40 mg/kg/día, en dos tomas diarias VO. Dosis máxima 320/1.600 mg/día 3-5 días	Nitrofurantoína 5 mg/kg/día repartidos en 3 o 4 tomas al día. 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.

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 TOMA 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.

5. BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFÍA

- 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>.

Piñeiro-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 DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN ADULTOS

Guía Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud. Plan Nacional Resistencia a los Antibióticos. <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/guias/humana/login>

Wilson HL, Daveson K, Del Mar CB. Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections. *Aust Prescr*. 2019;42(1):5–9. doi:10.18773/austprescr.2019.001

Kosar L, Laubscher T. Management of impetigo and cellulitis: Simple considerations for promoting appropriate antibiotic use in skin infections. *Can Fam Physician*. 2017;63(8):615–618.

NICE Summary of antimicrobial prescribing guidance – managing common infections (July 2019)

Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Sheldon L. Kaplan, Jose G. Montoya, James C. Wade, Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 59, Issue 2, 15 July 2014, Pages e10–e52, <https://doi.org/10.1093/cid/ciu296>

Manejo de las infecciones cutáneas bacterianas en el ámbito ambulatorio. INFAC 2018. Vol 26, nº 7.

Nice Guideline: Cellulitis and erisipela: antimicrobial prescribing. September 2019.

Impetigo. Baddour LM. Uptodate. Last updated May 2022.

https://www.uptodate.com/contents/impetigo?search=impetigo&source=search_result&selectedTitle=1~143&usage_type=default&display_rank=1#topicContent (Consultado Septiembre 2023).

Erytrasma. Brice S, Armstrong CA. Uptodate. Last updated Mar 2023.

https://www.uptodate.com/contents/erythrasma?search=eritrasma&source=search_result&selectedTitle=1~16&usage_type=default&display_rank=1#topicContent (Consultado Septiembre 2023).

Boletín CIAFAR. Farmasalud. Diciembre 2023

-INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PEDIATRIA

- ENFERMEDADES 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.)

INFECCIONES URINARIAS EN ADULTOS

1. European Association of Urology (EAU). Guidelines on urological infections. Arnhem: EAU; 2015. Disponible en URL: <https://uroweb.org/>
2. Asociación Española de Urología (AEU). Cistitis no complicada en la mujer. Madrid: AEU; 2013. Disponible en URL: <http://www.aeu.es/otrasguiasaeu.aspx>
3. 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.
4. 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>.
5. 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.
6. 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.
7. 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, Ablij 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.
8. Nicolle LE. Urinary tract infections in the older adult. *Clin Geriatr Med* 2016; 32; 523-38
9. 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 PEDIATRÍA

1. 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.
2. 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>
3. 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>
4. 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>
5. 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.