



Centros de Salud de Leganés, Fuenlabrada y Humanes.
Hospital Severo Ochoa
Hospital de Fuenlabrada

Guía de uso de antimicrobianos 2010

versión electrónica

[Presentación](#)

[Autoría](#)

[Alcance y objetivos](#)

[Manejo de la guía](#)

[Metodología de elaboración de la guía](#)

Recomendaciones de uso de antimicrobianos por entidad clínica:

➤ [**Adultos**](#)

➤ [**Pediatría**](#)

[Resistencias a antimicrobianos](#)

[Recomendaciones sobre la correcta administración de los antimicrobianos por vía oral](#)

[Declaración de conflicto de intereses de los autores](#)

ISBN: 978-84-693-6960-9

En recuerdo de Carlos Torres Bouza

Presentación

Las enfermedades infecciosas transmisibles siguen siendo uno de los principales motivos de consulta en nuestro medio, tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario, a pesar de los grandes avances realizados en su prevención, control y tratamiento. Por otro lado, año tras año aparecen nuevos fármacos en el mercado, sin que ese aumento de la oferta suponga en muchos casos un verdadero avance farmacoterapéutico. Debido a estos motivos, la actualización de la Guía de uso de Antimicrobianos del Área 9 ha constituido una de nuestras líneas de trabajo conjunto durante este año. Con ello seguimos avanzando, esta vez en el campo de la antibioterapia, en la política de uso racional del medicamento que desde hace muchos años viene caracterizando a nuestro Área.

Para llevar a cabo esta tarea constituimos un grupo de trabajo formado por profesionales de Atención Primaria y Especializada, tanto asistenciales como farmacéuticos de ambos niveles. Hemos seguido apostando, una vez más, por la coordinación entre los dos ámbitos de atención, como una herramienta básica a la hora de establecer pautas consensuadas de atención a nuestros ciudadanos, lo que nos permite diseñar estrategias comunes para evitar la aparición de resistencias y garantizar la seguridad de los pacientes, tanto desde el punto de vista individual como colectivo.

Esta Guía define la actitud terapéutica a considerar en primera y segunda opción para el tratamiento de las patologías infecciosas más prevalentes en el adulto y en pediatría. Para ello se han manejado datos sobre eficacia, espectro de acción, experiencia de uso, relación beneficio/riesgo, evolución de las resistencias bacterianas locales y coste-efectividad, incluyendo la vía de administración o los intervalos de dosificación como aspectos a valorar de cara a conseguir una adecuada adherencia terapéutica.

En esta Guía también se han actualizado los datos locales de sensibilidad microbiana. Dado el impacto que nuestra actuación profesional tiene en el ámbito de las resistencias microbianas, sigue siendo relevante conocer este aspecto máxime cuando en muchos casos el tratamiento antibiótico se realiza sobre bases empíricas.

Por último, agradecemos a todos los profesionales que han participado en la elaboración de la Guía, el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos, en cuanto a su diseño y contenidos. Gracias a la generosidad de su trabajo, tenemos hoy este excelente material que deseamos constituya un manual de uso práctico en el día a día de ambos niveles asistenciales.

Dña. Carmen Ferrer Arnedo

Directora Gerente de Atención Primaria Área 9. Leganés

D. César Gómez Derch

Director Gerente Hospital Severo Ochoa. Leganés

D. Carlos Sangregorio Yañez

Director Gerente Hospital de Fuenlabrada

Autoría

Coordinador: José Manuel Izquierdo Palomares

Autores (por orden alfabético):

Antonio Aguilar Martínez	Médico. Servicio de Dermatología H. Severo Ochoa
Rosa Albañil Ballesteros	Pediatra. Centro de Salud Cuzco
Marta Álvarez Alonso	Médico. Servicio de urgencias H. de Fuenlabrada
Amaya Azcoaga Lorenzo	Médico. Centro de Salud Mendiguchía Carriche
Pilar Galán del Río	Pediatra. Servicio de Pediatría H. de Fuenlabrada
M ^a Isabel García Arata	Farmacéutica. Servicio de Microbiología H. de Fuenlabrada
José Manuel Izquierdo Palomares	Farmacéutico. Servicio de Farmacia de Atención Primaria
Beatriz Medina Bustillo	Farmacéutica. Servicio de Farmacia de Atención Primaria
Rosa Ana Muñoz Codoceo	Pediatra. Servicio de Pediatría H. Severo Ochoa
Iciar Olabarrieta Arnal	Pediatra. Servicio de Pediatría H. Severo Ochoa
Ana Ontañón Nasarre	Farmacéutica. Servicio de Farmacia H. de Fuenlabrada
Sagrario Pardo López-Fando	Farmacéutica. Servicio de Farmacia de Atención Primaria
Sara María Quevedo Soriano	Bióloga. Servicio de Microbiología H. Severo Ochoa
Sagrario Reyes Pecharroman	Médico. Servicio de Microbiología H. Severo Ochoa
María Dolores Tolmo Santos	Pediatra. Centro de Salud María Jesús Hereza
Beatriz Valle Borrego	Médico. Servicio de urgencias H. Severo Ochoa
Rocío Vello Cuadrado	Médico. Centro de Salud Panaderas

Colaboradores:

Nicolás Toledano Fernández	Jefe de Servicio de Oftalmología. H. de Fuenlabrada
Guillermo Plaza Mayor	Jefe de Servicio de ORL. H. de Fuenlabrada

Alcance y objetivos

Con la elaboración de este documento pretendemos alcanzar los siguientes objetivos:

- Objetivo principal:
 - Mejorar la atención sanitaria de los procesos infecciosos en relación a la terapia antimicrobiana.

- Objetivos secundarios:
 - Indicar cuales son los tratamientos antimicrobianos recomendados en las infecciones más prevalentes en Atención Primaria.
 - Disminuir el número de prescripciones inadecuadas de antimicrobianos.
 - Contribuir a la selección del antibiótico eficaz con el menor espectro antibacteriano.
 - Reducir o mantener el nivel de resistencias de los microorganismos a los antibióticos.
 - Homogeneizar las prescripciones de antibióticos entre Atención Primaria y los Servicios de Urgencias del Área 9.

Los pacientes a los que se les puede aplicar estas recomendaciones son aquellos que acuden a las consultas de los Centros de Salud de Atención Primaria y los que acuden a los Servicios de Urgencias y son tratados de forma ambulatoria (con las limitaciones de medios diagnósticos disponibles en los dos ámbitos asistenciales). En este sentido, los destinatarios principales de esta guía son los profesionales implicados en la prescripción y seguimiento del tratamiento farmacológico presentes en dichos puntos de atención.

Manejo de la guía

Abreviaturas:

Ac:	Ácido	ITU:	Infección del tracto urinario
Amoxi-clav:	Amoxicilina clavulánico	IV:	Vía intravenosa
aplic:	Aplicaciones	Kg:	Kilogramo
d:	Día	Máx:	Dosis Máxima
DU:	Dosis única	mg:	Miligramos
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	PB:	Peroxido de benzoilo
FM:	Fórmula magistral	Rx:	Radiografía
g:	Gramo	sem:	Semana
got:	Gotas	U:	Unidades
h:	Horas	VO:	Vía oral
H:	Isoniazida	VRS:	Virus respiratorio sincitial
IM:	Vía intramuscular		

Aspectos generales:

- Los tratamientos recomendados en esta guía están definidos para pacientes inmunocompetentes, excepto cuando se indique expresamente.
- Se mencionan exclusivamente los tratamientos antimicrobianos recomendados para cada entidad clínica, independientemente de que el paciente pueda requerir otras medidas farmacológicas (Ej: analgésicos, antipiréticos, etc.).
- Si no se indica lo contrario, todos los tratamientos son por vía oral.
- En el apartado microorganismos se pretende dar una visión de los microorganismos más frecuentes, no se trata de un listado exhaustivo.
- Cuando se citan las dosis de amoxicilina-clavulánico, las dosis se refieren únicamente a amoxicilina si no se indica lo contrario.
- Los datos de resistencias a antibióticos presentados corresponden al Área 9 de Atención Primaria, obtenidos de las muestras analizadas por el Servicio de Microbiología del H. Severo Ochoa.
- En pediatría, la dosis de azitromicina 10 mg/kg/día durante 3 días es equiparable a la de 10 mg/kg/día el 1º día y 5 mg/kg/día los 4 siguientes.

Metodología de elaboración de la guía

Se constituyó un grupo de trabajo formado por dos médicos de familia, dos pediatras y tres farmacéuticos de Atención Primaria y dos médicos de los Servicios de Urgencia, tres pediatras, tres microbiólogos, un dermatólogo y una farmacéutica de los hospitales de referencia.

En diciembre de 2009 se realizó la primera reunión del grupo y se repartieron los temas a revisar. Se estableció una división de la guía entre infecciones pediátricas y de adultos. El Servicio de Farmacia de Atención Primaria envió a cada integrante del grupo una bibliografía inicial sugerida y cada uno elaboró un borrador sobre la patología asignada que después fue revisado por otro compañero. Cuando el borrador lo había realizado un clínico lo revisó un profesional no asistencial y viceversa. Posteriormente se convocaron las reuniones necesarias para consensuar por el grupo las recomendaciones.

Para la selección de los medicamentos se han revisado las principales guías de recomendaciones o artículos de revisión de cada entidad clínica y se han considerado los siguientes aspectos: eficacia terapéutica, seguridad o conocimiento suficiente de sus reacciones adversas, espectro antibacteriano lo más específico posible para los patógenos más probables, resistencias en el área, comodidad de administración, coste y reserva de los nuevos antibióticos para limitar la aparición de resistencias.

Recomendaciones de uso de antimicrobianos

Infecciones en **pacientes adultos**

- [Infecciones ORL y tracto respiratorio](#)
- [Infecciones del tracto urinario](#)
- [Infecciones de transmisión sexual y otras](#)
- [Infecciones cutáneas](#)
- [Infecciones oftalmológicas](#)
- [Infecciones de la cavidad oral](#)
- [Infecciones gastrointestinales](#)
- [Quimioprofilaxis](#)

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones ORL y tracto respiratorio

Entidad clínica
<u>Faringoamigdalitis aguda</u>
<u>Otitis externa aguda difusa</u>
<u>Otitis externa circunscrita</u>
<u>Otomycosis</u>
<u>Otitis media aguda</u>
<u>Rinosinusitis aguda</u>
<u>EPOC reagudizado</u>
<u>Neumonía adquirida en la comunidad. Adulto sano <65 años</u>
<u>Neumonía adquirida en la comunidad. Adulto >65 años o con enfermedad de base</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones del tracto urinario

Entidad clínica
<u>Bacteriuria asintomatica</u>
<u>ITU inferior no complicada</u>
<u>ITU inferior complicada</u>
<u>ITU superior (sin factores de riesgo)</u>
<u>Infeccion urinaria asociada catéter</u>
<u>Prostatitis</u>
<u>Orquiepididimitis</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones de transmisión sexual y otras

Entidad clínica
<u>Vaginitis candidiásica</u>
<u>Balanitis candidiásica</u>
<u>Vaginitis</u>
<u>Vaginosis bacteriana</u>
<u>Linfogranuloma venereo</u>
<u>Uretritis/cervicitis</u>
<u>Lues</u>
<u>Herpes simple</u>
<u>Verrugas genitales</u>
<u>Chancro blando</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones cutáneas

Entidad clínica	
<u>Rosácea</u>	<u>Mordedura humana</u>
<u>Acné</u>	<u>Mordedura perro</u>
<u>Foliculitis</u>	<u>Dermatofitosis</u>
<u>Forúnculo</u>	<u>Onicomycosis por candida</u>
<u>Impétigo</u>	<u>Candidiasis oral leve o aguda</u>
<u>Erisipela</u>	<u>Intertrigo candidiásico</u>
<u>Celulitis</u>	<u>Pitiriasis versicolor</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones oftalmológicas

Entidad clínica
<u>Conjuntivitis aguda</u>
<u>Blefaritis</u>
<u>Orzuelo</u>
<u>Dacriocistitis</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones de la cavidad oral

Entidad clínica
<u>Caries</u>
<u>Pulpitis, Gingivitis, Periodontitis</u>
<u>Absceso periapical</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Infecciones gastrointestinales

Entidad clínica
<u>Diarrea no inflamatoria</u>
<u>Diarrea inflamatoria</u>
<u>Diarrea viajero</u>
<u>Diarrea asociada al tratamiento con antibióticos</u>
<u>Parásitos intestinales</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes adultos**

Quimioprofilaxis

Entidad clínica
<u>Fiebre reumática (<i>S. pyogenes</i>)</u>
<u>Endocarditis infecciosa (<i>S. viridans</i>)</u>
<u>Infección neumocócica (<i>S. pneumoniae</i>)</u>
<u>Infección tuberculosa (<i>M. tuberculosis</i>)</u>
<u>Infección urinaria recurrente (<i>E. coli</i> y otras enterobacterias)</u>
<u>Meningitis meningocócica (<i>N. meningitidis</i>)</u>
<u>Meningitis por <i>H. Influenzae</i> tipo B</u>
<u>Enfermedades en viajes internacionales</u>

INFECCIONES ORL Y DEL TRACTO RESPIRATORIO

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Faringoamigdalitis aguda	<i>S. pyogenes</i> <i>S. β-hemolíticos C,G</i>	Penicilina V 500mg c/12h, 10 d. Amoxicilina 500mg c/12h, 10 d. Incumplimiento o intolerancia oral: Penicilina G Benzatina IM 1.200.000 U DU.	Alérgicos a beta-lactámicos: Clindamicina 300mg c/8h, 10 d. Josamicina 500mg c/12h, 10 d. Recurrencias: Clindamicina 300mg c/8h, 10d.	Enfermedad autolimitada. Tratar para evitar complicaciones, si se cumplen 3 o más criterios Centor (exudado amigdalar, fiebre más de 38°C, adenopatía laterocervical, ausencia de tos) o cultivo positivo (si resultado de cultivo negativo, suspender antibiótico). Resistencia del 10% a macrólidos de 14 y 15 átomos de carbono.
Otitis externa aguda difusa	<i>P. aeruginosa</i> <i>S. aureus</i>	Si tímpano intacto: - Limpieza del conducto auditivo externo con solución de ácido acético 2-5% 4-6 gotas/6-8h 10 d (1). + - Gotas óticas: (polimixina+neomicina+corticoide 4-6 gotas/6-8 h 10d o ciprofloxacino+corticoide 4-6gotas/6-8h 10d).		(1) Mantener gasa de borde impregnada en solución durante 24 h antes de la limpieza. Otitis externa aguda complicada: Si fiebre, afectación de tejidos circundantes, adenopatía cervical u otitis media acompañante: Derivación hospitalaria.
Otitis externa circunscrita	<i>S. aureus</i>	Cloxacilina 500mg c/6h, 10 d. Amoxi-clav 500mg c/8h, 10 d.		Calor seco local Pocas veces precisa drenaje (fase de maduración avanzada)
Otomicosis	<i>Aspergillus</i> <i>Candida</i>	Remitir al ORL para aspiración y limpieza periódica del conducto auditivo externo.	Ácido bórico, ciclopiroxolamina, nistatina, bifonazol.	
Otitis media aguda	Más frecuentes: <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> Menos frecuentes: <i>M. catarrhalis</i> <i>S. pyogenes</i>	Observación durante 48-72h (1). Si no hay mejoría: Amoxicilina 500mg c/8h, 7-10d. Amoxicilina 1000mg c/12h, 7-10d. Si fracaso a las 48-72h: Amoxi-clav 500-875 c/8h, 7-10 d.	Cefuroxima axetil 500mg c/12h, 7-10 d. Alérgicos beta-lactámicos: - Azitromicina: 500mg c/24h, 3 d. - Claritromicina, 500mg c/12h, 10 d.	El 80% de los casos se resuelven espontáneamente. (1) Excepciones: otitis media bilateral, fiebre >38,5°C, vómitos, otorrea, celulitis-deformidad, inmunodeficiencias. Resistencias de <i>H. influenzae</i> a ampicilina: 30%.
Rinosinusitis aguda	60% etiología vírica 40%bacteriana: <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i>	Pacientes con síntomas persistentes (>7 d) o cuadro grave (1): Amoxicilina 500mg c/8h, 7-10 d. Amoxicilina 1000mg c/12h, 7-10 d.	Cefuroxima axetil 500mg c/12h, 8-10 d. Alérgicos beta-lactámicos: - Azitromicina 500mg c/24h,3-5d.	40-60% curación espontánea (1) Fiebre >39°C, rinorrea purulenta de más de 4 d de evolución, mal estado general.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
	<i>S. pyogenes</i> <i>Anaerobios</i>	Si fracaso terapéutico en 48-72h: Amoxi-clav 875mg c/8h, 10 d. Si sinusitis frontal, esfenoidal o recidivas: Valorar levofloxacino 500mg c/24h, 7-10 d.	- Claritromicina 500mg c/12h, 10d.	Lavados nasales con suero salino, corticoides tópicos nasales.
EPOC reagudizado	25% de exacerpciones causa no identificada 50-75% causa infecciosa y de estas: ~50% bacterianas : Más frecuentes: - <i>H. influenzae</i> - <i>S. pneumoniae</i> - <i>M. catarrhalis</i> - <i>P. Aeruginosa</i> en EPOC grave o con exacerpciones frecuentes Menos frecuentes: - <i>C. pneumoniae</i> - <i>M. pneumoniae</i> - <i>S. aureus</i> y enterobacterias en EPOC grave ~30% virus	Amoxi-clav 875mg c/8h, 5-7 d. Si EPOC moderado o grave: Levofloxacino: 500mg/24h, 5-7 d. Si sospecha de <i>P. aeruginosa</i> (1): Ciprofloxacino 750mg c/12h, 10 d.	Cefuroxima 500mg c/12h, 10 d. Levofloxacino: 500mg c/24 h, 5 - 7 d. Sólo si alergia a penicilinas y quinolonas → macrólidos: -Azitromicina 500mg c/12h, 5 d. -Claritromicina 500mg c/12h, 10d.	Iniciar antibioterapia si se cumplen dos o más de los criterios siguientes (Criterios de Anthonisen): 1) aumento del volumen del esputo 2) cambios en la coloración y la consistencia del esputo 3) aumento de la disnea Algunos autores dan más importancia a la purulencia del esputo. -La exacerpción de la EPOC leve-moderada debe ser tratada de manera ambulatoria como 1ª opción. (1) Sospecha de <i>P. aeruginosa</i> : - Ingreso hospitalario y/o tratamiento antibiótico en los últimos 3 meses. - Más de 4 tratamientos con antibióticos en el último año. - Reagudizaciones graves que requieren ventilación asistida. - Aislamiento de <i>P. aeruginosa</i> tanto en periodo estable como en reagudización. - Tratamiento prolongado con corticoides.
Neumonía adquirida en la comunidad Adulto sano <65 años	●Microorganismos más frecuentes: - <i>S. pneumoniae</i> - <i>M. pneumoniae</i> - <i>C. pneumoniae</i> ●Menos frecuentes o raros: - <i>L. pneumophila</i> - <i>H. influenzae</i>	Amoxicilina* 1000mg c/8h, 7-10 d. (Valorar añadir azitromicina 500mg c/24h, 3 d si se cree necesario cubrir gérmenes atípicos. Puede añadirse a las 48h si la evolución no es satisfactoria). (*Si fumador: Amoxi-clav 875mg c/8h, 7-10 d).	Levofloxacino 500mg c/24h 7-10 d. Azitromicina 500mg c/24h, 3-5 d.	Usar algoritmo CRB-65 para valoración de gravedad en AP. CURB-65 y PORT en urgencias para valoración de ingreso. No usar macrólidos en monoterapia: 40% de resistencia de neumococo. Cubrir de forma sistemática gérmenes atípicos no ha

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
	- <i>C. burnetti</i> -Virus respiratorios			demostrado beneficios clínicos.
Neumonía adquirida en la comunidad Adulto >65 años o con enfermedad de base	<p>●Microorganismos más frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S. Pneumoniae - H. Influenzae - <i>C. Pneumoniae</i> - Bacilos Gram Negat. - <i>L. Pneumophila</i> <p>●Microorganismos menos frecuentes o raros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>M. Catarrhalis</i> - <i>S. Aureus</i> - <i>S. Agalactiae</i> - Virus - <i>Aspergillus</i> 	<p>Amoxicilina* 1000mg c/8h, 7-10 d. + Azitromicina 500mg c/24h, 3 d.</p> <p>(*Si EPOC o fumador: Amoxi-clav 875mg c/8h, 7-10 d).</p>	-Levofloxacino 500mg c/12-24h, 10 d.	<p>Debería realizarse valoración hospitalaria a todos los pacientes de este grupo.</p> <p>CURB-65 y PORT en urgencias para valoración de ingreso.</p>

[Volver al índice](#)

Bibliografía:

- Cordero Matía E, Alcántara Bellón JD, Caballero Granada J, de la Torre Lima J, Girón González JA, Lama Herrera C, Morán Rodríguez A, Zapata López A, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI), Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Aproximación clínica y terapéutica a las infecciones de las vías respiratorias. Documento de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25:253-62
- Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). Tratamiento empírico de las infecciones respiratorias de vías altas en atención primaria. *Bol Ter Andal* 2009; 25 (3). [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.easp.es/web/cadime/cadime_documentos.asp
- Tan T, Little P, Stokes T, on behalf of the Guideline Development Group. Antibiotic prescribing for self limiting respiratory tract infections in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008;337:a437doi:10.1136/bmj.a437
- Health Protection Agency (HPA). Management of infection guidance for primary care for consultation & local adaptation. 2010. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/PrimaryCareGuidance/>
- Cots Yago JM, Monedero Mira MJ, Gómez García M. Aportaciones en enfermedades infecciosas: Tratamiento empírico de las principales infecciones en atención primaria (PARTE I). 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com>
- Pachón J, Alcántara Bellón JD, Cordero Matía E, Camacho Espejo A, Lama Herrera C, Rivero Román A, por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) y la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Estudio y tratamiento de las neumonías de adquisición Comunitaria en adultos. *Med Clin (Barc)*.2009;133(2):63–73.
- Lim WS, Baudouin SV, George RC, Hill AT, Jamieson C, Le Jeune I, et al. Pneumonia Guidelines Committee of the BTS Standards of Care Committee. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax.* 2009 Oct;64 Suppl 3:iii1-55.
- Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect Dis.* 2007 Mar 1;44 Suppl 2:S27-72.
- Falguera M, Gudiol F, Sabriá M, Álvarez-Lerma F, Cordero E. Infecciones en el tracto respiratorio inferior. *Protocolos clínicos SEIMC.* 2000 [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/>

- Sociedad Española de Quimioterapia, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista y Sociedad Española de Medicina Interna. Tercer documento de consenso sobre el uso de antimicrobianos en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Esp Quimioterap. 2007; 20(1): 93-105
- Mensa J, Gatell JM, Martínez JA, et al. Infecciones en Urgencias. Terapéutica antimicrobiana. 7ª Ed. 2009.
- Grupo de trabajo para la actualización terapéutica de infecciones respiratorias en la Guía Farmacoterapéutica Interniveles de Baleares. Actualización en el tratamiento de las infecciones respiratorias. El Comprimido. 2007;11. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.elcomprimido.com/PDF/infecciones_respiratorias.pdf
- Grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Actualización de las recomendaciones ALAT sobre la exacerbación infecciosa de la EPOC. Arch Bronconeumol 2004;40(7):315-25.
- Alvarez-Sala JL, Kardos P, Martínez-Beltrán J, Coronel P, Aguilar L. Clinical and bacteriological efficacy in treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis with cefditoren-pivoxil versus cefuroxime-axetil. Antimicrob Agents Chemother. 2006;50(5):1762-7.
- Gorricho Mendivil J, Moreno Baquedano M, Beristain Rementería X. ¡Que viene el lobo! ¿La nueva fábula del mal uso de los antibióticos y el regreso a la era preantibiótica? Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2010;18(2):1-16.
- Bjerre LM, Verheij TJM, Kochen MM. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD002109. DOI: 10.1002/14651858.CD002109.pub3.

INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Bacteriuria asintomática	<i>E. Coli.</i> <i>K.Pneumoniae</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>P.Mirabilis</i> <i>S Agalactiae</i>	En general no requiere tratamiento. Excepciones ver nota (1).		(1) Excepciones: Tratar tras urocultivo según antibiograma (duración de 7 d). Tratar siempre: – Embarazadas (> riesgo pielonefritis y parto prematuro). – Enfermos sometidos a cirugía o manipulación urológica con sangrado de mucosas. Valorar tratamiento: ▪ Eventualmente puede estar indicado en las infecciones por <i>Proteus spp</i> (riesgo de formación de cálculos de estruvita) y en los pacientes diabéticos. ▪ Tratar candiduria asintomática en neutropenia, receptores de trasplante o cirugía urológica electiva. ▪ Bacteriuria adquirida por sondaje y no resuelta a las 48 h de la retirada de la sonda. ▪ Pacientes con catéteres y además cirugía (urológica o prótesis), valvulopatía, neutropenia, trasplante de órgano sólido.
ITU inferior No complicada	<i>E. Coli.</i> <i>K.Pneumoniae</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>P.Mirabilis</i> <i>S Agalactiae</i>	Fosfomicina trometamol 3gr DU.	Amoxi-clav 250mg c/8h, 5 d. Cefuroxima 250mg c/12h, 3-5 d. Nitrofurantoina 50-100mg c/6-12h, 7 d. En tercera línea: Norfloxacino 400mg c/12h, 3 d. Ciprofloxacino 250mg c/12h, 3 d.	Nitrofurantoina: precaución por toxicidad pulmonar. Resistencia de <i>E. coli</i> a quinolonas: 30%.
ITU inferior Complicada (1)	<i>E. Coli.</i> <i>K.Pneumoniae</i> <i>Enterococcus sp</i> <i>P.Mirabilis</i> <i>S Agalactiae</i>	Realizar urocultivo. Tratar según antibiograma. Tratamiento 7-10 d.	Gestante: Amoxi-clav 250-500mg c/8h, 5 d. Fosfomicina 3gr 2 tomas separadas 3 d. Varón: Ciprofloxacino 250mg c/12h, 7-10 d. Amoxi-clav 500mg c/8h, 7-10 d. Si no es posible cultivo: Fosfomicina 500mg c/8h, 7 d o tratamientos anteriores 7 d.	(1) Complicada: – Mujer embarazada. – Varón. – Diabéticos. – Insuficiencia renal. – Inmunodepresión. – Infección previa en el último mes. – Clínica de más de una semana de evolución (mayor riesgo de pielonefritis). – Intervención reciente en tracto urinario. – Utilización de diafragmas o cremas espermicidas.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
				<ul style="list-style-type: none"> - Infección por <i>Proteus spp.</i> - Anomalía anatómica o funcional de la vía urinaria. - Ancianos. <p>Realizar un urocultivo de control postratamiento 1-2 sem después.</p> <p>En varones, si recidiva, 14 d de tratamiento.</p>
ITU superior. Sin factores de riesgo (1)	<i>Escherichia coli</i> <i>Klebsiella spp.</i> <i>Proteus spp.</i>	Amox-clav 500mg c/8h, 14 d. Cefuroxima 500mg c/12h, 14 d. Cefixima 400mg c/24h, 14 d. Ciprofloxacino 500mg c/12h, 14 d.	Derivar al hospital.	(1) Mujer joven, no embarazada, BEG. Recoger urocultivo previo al tratamiento y a las 2 semana post-tratamiento.
Infeccion urinaria asociada catéter	Flora polimicrobiana <i>E. coli</i> <i>Proteus</i> , <i>Morganella</i> , <i>Providencia</i> <i>P. aeruginosa</i>	No tratar bacteriuria asintomática. - ITU no complicada: Tratamiento empírico con Ab previos durante 7 d. - ITU complicada: Ingreso.		Se recomienda realizar cultivo a pesar de la baja rentabilidad. Medidas preventivas: <ul style="list-style-type: none"> - Sondaje en situación de asepsia durante la inserción. - Reducir al mínimo las desconexiones de la sonda con el sistema colector y que este se sitúe siempre más bajo que la vejiga y que la sonda no caiga por debajo de este. - Lavado de manos antes de vaciar el depósito de orina. <p>Ninguna medida profiláctica ha sido eficaz para prevenir bacteriuria sintomática.</p>
Prostatitis	<i>E. coli</i> <i>Pseudomonas</i> <i>Klebsiella</i> <i>Proteus</i> <i>Serratia</i> <i>E. faecalis</i>	En prostatitis agudas y crónicas: Ciprofloxacino: IV hasta la apirexia, seguido 500mg c/12h por VO hasta completar entre 4 y 12 sem (usualmente 4 sem).	Derivar a hospital.	
Orquiepididimitis	Varon joven (<35-40 años) sexualmente activo (ETS): <i>C.trachomatis</i> , <i>N.Gonorrhoeae</i> <i>U. urealyticum</i>	Sospecha ITS: Doxiciclina 100mg c/12h, 10-14 d + Ceftriaxona 250mg IM DU. No sospecha ITS: Ciprofloxacino 500mg c/12h, 10-14 d.	Sospecha ITS: (Azitromicina 1000mg DU u ofloxacino 300m c/12h, 7-14 d o eritromicina 500mg/6h 7d). + (Ciprofloxacino 500mg o cefixima 400mg DU o cefuroxima	Cuando sospecha ITS tratar a la pareja y realizar despistaje.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
	<i>S. Aureus</i> <i>V. Parotiditis.</i> >40 años: <i>E. coli,</i> <i>P mirabilis</i> <i>Klebsiella</i> <i>E. faecalis</i> <i>S. aureus</i>		axetilo 1000mg DU). No sospecha ITS: Gentamicina 250mg /24h IM Cotrimoxazol 160/800mg c/12h, 10-14 d.	

[Volver al índice](#)

Bibliografía:

- Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Lobel B, et al. Guidelines on urological infections. European Association of Urology. 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Urological_Infections.pdf.
- Hernandez-Burruezo JJ, Mohamed-Balghata MO, Aliaga Martínez L, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas. Infecciones del aparato urinario. Med Clin (Barc). 2007;129(18):707-15.
- Pigrau C, Horcajada JC, Cartón JA, Pujol M. Infección urinaria. Protocolos clínicos SEIMC. 2000. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/>.
- Palou Redorta J, Millán Rodríguez F, Coord. Asociación Española de Urología. Cistitis no complicada en la mujer. Guía de práctica clínica. 2007 [en línea] [Consultado en agosto 2010]. Disponible en <http://www.aeu.es/UserFiles/Guia28.pdf>.
- Pigrau-Serrallach C. Infecciones de orina recurrentes. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23(Supl. 4):28-39.
- Martínez J, Mensa J. Infección urinaria asociada a catéteres urinarios en la comunidad. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23(Supl. 4):57-66.
- Herrainz MA, Hernandez A, Asenjo E, Herrainz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enferm Infecc Microbiol Clic 2005;23(supl4):40-6.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Vaginitis candidiásica	<i>C. albicans</i> Non- <i>albicans</i> spp. (Ej. <i>C. glabrata</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>Saccharomyces cerevisiae</i>)	Eficacia similar de tratamiento tópico y VO. Tratamiento tópico: Clotrimazol Ovulo 500mg DU. Clotrimazol 2% 5 g c/24h 3 d. Tratamiento oral: Fluconazol 150mg DU. Embarazo: Colonización asintomática no precisa tratamiento. Cualquier tratamiento tópico duración 7-10d. Contraindicado tratamiento oral. Vaginitis clínicamente complicada: Tratamiento tópico más prolongado (7-10 d) Fluconazol 150mg 2 dosis separadas 72h. Vaginitis recurrente : Fluconazol 100-150mg 2 dosis separadas 72h, seguido de 1 dosis seml 6 meses.	TT alternativo vaginitis recurrente (1): Imidazol tópico 14 d seguido de Clotrimazol óvulo vaginal 500mg c/sem, 6 meses.	Evitar irritantes locales y ropa apretada. Alta tasa de curación con los regímenes propuestos, si no hay buena evolución sospechar un diagnóstico incorrecto y recoger siempre cultivo. Especies diferentes a <i>C.albicans</i> responden peor a azoles. Mujeres colonizadas por candida asintomáticas no deben tratarse. (1) Vaginitis recurrente: al menos 4 episodios en el año previo con al menos 2 documentados por examen en fresco. Valorar modificación de los posibles factores de riesgo (diabetes, anticonceptivos orales combinados, ropa ajustada, de lycra, ferropenia, inmunosupresión, uso previo de Ab, etc.). No hay evidencias de beneficio en tratar a pareja asintomática.
Balanitis candidiásica	<i>C. albicans</i>	Clotrimazol o miconazol crema 2 veces al día, 8-10 d según clínica.		Tratar a la pareja si es persistente
Vaginitis	<i>T. vaginalis</i>	Metronidazol 500mg c/12h, 5-7 d. Metronidazol 2 g DU. Embarazo: Metronidazol 500mg c/12h, 5-7 d. Lactancia: Metronidazol 2 g DU. Interrumpir la lactancia 12-24 h.	Tinidazol 2 g DU. Recurrencias: Metronidazol 500mg/12h 7 d. Metronidazol 2 g, 3-5 d. Embarazo: Metronidazol 2 g DU (segundo trimestre).	Las parejas sexuales deben tratarse simultáneamente y no se deben mantener relaciones sexuales hasta completar el tratamiento y se encuentren ambos asintomáticos. Se recomienda despistaje para el resto de ITS. No es necesario hacer ningún seguimiento en pacientes asintomáticos tras tratamiento. En caso de fallo del tratamiento usar una pauta distinta.
Vaginosis bacteriana	Infección polimicrobiana con descenso del lactobacillus y crecimiento de microorganismos anaerobios	(1) Metronidazol 500mg c/12h, 7 d. Metronidazol gel 0.75% 5 g/24h vía vaginal, 5 d. Metronidazol óvulos 500mg c/24h, 5 d. Clindamicina 2% crema 5gr al acostarse vía	Tinidazol 1g, 5 d o 2g, 2 d (sin datos en el embarazo). Clindamicina 300mg c/12h 7 d. Clindamicina óvulos 100mg al acostarse 3 d. Recurrencias: tratar con pauta	(1) Indicación de tratamiento: 1.Mujeres sintomáticas. 2. Previo a manipulación vía vaginal o cirugía. No recomendado screening en embarazo excepto casos de riesgo. No está indicado el tratamiento a la pareja

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
		vaginal 7 d. Embarazo: Metronidazol 250mg c/12h, 7 d. Clindamicina 300mg c/12h, 7 d. La clindamicina tópica contraindicada en 2ª mitad embarazo. Lactancia: Tratamiento vía vaginal.	diferente. Valorar: metronidazol gel 0.75% 2 veces sem 4-6 meses tras tratamiento inicial durante 10 d. Casos persistentes derivar.	masculina, no hay estudios en caso de pareja femenina. No es necesario confirmar erradicación si los síntomas se resuelven. En caso de mujeres embarazadas se aconseja repetir exudado en un mes. Recurrencias hasta 30% en 3 meses.
Linfogranuloma venereo	<i>C. Trachomatis</i>	Doxiciclina 100mg c/12h, 21 d.	Eritromicina 500mg c/6h, 21 d.	Muy raro en nuestro medio
Uretritis/cervicitis	Empírico (1)	(Cefixima 400mg VO DU o Ceftriaxona 250mg IM DU). + (Azitromicina 1000mg DU o Doxiciclina 100mg c/12h, 7 d).		(1) Tras recoger exudado. El paciente debe volver en caso de recurrencia o no resolución de síntomas, en este caso debe hacerse diagnóstico microbiológico para tratar de nuevo. No deben mantenerse relaciones sexuales hasta 7 d después de haber iniciado el tratamiento y estar asintomáticos los dos miembros de la pareja. Chlamydia en embarazadas: debe confirmarse curación en 3 sem. Deben descartarse otras ITS.
	<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 250mg IM DU. Cefixima 400mg DU. (ambas pautas se pueden usar en embarazo).	Espectinomocina 2 g IM DU (se pueden usar en embarazo) Cualquier cefalosporina DU (ninguna ofrece ventajas respecto a ceftriaxona).	Tratamiento a parejas previas: - Si <i>N. gonorrhoeae</i> : 2 sem en caso de sintomáticos y 3 meses en asintomáticos (ambos sexos). - Si <i>C. trachomatis</i> : 6 meses en caso de pacientes asintomáticos y mujeres sintomáticas. Varones sintomáticos 4 sem previas.
	<i>C. trachomatis</i> <i>Ureaplasma</i> <i>Mycoplasma</i>	Azitromicina 1000mg DU. Doxiciclina 100mg c/12h, 7 d. Embarazo: Eritromicina 500mg c/6h, 7 d. Eritromicina 500mg c/12h, 14 d. Amoxicilina 500mg c/8h, 7 d. Aritromicina 1000mg VO DU.	Eritromicina 500mg c/6 h, 7 d. Eritromicina 500mg c/12h, 14 d. Ofloxacino 200mg c/12h, 7 d. Ofloxacino 400mg/24 h, 7 d.	
Lues	<i>T. pallidum</i>	Sífilis temprana (1ria, 2ria y latente temprana) < 1 año desde infección. Penicilina G benzatina 2.4 MU IM DU. Sífilis tardía (latente tardía y 3ria): > 1 año desde infección o incierto. Penicilina G benzatina 2.4 MU i.m. d 1, 8 y 15. Embarazo sífilis temprana: Penicilina G benzatina (Benzilpenicilina)	En alérgicos a penicilina o si rechazan tratamiento IM: Sífilis temprana: 1. Doxiciclina 100mg c/12 ó 200mg c/24h, 14 d. 2. Eritromicina 500mg c/6h, 14d. 3. Azitromicina 2gr DU. Sífilis tardía (algunos expertos recomiendan desensibilización cuando la evidencia de alergia es baja):	Periodo de incubación: 10-90 d (normalmente 14-21) antes de la aparición de la úlcera (chancro). Sífilis secundaria aparece 3-6 sem tras el chancro. Úlceras anogenitales deben considerarse sífilíticas sino se demuestra lo contrario. Descartar siempre otras ETS incluido HIV. Reacción de Jarisch-Herxheimer: Reacción aguda que aparece en las primeras 24 h tras inicio del tratamiento. Cursa con fiebre,

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
		2.400.000 U IM DU. Algunos expertos recomiendan repetir en una sem especialmente si se detecta en 3er T. Embarazo sífilis tardía: igual no embarazadas.	1.Doxiciclina 100mg c/12 ó 200mg c/24 h, 21-28 d. 2.Eritromicina 500mg c/6h, 28d. Embarazo: Eritromicina 500 c/6h, 14 d. Considerar retratamiento con doxiciclina tras el parto. Ceftriaxona 500mg IM, 10 d.	mialgias, cefalea. Más frecuente en sífilis temprana. Puede adelantar el parto pero no es motivo para retrasar el tratamiento. Los pacientes deben ser informados. Normalmente autolimitado y leve.
Herpes simple	VHS1 y VHS 2	Primer episodio: Aciclovir 400mg c/8 h, 5 d. Recurrencias tt episódico: Aciclovir 400mg c/8 h, 3- 5 d. Curso corto: Aciclovir 800mg c/8h, 2 d. Recurrencias TT supresor: Valorar si > 6 episodios año. Duración: 6-12 meses: Aciclovir 400 c/12h. Valaciclovir 500 c/24 h. Valaciclovir 1000g c/24 h (>10 brotes año).	Primer episodio: Aciclovir 200mg 5 veces/día 5d. Valaciclovir 500 mh/12h 5 d. Famciclovir 250 c c/8h, 5 d. Algunos autores proponen aumentar el tratamiento a 7-10 d o hasta que desaparezcan lesiones. Recurrencias tt episódico: Aciclovir 200mg 5 veces/24h 5 d. Valaciclovir 500mg c/12h, 5 d. Famciclovir 125mg c/12h, 5 d. Curso corto: Famciclovir 1000mg c/12h, 1 d. Valaciclovir 500 mg c/12h, 3 d. Recurrencias TT supresor: Aciclovir 200mg c/6 h. Famciclovir 250mg c/12h .	Indicado iniciar tt antiviral VO durante los primeros 5 d desde que aparecen las lesiones. Desaconsejado por vía tópica. El tratamiento supresor reduce la frecuencia de recurrencias en un 70-80% en pacientes con >6 episodios año. La eliminación del virus disminuye con el tiempo. Recomendar baños con agua salina y lidocaína tópica si lesiones son muy dolorosas. Los preservativos son parcialmente eficaces en prevenir transmisión. Recomendar abstinencia sexual cuando hay lesiones y durante pródromos. En mujeres embarazadas existe riesgo de infección neonatal.
Verrugas genitales	VPH 6 y VPH11	(1) Autoaplicados (No establecida seguridad en embarazo de ambos tratamientos) Podofilotoxina al 0,5% solución o crema 0,15%: ciclos 2 aplicaciones día durante 3 d seguido de 4 d sin tratamiento. Repetir el ciclo si es necesario hasta 4 veces. Máximo 4 cm ² de superficie y 0.5 ml/d. 1ª aplicación en consulta. Aplicado por personal sanitario: Crioterapia: repetir aplicación cada 1-2 sem.	Imiquimod crema 5%: 1/24 h al acostarse 3d/ sem máximo 16 sem. Lavar con agua y jabón 6-10 horas después.	(1) La resolución espontánea es posible por lo que una alternativa aceptable en algunos pacientes es retrasar el tratamiento y ver evolución. El objetivo del tratamiento es eliminar las lesiones pero no elimina la infección por HPV. La mayoría responden en 3 meses si el cumplimiento es bueno.
Chancro blando	<i>H. ducreyi</i>	Azitromicina 1000mg DU Ceftriaxona 250mg IM DU	Ciprofloxacino 500mg c/12h 3d. Eritromicina 500mg c/6h 7 d.	Muy raro en nuestro medio, siempre deben descartarse otras causas de úlcera genital.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
		Ciprofloxacino 500mg DU Embarazo: eritromicina o ceftriaxona	Espectinomicina 2000mg IM DU.	No es necesario comprobar curación. Deben tratarse las parejas de los 10 d previos incluso si no existen síntomas.

[Volver al índice](#)

Bibliografía:

- Sex Drugs and HIV Task Group of the Royal College of General Practitioners, British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). Sexually Transmitted Infections in Primary Care. 2006. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. Treatment Guidelines, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).2006;55. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/publications/index.html>.
- British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). National Guideline for the management of Chancroid. 2007. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Frenkl TL, Potts J. Sexually transmitted infections. Urol Clin North Am. 2008 Feb;35(1):33-46.
- British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). National Guideline for the Management of Genital Herpes. 2007. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- British Association for Sexual Health and HIV (BASSH). UK National Guideline on the Management of Nongonococcal Urethritis. 2007 (Updated Dec 2008). [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Kingston M, French P, Goh B, Goold P, Higgins S, Sukthankar A, et al. Syphilis Guidelines Revision Group 2008, Clinical Effectiveness Group. UK National Guidelines on the Management of Syphilis 2008. Int J STD AIDS. 2008 Nov;19(11):729-40. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>
- French P, Gomberg M, Janier M, Schmidt B, van Voorst Vader P, Young H; IUST. IUSTI: 2008 European Guidelines on the Management of Syphilis. Int J STD AIDS. 2009 May;20(5):300-9.
- Clinical Effectiveness Group, British Association of Sexual Health and HIV (BASSH). United Kingdom National Guideline on the Management of Trichomonas vaginalis. 2007. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Biggs WS, Williams RM. Common gynecologic infections. Prim Care. 2009;36(1):33-51.
- Clinical Effectiveness Group, British Association of Sexual Health and HIV (BASSH). United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis. 2007. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Nyirjesy P. Vulvovaginal candidiasis and bacterial vaginosis. Infect Dis Clin North Am. 2008 Dec;22(4):637-52.
- Clinical Effectiveness Group, British Association of Sexual Health and HIV (BASSH). United Kingdom National Guideline on the Management of Anogenital Warts. 2007. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.bashh.org/guidelines>.
- Health Protection Agency (HPA). Management of infection guidance for primary care for consultation & local adaptation. 2010. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/PrimaryCareGuidance/>.

INFECCIONES CUTÁNEAS

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección		Alternativa		Observaciones
Rosácea	<i>D. folliculorum</i> <i>H. pilori</i>	Tópico	Metronidazol tópico 1-0,75% crema, gel o loción 1-2 aplic c/24h, 12 sem. Ac. azelaico 15-20% 2 aplic c/24h, 12 sem.	Tópico	Peroxido de benzoilo gel 5-10%. Clindamicina fosfato 1% loción 1-2 aplic c/24h. Eritromicina 2% 2 aplic c/24h. Ac. retinoico 0,025%.	La acción de metronidazol y ac. azelaico no es inmediata. Ac. retinoico puede provocar eritema y fotosensibilidad. Aplicar ac. retinoico por la noche.
		Sistémico	Doxiciclina 100mg c/12-24h, 2-4 sem, después reducir a la mínima dosis que controle síntomas durante meses. Minociclina 100mg c/24h, misma duración que doxiciclina. Eritromicina 250-500mg c/12h. Azitromicina 500mg c/24h durante 3 días consecutivos semlmente el primer mes, 250mg c/24h tres días consecutivos durante el segundo mes y 500mg c/24h a la sem durante el tercer mes.	Sistémico	Metronidazol 250mg c/12h durante 3 sem y reducir a 250mg c/24h durante cuatro sem más o sustituir por tetraciclinas. Tetraciclina y oxitetraciclina 250-500mg c/24h (2 o más tomas). Isotretinoína 0,5-1mg/kg/d o 10-60 mg/d.	Si se utiliza metronidazol durante más de 3 meses: valorar riesgo de neuropatía periférica. No ingerir alcohol. Isotretinoína: Teratógena , sequedad de piel y mucosas, elevación transaminasas, TG y colesterol.
		Esquemas terapéuticos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ROSACEA PAPULO-PUSTULOSA: <ul style="list-style-type: none"> - Número limitado de pápulas/pústulas: tratamiento tópico. - Lesiones mas extensas: Tratamiento sistémico o combinación oral/tópico: Discontinuar el tratamiento oral una vez que se demuestra una evidente eficacia y seguir con tratamiento tópico de mantenimiento. ▪ ROSACEA SEVERA O PERSISTENTE: Isotretinoína oral. Pauta terapéutica controvertida. (microdosis de 10-20mg c/24h durante 4- 6 meses con disminución progresiva hasta dosis mínima continua individual). ▪ SINTOMAS VASCULARES: Luz pulsada intensa, terapia fotodinámica, day-laser, ND-YAG. ▪ CONTROL DE LA RUBEFACCIÓN: Hipotensores (propanolol, nalodol, clonidina durante un mes. espirolactona). ▪ RINOFIMA: Tratamiento sistémico: Tetraciclinas. Isotretinoína para evitar recidivas (algunos autores la usan durante un plazo de dos meses previo a la cirugía para disminuir el componente sebáceo e inflamatorio). Procedimientos quirúrgicos. Laserterapia. ▪ ROSACEA OCULAR: Tópico o sistémico o ambos. <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento sistémico: Doxiciclina a dosis bajas durante 3-4 meses. Metronidazol. - Tratamiento tópico: Ac. fusídico gel oftálmico1%. Eritromicina al 2-4% (FM). Clindamicina gel al 1 % (FM). Metronidazol (FM). 				
Acné comedoniano	<i>P. acnes</i>	Retinoides tópicos		Ac. Azelaico		Los retinoides mejor en loción o gel. Ir aplicándolos de forma progresiva para minimizar la irritación que provocan. Valorar la eliminación de los comedones por procedimientos

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
				físicos. En la mujer valorar el riesgo durante el embarazo.
Acné leve-moderado comedones y papulo-pústulas		Peroxido benzoilo (PB) Acido azelaico. Retinoides tópicos + antibacterianos tópicos PB 5%-Eritromicina 3% (fórmula magistral) gel c/12h. PB 5%-Clindamicina 1% gel, loción, solución o espuma c/12h.	Retinoides tópicos + antibacterianos tópicos +/- (PB / Ac. azelaico).	Por lo general, el PB al 5 % es suficiente para el control. Concentraciones superiores no han mostrado mayor eficacia. La terapia combinada con PB y tretinoína tópica ha mostrado superioridad a la monoterapia con cada medicamento por separado. Las resistencias a eritromicina y clindamicina son cruzadas. Las mujeres embarazadas no deben ser tratadas con retinoides tópicos.
Acné moderado-intenso		Antibiótico oral+Retinoide tópico +/- PB.	Antibiótico oral + Retinoides tópicos + Antibacterianos tópicos. Alternativa en la mujer: Antiandrogenos orales + Retinoides tópicos +/- antibioticos orales +/-antibacterianos tópicos.	Resistencia de P. Acnes a tratamientos largos: Valorar: No más de 12 sem de tratamiento (si es necesario su uso de nuevo, después de una pausa, reiniciar un nuevo ciclo usando el mismo antibiótico), historia previa de múltiples cursos de antibióticos, convivencia con pacientes con acné tratados con antibióticos, irregularidad en su administración y asociación a tratamiento antibiótico tópico junto con el oral.
Acné severo Acné nodular		Antibiótico oral + Retinoide tópico + PB	Isotretinoína oral Otro antibiótico oral + retinoides topicos +/- (PB / Ac. azelaico). Alternativa en la mujer: antiandrogenos orales + retinoides tópicos +/- antibióticos sistémicos +/-antibacterianos tópicos.	
Acne severo Acne conglobata		Isotretinoína oral	Antibiotico oral a dosis alta + Retinoide tópico + peroxido de benzoilo. Alternativa en la mujer: antiandrogenos a alta dosis + retinoides topicos +/-	

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
			antibacterianos tópicos.	
Acné		<ul style="list-style-type: none"> Retinoides tópicos (aplicar por la noche y lavar por la mañana): Tretinoína 0,025%, 0,1% o 0,05%, 0,4% crema 1aplic c/24h. Isotretinoína 0.05% gel 1aplic c/24h. Adapaleno 1% gel 1aplic c/24h. Tazaroteno al 0,05%, 0,1% gel. Peroxido benzoilo (PB) 2,5%-10 % crema, gel 1aplic c/24h. Efectos secundarios del PB: irritante y decolorante de ropa y cabello. Ac. Azelaico 20% crema o 15% gel 2 aplic c/24h. Antibacterianos tópicos: Clindamicina 1% gel, loción, solución o espuma 1aplic c/12h. Eritromicina entre 1%-4% en solución o gel 1aplic c/12h. Nadifloxacino 1% crema o ungüento 1-2aplic c/24h. Antibióticos orales: Tetraciclina u Oxitetraciclina a dosis de 1g/día. Minociclina y Doxiciclina a dosis de 100-200 mg c/24h y Limeciclina a dosis de 300-600 mg c/24h. Isotretinoína oral: Dosis: 0,5-1 mg/kg/día en dos dosis. Dosis total: 120-150 mg/kg, Cursos terapéuticos: 4-6 meses. Dosis altas iniciales (más de 1 mg/kg/día) en acné en pacientes jóvenes y enfermedades de corta evolución (sexo masculino/acné en tronco). 		
Foliculitis	<i>S. aureus</i> (Menos frecuente: <i>P. aeruginosa</i> , <i>C. albicans</i> , <i>M. furfur</i>)	Ac. Fusídico 2%: 2-3 aplic. c/24, 7 d (Máx 14 d). Mupirocina 2% 3 aplic. c/24h, 4-7 d. (Para <i>P. Aeruginosa</i> : Ac. acético, povidona yodada, crema de gentamicina al 0,1%)	Si gran extensión: Cloxacilina 500mg c/6 h, 7 d. Amoxi-clav 500mg c/8 h, 7-10 d. Alternativa: cefalexina 250-500mg c/6h.	
Forúnculo	<i>S. aureus</i>	(Ac. Fusídico 2% 1 aplic. c/8 h, 7 d; o Mupirocina 2% 1 aplic. c/8 h, 7 d) + Cloxacilina 500mg VO c/6 h, 7-10 d	(Ac. Fusídico 2% 1 aplic. c/8 h, 7 d; o Mupirocina 2% 1 aplic. c/8 h, 7 d) + Clindamicina 300mg/8 h VO.	
Impétigo	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	TÓPICO: Mupirocina 2-3 aplic. c/24h, 10 d. SISTÉMICO (cuando lesiones numerosas o que no responden al tópico): Cloxacilina 250-500 mg c/6h, 7d. Cefalexina 500mg c/6-8h, 7-10 d. Si constancia de <i>S pyogenes</i> : penicilina V 250-500 mg VO c/6h, 5-7 d.	TÓPICO: Ácido fusídico 2-3 aplic. c/24h, 10d. SISTÉMICO: Amoxi-clav 250-500 mg c/6h, 7-10 d. Clindamicina 300mg c/8h, 7-10 d. Azitromicina 500mg c/24h 1 d luego 250mg c/24h, 4 d más.	
Erisipela	Streptococos de los grupos A, B, C y G <i>S. aureus</i>	Penicilina V 500mg c/6h, 7-14 d. Amoxicilina 500mg c/8h, 7-14 d. Sospecha de <i>S. aureus</i> (región facial): Amoxi-clav 500-875mg c/8h, 7-14 d.	Clindamicina 300mg c/8h, 7-14 d. Amoxi-clav 500-875 c/8h, 7-14 d.	
Celulitis	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	Cloxacilina 500mg c/6h, 7-14 d. Cefalexina 500mg c/6-8h, 7-14 d. Si constancia de <i>S pyogenes</i> : penicilina V 250-500 mg VO c/6h, 5-7 d. Si hay afectación sistémica o rápida extensión: tratamiento IV.	Clindamicina 300mg VO c/8h, 7-14 d. Amoxi-clav 500-875mg VO c/8h, 7-14 d. Levofloxacino 500mg VO c/24h, 7-14 d.	
Mordedura humana	<i>Streptococcus spp.</i> <i>Corynebacterium</i> <i>S aureus</i>	Amoxi-clav 500-875mg c/8h, 7-10 d.	Alérgicos a β-lactámicos: Clindamicina + (Ciprofloxacino o cotrimoxazol).	La limpieza, el lavado y el desbridamiento son importantes. Profilaxis dentro de las 12h de la

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
	<i>E. Corrodens</i> Anaerobios			mordedura o tratamiento empírico de la infección establecida. Profilaxis antitetánica.
Mordedura perro	<i>P. multocida</i> , <i>Bacteroides</i> <i>sp</i> , <i>Fusobacterium</i> <i>sp</i> , <i>S aureus</i> , <i>Capnocytophaga</i>	Amoxi-clav 875mg c/12h o Amoxi-clav 500mg c/8 h, 7-10 d.	Clindamicina+ Fluoroquinolona	Sólo el 5 % de las mordeduras de perro se infectan. Considerar tratamiento antirrábico.
Dermatofitosis	<i>Trichophyton</i> <i>Microsporum</i> <i>Epidermophyton</i>	Tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis: TÓPICO: Terbinafina 1% 1-2 aplic. c/24h 7-14 d. SISTEMICO (en infecciones extensas, severas o que no responden al tópico): Terbinafina 250mg c/24h, 2-3 sem. Itraconazol 100- 200mg c/24h, 7-15 d.	TÓPICO: Azoles 15 - 30 d: Clotrimazol 1% 2-3 aplic. c/24h. Miconazol 1% o 2% 1-2 aplic. c/24h. Ketoconazol 2% crema 1aplic. c/24h. SISTEMICO: Fluconazol: 150mg c/sem, 4 sem	Terbinafina: De elección en embarazo. Azoles: Posible interacción con fármacos metabolizados por el citocromo P-450.
		Tinea capitis: Tratamiento tópico no es eficaz; solo coadyuvante. SISTEMICO: Duración según respuesta clínica. Terbinafina: 250mg c/24h, 4 sem. Griseofulvina 12 mg/kg/d, 6-12 sem + champús o lociones con sulfuro de selenio, ketoconazol elimina las esporas, limitando la extensión de la infección a otras personas.	SISTEMICO: Itraconazol 100mg c/24h 6 sem. Fluconazol 50mg c/24h o 150mg c/sem, 2- 4 sem.	
		Tinea unguium: TÓPICO: En infecciones con afectación leve distal o ancianos. Tioconazol 28% 2 aplic c/24h, 6-12 meses Ciclopiroxolamina sol 8% 1 aplic. c/24h, 3-6 meses. SISTEMICO: (si la zona afectada es proximal o hay afectación severa de la matriz ungueal). Terbinafina 250mg c/24h, 6-12 sem.	TÓPICO: Amorolfina 5%. 1-2 aplic. c/sem, 6-12 meses. SISTEMICO: Itraconazol 200 mg c/24h, 3 meses. Itraconazol 200mg c/12h 7d. Repetir a 3 sem.	
Onicomiosis por candida	<i>Candida albicans</i> <i>Candida sp.</i>	TÓPICO (como coadyuvante o si intolerancia oral): Tioconazol 28% 2 aplic. c/24h, 6-12 meses. SISTEMICO: Itraconazol 200mg c/24h, 6-12 sem.	TÓPICO: Ciclopiroxolamina sol 8% 1 aplic c/24h, 3-6 meses. Amorolfina 5%. 1-2 aplic. c/sem, 6-12 meses. Ciclopiroxolamina sol 8% 1 aplic. c/24h, 3-6 meses. SISTEMICO: Ketoconazol 200mg c/24h, 6 -12 sem Fluconazol	

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Candidiasis oral leve o aguda	<i>Candida albicans</i> <i>Candida sp.</i>	TÓPICO: Nistatina o miconazol gel, 10-14 d.	Si rebelde al tratamiento y/o extensa: Fluconazol VO 50-100 mg, 7-14 d	En embarazo, evitar todos los tratamientos orales con antifúngicos
Intertrigo candidiásico	<i>Candida sp.</i>	TÓPICO: Clotrimazol o miconazol crema, 2 sem	Si rebelde al tratamiento y/o extensa: Itraconazol VO 50-100 mg, 7-14 d	
P. Versicolor	<i>Malassezia furfur</i>	TÓPICO: Ketoconazol 2% crema o champú c/24h, 3 d. Fluconazol 2% champú, c/24h, 5 d. SISTÉMICO (si infección extensa o no respuesta): Ketoconazol 200mg c/24h, 10 d. Ketoconazol 400mg DU, repetir a las 2 sem. Fluconazol 300mg c/sem, 2-3 sem. Fluconazol 400mg DU. Itraconazol 200mg c/24h, 7 d. Itraconazol 400mg DU.	TÓPICO: Terbinafina al 1% en solución 2 aplic. c/24h, 7 d SISTÉMICO: Terbinafina.	

Bibliografía:

[Volver al índice](#)

- Camacho EM, Torres V. Rosacea. Aspectos clinicopatológicos y terapéuticos generales. Monogra. Dermatol 2008;21:30-39.
- Van Zuuren EJ, Gupta AK, Gover MD, Graber M, Hollis S. Systematic review of rosacea treatments. J Amer Acad Dermatol 2007;56:107-115.
- Barco D, Alomar A. Rosácea. Actas Dermosifiliogr. 2008;99:244-56
- Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ, et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. J Am Acad Dermatol. 2009 May;60(5 Suppl):S1-50.
- Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). Acné: tratamiento. Bol Ter Andal 2010; 26 (1). [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.easp.es/web/cadime/cadime_documentos.asp
- Osakidetza. Tratamiento del acné y la rosácea. Información Farmacoterapéutica de la Comarca (Infac). 2008;16(2):1-6
- Guilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Sande MA. Guía Sanford. Guía de terapéutica antimicrobiana. 2008
- Mensa J, Gatell JM, García-Sánchez JE, Letang E, López-Suñé E. Guía Terapéutica Antimicrobiana. 2010.
- Aragüés M, González-Arriba A. Infecciones cutáneas primarias por estafilococos y estreptococos. Actas Dermosifiliogr. 2007;98 Supl 1:4-14
- Porras-Luque JI. Antimicrobianos tópicos en Dermatología. Actas Dermosifiliogr. 2007;98 Supl 1:29-39
- Alsina-Gibert M, Fuertes-Vega I. Tratamiento sistémico de las infecciones bacterianas. Actas Dermosifiliogr. 2007;98 Supl 1:40-4
- Salgado Ordoñez F, Arroyo Nieto A, Lozano Serrano AB, Hidalgo Conde A, Verdugo Carballeda J, Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI). Infecciones de piel y partes blandas. Med Clin (Barc).2009;133(14):552–564
- Gutiérrez JI, Sevillano A, Martínez JL, Gutiérrez I. Infecciones cutáneas bacterianas. Boletín de uso racional del medicamento. 2007 (3):1-11). [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.scsalud.es/publicaciones/ver.php?Id=4&W=4&Q=1>

INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Conjuntivitis aguda	Virales: <i>Adenovirus</i> Bacterianas: <i>S. aureus</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Lágrimas artificiales. Si Infección bacteriana: colirio tobramicina, gentamicina 2 got c/4h las primeras 48 h, posteriormente c/6 h, utilizando pomada por la noche del mismo antibiótico, 7 d. Usuarios de lentillas (por posible infección por pseudomona): Ciprofloxacino 1got c/2h las primeras 48 h y posteriormente c/4h, 7 d. No usar lentes de contacto.	Tetraciclinas Polimixina B+neomicina Polimixina B+ trimetoprim 1 got c/6h	La mayoría de las conjuntivitis bacterianas son autolimitadas. Lavados del ojo con suero fisiológico. Medidas higiénicas extremas. No recomendada la utilización de glucocorticoides en AP. Derivar urgentemente al oftalmólogo si: - No mejora en una sem. - Sopecha de infección por <i>Pseudomonas</i> (alto riesgo de ulcera corneal o perforación) - Aparición hiperaguda, de comienzo brusco, secreciones verde amarillentas, y rápida progresión en adulto sexualmente activo, posible infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .
Blefaritis	<i>S. aureus</i> <i>S. epidermidis</i>	Higiene palpebral eliminando las costras 2 veces al día. Si no mejora en 7 d: Eritromicina o bacitracina pomada oftálmica, 1aplic c/8h, 5 d. Recurrencia: Añadir tetraciclina 250 mg VO c/6h o doxiciclina 100 mg c/12h, 15 d.	Pomada oftálmica: Tetraciclinas. Tobramicina. Gentamicina. Ac. Fusídico.	Las lágrimas artificiales son útiles debido a la frecuencia que se asocia este proceso con inestabilidad de la película lagrimal. Cuando se asocia a acné rosácea es muy resistente al tratamiento: casi siempre precisa asociar tetraciclina o doxiciclina.
Orzuelo	<i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i>	Calor seco local 10 minutos, 3-4 veces al día + pomada oftálmica después del calor: • Oxitetraciclina • Clortetraciclina • Oxitetraciclina +Polimixina B+ Hidrocortisona	Si alergia a tetraciclinas: Eritromicina pomada oftálmica.	Suelen resolverse sin tratamiento pero éste acorta la duración.
Dacriocistitis	<i>S. aureus</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> BGN	Cloxacilina 500mg /8h VO, 7 d. Asociar tobramicina oftálmica c/6h.	Amoxi-clav 500mg VO c/8h, 7 d. Clindamicina 300mg VO c/8h, 7 d.	Calor local seco. Remitir urgente al oftalmólogo si absceso o sospecha de celulitis (sobre todo, en niños).

Bibliografía:

[Volver al índice](#)

- Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Diagnosis and Management of Red Eye in Primary Care. *Am Fam Physician*. 2010;81(2):137-144.
- Mueller JB, McStay CM. Ocular infection and inflammation. *Emerg Med Clin North Am*. 2008 Feb;26(1):57-72.
- Jacobs DS. UpToDate. Conjunctivitis. 2009.
- Visscher KL, Hutnik CM, Thomas M. Evidence-based treatment of acute infective conjunctivitis: Breaking the cycle of antibiotic prescribing. *Can Fam Physician*. 2009 Nov;55(11):1071-5.
- Jackson WB. Blepharitis: current strategies for diagnosis and management. *Can J Ophthalmol*. 2008 Apr;43(2):170-9.
- Gervilla Cañoa J, Otaí Barecheb J, Torres Justribó M, Orzuelo. *FMC*. 2007;14(4):207.
- Martín Bun M, Carreño Freire P, Saniger Herrera JM. Conjuntivitis. *FMC*. 2009;16(2):106-10.
- Alió y Sanz JL, Hoz García F. Enfermedades de los párpados. *FMC*. 2002;09: 4-10.

INFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Caries	Flora polimicrobiana	No indicado tratamiento antibiótico.		
Pulpitis Gingivitis Periodontitis	Flora polimicrobiana	No indicado tratamiento antibiótico. Excepciones: – Inmunodepresión o profilaxis. – Gingivitis estreptocócica por <i>S. pyogenes</i> (complicación de una faringoamigdalitis estreptocócica aguda). – Gingivitis ulcerativa necrosante (angina de Vincent): – Periodontitis agresivas, refractarias, de rápida progresión o recurrentes. Amoxi-clav 875mg c/8h, 7-10 d.	Clindamicina 300mg c/8h, 7-10 d. Gingivitis ulcerativa necrosante (angina de Vincent): Metronidazol 500-750mg c/6-12h. Periodontitis: Doxiciclina 100mg c/12h, 7-10 d (a partir de 8 años). Metronidazol 500mg c/8h, 7-10 d.	Medidas generales, clohexidina, enjuagues agua con sal, bicarbonato sódico... Valorar tratamiento antibiótico si avance rápido de la infección, dolor intenso.
Absceso periapical	Flora polimicrobiana	Amoxi-clav 875mg c/8h, 7-10 d.	Clindamicina 300mg c/8h, 7-10 d.	

Bibliografía:

[Volver al índice](#)

- Rodríguez-Alonso E, Rodríguez-Monje MT. Tratamiento antibiótico de la infección odontogénica. Inf Ter Sist Nac Salud 2009; 33:67-79.
- Chow AW. UpToDate. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections. 2009.
- Bascones Martínez A, Aguirre Urizar JM, Bermejo Fenoll A, Blanco Carrión A, Gay-Escoda C, González Moles MA, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Av. Odontoestomatol 2005; 21-6:311-331.
- Matesanz P, Figuero E, Giménez MJ, Aguilar L, Llor C, Prieto J, Bascones A. Del conocimiento de la etiología bacteriana al tratamiento y la prevención de las infecciones más prevalentes en la comunidad: las infecciones odontológicas. Rev Esp Quimioterap. 2005;18(2):136-145.

INFECCIONES GASTROINTESTINALES

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Diarrea no inflamatoria		Tratamiento sintomático: rehidratación Tratamiento antibiótico no indicado.		En la mayoría de las infecciones gastrointestinales no existe justificación para retrasar el comienzo de la alimentación
Diarrea inflamatoria (1)	<i>Salmonella</i> <i>Campylobacter</i> <i>Giardia intestinalis</i> (antigua <i>G. lamblia</i>) En pacientes inmunodeprimidos: <i>Cryptosporidium</i>	Tratamiento sintomático: rehidratación Ciprofloxacino 500mg c/12h, 3-5 d.	Cotrimoxazol 160-800mg c/12h, 5 d. Azitromicina 500mg c/24h, 3-5 d (gestación, niños o resistencia a campylobacter). Rifaximina 400mg c/12h, 3 d.	(1) Fiebre > 38°C y productos patológicos en heces. Recoger coprocultivo
Diarrea viajero	<i>E coli enterotoxigena</i>	Ciprofloxacino 750mg DU. Ciprofloxacino: 500mg c/12h, 3 d. Norfloxacino : 400mg. c/12h, 3 d.	Azitromicina: 1gr DU o 500mg c/24h, 3 d.	El tratamiento precoz reduce la duración de 3-5 d a 1-2 d. Analizar parásitos en heces.
Diarrea asociada al tratamiento con antibióticos	<i>C. difficile</i>	Suprimir el tratamiento antibiótico y: -Metronidazol 250mg c/8h, 10 d. -Vancomicina 125mg c/6h, 10 d.		Confirmar la existencia de la toxina antes de iniciar tratamiento Ab. Heces líquidas tras tratamiento antibiótico (sobre todo clindamicina, ampicilina y cefalosporinas).
Parásitos intestinales	<i>Giardia intestinalis</i> (antigua <i>G.lamblia</i>)	Metronidazol 500mg c/12h, 5-7 d. Metronidazol 250mg c/8h, 5-7 d. Tinidazol 2g DU.	Nitazoxanida 500mg c/12h, 3 d. Paromomicina 500mg c/8h, 7 d. Albendazol 400mg c/24h, 5 d.	
	<i>Cryptosporidium sp.</i>			Generalmente en inmunodeprimidos (aunque pueden afectar a inmunocompetentes, sobre todo niños y en países tropicales). (1) Medicamento extranjero.
	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Albendazol 400mg DU. Mebendazol 100mg c/12h, 3 d. Mebendazol 500mg DU. Pamoato de pirantel 11mg/kg DU (1).		(1) Máx.: 1g/d
	Uncinarias	Pamoato de pirantel 11mg/kg, 3 d (1).		(1) Máx.: 1g/d
	<i>Enterobius</i>	Pamoato de pirantel 11mg/kg DU (1). Albendazol 400mg DU. Mebendazol 100mg DU.		Tratar a toda la familia y Repetir a los 15 días (1) Máx.: 1g/d

Bibliografía:

– DuPont HL. Clinical practice. Bacterial diarrhea. N Engl J Med. 2009;361(16):1560-9.

[Volver al índice](#)

- DuPont HL, Ericsson CD, Farthing MJ, Gorbach S, Pickering LK, Rombo L, Steffen R, Weinke T. Expert review of the evidence base for self-therapy of travelers' diarrhea. J Travel Med. 2009 May-Jun;16(3):161-71.
- Lainez S, Torralba González de Suso M, Martín Echevarría E, Rodríguez Zapata M. Protocolo terapéutico de las gastroenteritis agudas. Medicine 2006; 9(53): 3485-3488.
- Garau X (coord.), Gurguí M, Moreno A, Sitges-Serra A, Blanes M. Peritonitis y otras infecciones intraabdominales. Protocolos clínicos SEIMC. 2000 [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/>.
- Guerrant RL, Van Gilder T, Steiner TS, Thielman NM, Slutsker L, Tauxe RV, et al.; Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the management of infectious diarrhea. Clin Infect Dis. 2001;32(3):331-51.
- Asenjo Mota A, Lledó Navarrob JL, López Serrano P, Barrena Puertas P. Síndrome diarreico en el adulto. Tratamiento de la diarrea. Medicine. 2008;10(4):215-22
- Mensa J, Gatell JM, Martínez JA, et al. Infecciones en Urgencias. Terapéutica antimicrobiana. 7ª Ed. 2009.

QUIMIOPROFILAXIS

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
Fiebre reumática (<i>S. pyogenes</i>)	Profilaxis de recurrencia.	Penicilina G benzatina 1.200.000 UI IM 1dosis c/4 sem. Penicilina V 250mg c/12h. Sulfadiazina 1g c/24h. Eritromicina 250mg c/12h.	Duración tras último episodio: - Con carditis CON daño valvular persistente: 10 años o hasta los 40 años (el mayor). A veces es necesario de por vida. - Con carditis SIN daño valvular persistente: 10 años o hasta los 21 años (el mayor) - Sin carditis: durante 5 años o hasta los 21 años (el mayor)
Endocarditis infecciosa (EI). (<i>S. viridans</i>)	Profilaxis recomendada para procedimientos dentales de riesgo, que implique la manipulación de la región gingival o periapical de los dientes o la perforación de la mucosa oral. Sólo en pacientes con mayor riesgo de EI: 1. Con válvula protésica o material protésico valvular 2. Antecedentes de EI previa 3. Cardiopatía congénita (CC): - CC cianótica, sin cirugía de reparación, o con defectos residuales, cortocircuitos o conductos paliativos - CC con reparación completa con material protésico bien colocado por cirugía o por técnica percutánea, hasta 6 meses tras el procedimiento - cuando un defecto residual persiste en el lugar de implantación de un material protésico o dispositivo por cirugía cardiaca o por técnica percutánea.	Amoxicilina o ampicilina 2g VO o IV. Cefazolina o ceftriaxona 1g IM o IV. Alergia a penicilina o ampicilina: Clindamicina 600mg VO o IV.	DU 30-60 minutos antes del procedimiento. En pacientes que hayan recibido un β -lactámico o macrólido en el último mes, no emplear la misma familia de Ab en la profilaxis (por riesgo de tener Str grupo viridans en la flora orofaríngea, con algún grado de resistencia a estos Ab) En la actualidad no se recomienda profilaxis en procedimientos endoscópicos sin infección activa.
Infección neumocócica (<i>S. pneumoniae</i>)	- Adultos mayores de 60 años - Adultos y niños mayores de 2 años con enfermedad pulmonar, cardiaca, hepática o renal crónica, diabetes, síndrome nefrótico, alcoholismo o inmunodepresión incluyendo la asplenia (anatómica o funcional), el mieloma, el tratamiento inmunodepresor, personas portadoras de implantes cocleares y los trasplantados (vacunar unas 2 sem antes). - Fístula con pérdida de LCR. - Paciente infectado por VIH con CD4>200/ml.	Vacuna con polisacárido capsular de 23 serotipos. DU de 0.5ml SC o IM.	Revacunar a partir de los 5 años de la primera dosis. Puede administrarse simultáneamente con la vacuna antigripal (en lugares diferentes).
Infección tuberculosa (<i>M. tuberculosis</i>)	Quimioprofilaxis primaria (personas no infectadas, Mantoux negativo): Contactos niños y adolescentes y en personas con infección por el VIH e	Quimioprofilaxis primaria: Isoniazida 300 mg/d, 2-3 meses. Después actuar acorde a segundo Mantoux.	Comprobar que el paciente no haya recibido con anterioridad tratamiento o profilaxis correctos para la tuberculosis.

Entidad clínica	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
	<p>inmunodeprimidos. Repetir Mantoux a los 2-3 meses. Si es negativa: retirar profilaxis. Si es positiva: valorar la existencia de enfermedad y si Rx normal, seguir con tratamiento de la infección.</p> <p>Tratamiento de la infección (Mantoux positivo) (1): a) infección reciente (contactos infectados y personas que presentan una conversión del Mantoux); b) infección por el VIH; c) lesiones residuales en la radiografía de tórax y sin tratamiento previo, y d) pacientes infectados que han de iniciar tratamiento con fármacos anti-TNFa o candidatos a trasplante.</p>	<p>Tratamiento de la infección: Isoniazida 300 mg/d, hasta 6 meses en total (2).</p> <p>Alternativas al tratamiento de la infección: Si exposición a cepa resistente a isoniazida o intolerancia a isoniazida, puede emplearse Rifampicina 600mg, 4 meses. Rifampicina + Pirazinamida durante 3 meses (3)(4) dosis diaria Pirazinamida: 25 mg/kg (2000 mg).</p> <p>En pacientes incumplidores (toma supervisada): Isoniazida 15 mg/kg (900 mg) 2 veces por sem.</p>	<p>(1) Descartar enfermedad. En la mujer embarazada es aconsejable retrasar el comienzo hasta después del parto. En contactos íntimos y frecuentes con Mantoux negativo, la prueba debe repetirse a los 2-3 meses estando indicado el tratamiento si hay conversión del Mantoux. (2) Los pacientes con infección por VIH, lesiones radiológicas antiguas, los convertidores, los convivientes y los niños deben recibir profilaxis durante 9-12 meses. (3) En pacientes con SIDA tratados con inhibidores de la proteasa, la rifampicina puede sustituirse por rifabutina 300 mg/d, durante 4 meses (4) Esta pauta, aunque tiene mayor grado de cumplimiento, presenta un índice de reacciones adversas más elevado (hepatotoxicidad)</p>
<p>Infección urinaria recurrente (<i>E. coli</i> y con menor frecuencia, otras enterobacterias)</p>	<p>Mujer sin anomalía urológica demostrable e infección recurrente (3 o más episodios al año).</p>	<p>- Si está relacionada con la actividad sexual: Profilaxis postcoital: Cotrimoxazol (TMP 40mg + SMX 200mg) DU, Ciprofloxacino 125mg DU, Norfloxacino 200mg DU, Nitrofurantoina 50 mg DU.</p> <p>- Si no está relacionado con actividad sexual o actividad sexual intensa: Administración diaria nocturna durante 6-12 meses de: Cotrimoxazol (TMP 40mg + SMX 200mg), Ciprofloxacino 125mg, Norfloxacino 200mg, Nitrofurantoina 50 mg. Otra opción: fosfomicina trometamol 3g cada 10 d.</p>	<p>Elegir el antibiótico de acuerdo con la sensibilidad del germen aislado en el último episodio. Si el número de recidivas es inferior a 3 al año, otra posibilidad, es el autotratamiento con una de las pautas recomendadas (ver ITU).</p> <p>Aunque el extracto/cápsulas de arándanos han mostrado alguna eficacia, la disparidad de los diseños de los estudios y la falta de consenso en cuanto a la dosis y formulación del preparado, no permiten recomendarlo como única profilaxis. En mujeres postmenopáusicas sin patología urológica de base, una alternativa puede ser la aplicación de cremas vaginales de estrógenos 1aplic. c/24h (por la noche). La administración vaginal de</p>

Entidad clínica	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
			lactobacillus ha mostrado resultados variables que no permiten recomendarlos hasta tener más estudios y preparados adecuados.
Meningitis meningocócica (N. meningitidis) (7)	Contacto íntimo con un caso de infección meningocócica, en la familia, guardería o compañeros de habitación, en los 7-10 d anteriores al diagnóstico de la enfermedad. Se excluye los contactos transitorios, no íntimos (no expuestos a secreciones orales), como el acto médico, salvo que se haya participado en maniobras de reanimación (boca-boca) o practicado intubación endotraqueal o aspiración de secreciones de las vías respiratorias. En contactos escolares: sólo a los compañeros más cercanos del caso índice. Si en la misma clase se producen 2 casos, la quimioprofilaxis debe prescribirse a toda la clase y el profesorado. La aparición de 3 o más casos en 2 o más aulas justifica la administración de quimioprofilaxis a toda la escuela.	Rifampicina: 600mg c/12h, 2 d. Ciprofloxacino 500mg DU. En embarazadas o falta de cumplimiento: Ceftriaxona IM 250mg DU. El caso índice: Tras tto de infección aguda debe recibir una pauta de profilaxis para erradicar el estado de portador excepto si se trató con ceftriaxona (que se considera erradicado).	La recomendación de quimioprofilaxis a los contactos estrechos de un caso de enfermedad meningocócica debería realizarse tan pronto como fuera posible, idealmente en las primeras 24h después del diagnóstico. Administrada después de 14 d del inicio de síntomas su valor es prácticamente nulo o muy limitado.
Meningitis por <i>H. Influenzae tipo B</i>	Todos los convivientes en domicilio del enfermo siempre que residan niños menores de 5 años. Contactos habituales del enfermo con edad menor de 5 años.	Rifampicina 600mg c/24h, 4 d. Alternativa: Ceftriaxona 250mg IM DU.	Iniciar o completar vacunación en < 5 años.
Enfermedades en viajes internacionales	Consultar en Sanidad Exterior: Tlf: 912 729 435 / 68		

Bibliografía:

[Volver al índice](#)

- Micromedex® 1.0 Healthcare series. Thomson Reuters. Última modificación 20 abril 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.thomsonhc.com/hcs/librarian/ND_T/HCS/ND_PR/Main/CS/1C283B/DUPLICATIONSHIELDSYNC/4FEF64/ND_PG/PRIH/ND_B/HCS/SBK/2/ND_P/Main/PF>ActionId/hcs.common.RetrieveDocumentCommon/DocId/9381/ContentSetId/50/SearchTerm/rheumatic%20fever%20/SearchOption/BeginWith.
- Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, Gewitz M, Rowley AH, Shulman ST, Taubert KA. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation*. 2009 Mar 24;119(11):1541-51.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Endocarditis Infecciosa, en colaboración con la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) y la International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Guía de práctica clínica para prevención, diagnóstico y tratamiento de la endocarditis infecciosa. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(12):1465.e1-.e54.
- UpToDate 17.3. Antimicrobial prophylaxis for bacterial endocarditis. Última modificación 24 septiembre 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=endocard/7638&selectedTitle=1%7E70&source=search_result.
- Mensa J; Gatell, JM y Jiménez, MT. Guía de terapéutica antimicrobiana. Editorial Masson. Barcelona, 2009.
- Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol* 2002;38(9):441-51.

- UpToDate 17.3. Treatment and prevention of meningococcal infection. Última modificación 30 septiembre 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=cns_infe/10329&selectedTitle=1%7E150&source=search_result#.
- Baquero-Artigao F, Vecino López R, del Castillo Martín F. Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Meningitis bacteriana. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Infectología Pediátrica. 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6.pdf>.
- UpToDate 17.3. Prevention of Haemophilus influenzae infection. Última modificación 30 septiembre 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=pedi_id/28804&selectedTitle=1%7E150&source=search_result#.
- González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(5):297.e1–297.e20.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Guía de prescripción terapéutica. Última actualización 18 junio 2008. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Home.php>.
- Pigrau-Serrallach C. Infecciones urinarias recurrentes. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23 Suppl 4:28-39.
- Grabe M, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Çek M, Lobel B, et al. Guidelines on urological infections. European Association of Urology. 2009. [en línea] [Consultado en agosto 2010] Disponible en: http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Urological_Infections.pdf.

Recomendaciones de uso de antimicrobianos

Infecciones en pacientes pediátricos

- [Infecciones ORL y tracto respiratorio](#)
- [Infecciones oftalmológicas y de la cavidad oral](#)
- [Infecciones del tracto urinario](#)
- [Quimioprofilaxis](#)
- [Infecciones cutáneas](#)
- [Gastroenteritis / Parasitosis intestinales](#)
- [Enfermedades tropicales/importadas: malaria](#)

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Infecciones ORL y tracto respiratorio

Entidad clínica
<u>Otitis externa</u>
<u>Otitis media aguda (OMA)</u>
<u>OMA recurrente</u>
<u>Otitis media serosa</u>
<u>Rinosinusitis aguda</u>
<u>Faringoamigdalitis</u>
<u>Laringitis</u>
<u>Abceso periamigdalino retrofaringeo o parafaringeo</u>
<u>Epiglotitis</u>
<u>Adenitis cervical</u>
<u>Mastoiditis aguda</u>
<u>Bronquitis</u>
<u>Bronquiolitis</u>
<u>Neumonía adquirida en la comunidad</u>
<u>S. pertusoide</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Infecciones oftalmológicas y de la cavidad oral

Entidad clínica
<u>Conjuntivitis</u>
<u>Infección bucodental</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Infecciones del tracto urinario

Entidad clínica
ITU
Bacteriuria asintomatica
Epididimitis
Vulvovaginitis prepuberal

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Quimioprofilaxis

Microorganismo
<u>H. Influenzae tipo B</u>
<u>Infección del tracto urinario</u>
<u>S. viridans</u>
<u>S. pneumoniae</u>
<u>M. tuberculosis</u>
<u>B. pertusis</u>
<u>N. Meningitis</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Infecciones cutáneas

Entidad clínica
<u>Foliculitis / Forúnculo</u>
<u>Celulitis</u>
<u>Celulitis periorbitaria</u>
<u>Celulitis perianal</u>
<u>Erisipela</u>
<u>Impétigo contagioso (no ampolloso)</u>
<u>Impétigo ampolloso</u>
<u>Mordedura humana</u>
<u>Mordedura animal</u>
<u>Dermatofitosis</u>
<u>Onicomycosis por candida</u>
<u>Candidiasis oral leve o aguda</u>
<u>Intertrigo candidiásico</u>
<u>P. Versicolor</u>
<u>Pediculosis</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Gastroenteritis / Parasitosis intestinales

Entidad clínica
<u>GEA</u>
<u>S. sobre desarrollo bacteriano</u>
<u>Gusanos/ Helmintos planos</u>
<u>Gusanos/ Helmintos redondos</u>
<u>Protozoos intestinales</u>

Recomendaciones de uso de antimicrobianos. Infecciones en **pacientes pediátricos**

Enfermedades tropicales/importadas: malaria

Entidad clínica
<u>Malaria no complicada</u>
<u>Malaria complicada</u>

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Otitis externa	<i>Pseudomona sp.</i> <i>S. aureus</i>	Gotas óticas: Polimixina B + Neomicina+ corticoide 3-4gotas /8h. Si perforación timpánica o DTT: Ciprofloxacino tópico: 4-6 gotas, 3 veces/d (monodosis: 1 envase/12 h) 5-7 d.	Si extensión periauricular o factores de riesgo de afectación sistémica: Amoxi-clav 8/1: 80-90 mg/kg/d, c/8 h. (máx. 3 g/d).	Analgésicos y antiinflamatorios. Limpieza suave del C.A.E. Para prevenir recurrencias: Secado y Ac. acético 2 % o Ac. Bórico a saturación en alcohol 70° después del baño
Otitis media aguda (OMA)	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>S. aureus</i> Streptococos gr. A	Edad < 1 mes: Ingresar. Edad 1-24 meses (1): Amoxicilina: 80-90 mg/kg/d c/8 h, 7-10d (máx. 4 g/d). Edad >24meses: Observación durante 48h en tratamiento con AINE. Sólo iniciar antibiótico cuando enfermedad grave y/o factores de riesgo (2,3): Amoxicilina: 80-90 mg/kg/d c/8h, 7-10d. Si > 5 años, rápida mejoría y sin antecedentes de OMA: Duración: 5d.	(1) Si < 6 meses e incompletamente vacunados: Amoxi-clav 8/1: 80-90 mg/kg/d, c/8 h. (máx. 3 g/d). Amoxi-clav 8/1: 80-90 mg/kg/d c/8h (máx. 3g/d). Ceftriaxona: 50 mg/kg/d, IM una dosis diaria 3 d (máx. 4g/d). Si alergia a penicilinas: – Tipo I: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1 ^{er} d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7-10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. – No tipo I: Cefuroxima-axetil: 30 mg/kg/d, c/12h, 7-10 d.	Resolución espontánea esperada de OMA sin tratamiento antibiótico: • 90% <i>M. catarrhalis</i> • 50% <i>H. influenzae</i> • 10% <i>S. pneumoniae</i> . (2) Enfermedad grave: Fiebre > 39°C + otalgia moderada-severa. (3) Factores de riesgo de neumococo R: – < 24 meses. – Asistencia a guardería. – Antecedentes de OMA recurrente, persistente, O.M. serosa, o en tratamiento con profilaxis nocturna. – Alteraciones inmunológicas, déficit de Ig. A. – Gravedad del cuadro clínico. <i>S. pneumoniae</i> resistente a penicilina es también resistente a cefalosporinas de 1ª, 2ª y 3ª generación.
OMA recurrente	Igual que OMA	Igual que OMA	Igual que OMA	
Otitis media serosa		No está indicado tratamiento antibiótico. Seleccionar casos si hay infección bacteriana asociada de vías altas u OMA.		- Después del tratamiento de una OMA.: 50% presentan derrame a las 4 sem. 10% persisten derrame a las 12 sem. - Derivar a O.R.L. si persiste más de 3 meses y/o hipoacusia, o alt desarrollo de lenguaje. - La adenoidectomía en < 2 años., debe siempre sustentarse en una situación clínica que la haga muy necesaria

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Rinosinusitis aguda	Igual que en OMA	Igual que OMA. Duración tto: 10-14d (hasta 7 después de la mejoría).		
Faringoamigdalitis	Virus Estreptococo gr. A, C, G.	Edad < 3 años o sospecha etiología viral: No indicado tratamiento antibiótico. Edad > 3años: Penicilina V: ▪ <25 Kg: 250 mg c/12h, 10 d. ▪ >25 Kg: 500 mg c/12h, 10 d. Si intolerancia digestiva o problemas de cumplimentación: Penicilina Benzatina IM 25.000 U/kg (máx. 1.200.000) o si <25 kg: 600.000 U, >25 kg: 1.200.000 U.	Amoxicilina: 50 mg/kg/d c/8-12h, 10 d. Si alergia a penicilinas: – Tipo I: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1 ^{er} d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7-10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. Clindamicina: 15-25 mg/kg/d c/8h, 10 d. – No tipo I: Cefuroxima-axetil: 30 mg/kg/d, c/12h, 7-10 d.	Todas las cepas de <i>S. pyogenes</i> son sensibles a penicilina. En el Área 9, el 10% de <i>S. pyogenes</i> son resistentes a eritromicina. En alérgicos a penicilina recoger cultivo previo al inicio del tratamiento.
	Portador asintomático	No indicado tratamiento antibiótico. <u>Tratar sólo si:</u> Hª familiar de fiebre reumática, brote de fiebre reumática, brote de faringoamigdalitis en una comunidad cerrada, transmisión familiar repetida, múltiples episodios confirmados por cultivo (>3/año).	- Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 10 d. - Clindamicina: 15-25 mg/kg/d c/8h 10 d. - Penicilina V: 40mg/kg/d 10d + Rifampicina 10 mg/kg c/12h (máx. 300mg) 4 d.	
Laringitis	Virus parainfluenza tipo 1, 2, 3 y 4 Virus influenza A y B, adenovirus VRS Rinovirus <i>Coxsackie</i> , <i>M. pneumoniae</i>	No indicado tratamiento antibiótico.		
Abceso periamigdalino retrofaringeo o parafaringeo	Estreptococo gr. A, C, G	Derivación hospitalaria para ingreso. Amoxi-clav 4/1:100 mg/kg/d c/6-8h IV + drenaje quirúrgico.		Todas las cepas de <i>S. Pyogenes</i> son sensibles a penicilina.
Epiglotitis	<i>H. influenzae</i>	Emergencia que precisa ingreso		Entidad muy infrecuente.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
		Intubación + Oxígeno + Cefotaxima: 200 mg/kg/d c/8h.		Sospechar en menores de 5 años, no vacunados. Profilaxis en contactos.
Adenitis cervical	Estreptococo gr. A, C, G. <i>S. aureus</i> Anaerobios	Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 10 d (máx 3 g/d).	Si alergia a penicilinas: – Tipo I: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1 ^{er} d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7-10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. – No tipo I: Cefuroxima-axetil: 30 mg/kg/d, c/12h, 7-10 d.	
Mastoiditis aguda	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>S. aureus</i> Estreptococos gr. A	Ingresar + : - Amoxi-clav 8/1: 100 mg/k/d IV c/6 h. - Cefotaxima 200 mg/kg/d IV c/8 h. (máx 12 g/d).		Valorar drenaje según evolución.
Bronquitis	Virus respiratorios Virus del sarampión <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>B. pertusis</i> <i>M. tuberculosis</i>	En general, no indicado tratamiento antibiótico (1).		(1) Excepciones: Si sospecha de sobreinfección bacteriana, neumopatía grave de base, febriles y prolongadas: Amoxi-clav 8/1: 80-90 mg/Kg/d Si participación de <i>Bordetella</i> , <i>Mycoplasma</i> o <i>Chlamydia</i> : Macrólido.
Bronquiolitis	VRS <i>Virus parainfluenza.</i> <i>Bocavirus</i> <i>Metapneumovirus.</i> Virus de gripe A y B	No indicado tratamiento antibiótico.		
Neumonía adquirida en la comunidad	- Bacterianas: 51% - Virus: 14-35% - Mixtas 8-40% - Patógeno no conocido: 20-60% <i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>C. pneumoniae</i> VRS <i>Rhinovirus</i> <i>Parainfluenzae</i> 1, 2, 3	(1) (2) Edad < 3 meses y cualquier edad con criterios de ingreso: Ampicilina IV 200 mg/kg/d, 10 d. Edad de 3 meses a 5 años y cualquier edad con sospecha de neumococo: Amoxicilina: 80-90 mg/kg/d c/8 h, 10 d (máx 3 g/d). Edad < 5 años con vacunación Hib incompleta, considerar:	Si alergia a penicilinas: – Tipo I: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1 ^{er} d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7-10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. – No tipo I: Cefuroxima-axetil: 30 mg/kg/d, c/12h, 7-10 d.	(1) Tratamiento inicial empírico basado en la edad, clínica y radiología. No indicado tratamiento antibiótico si clara sospecha de etiología vírica y clínica con afectación leve. (2) Los reactantes de fase aguda no deben ser realizados de rutina porque no distinguen entre infección vírica y bacteriana. Criterios de ingreso: - < 3-6 meses. - Signos evidentes de gravedad (deshidratación, inestabilidad hemodinámica, sepsis, convulsiones) - Complicaciones pulmonares (derrame pleural,

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
	<i>Adenovirus Influenzae</i> A, B	Amoxi-clav 8/1: 80-90 mg/kg/d c/8 h, 10 d. Edad > 5 años o cualquier edad con sospecha de germen atípico: Azitromicina: 10 mg/Kg/d 1 ^{er} d + 5 mg/Kg/d 4 d más (máx. 500 mg/d). Claritromicina 15 mg/kg/d c/12h, 10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6-8h, 10 d.		absceso pulmonar, pnoneumotorax) o sospecha de germen no habitual. - Trabajo respiratorio, sat <92%, FR > 50-70 según edad. - Enfermedades subyacentes (inmunodeficiencia, malnutrición, FQP, cardiopatías) - Intolerancia oral. - Ambiente familiar incapaz de supervisión. - Fracaso terapéutico.
S. pertusoide	<i>B. pertussis</i> <i>B. bronchiseptica</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>C. trachomatis</i> <i>M. pneumoniae</i>	Eritromicina 40-50 mg/kg/d (máx. 2 g/d) c/6-8h, 14 d Azitromicina 10 mg/kg/d 1 ^{er} d + 5 mg/kg/d 4 d más (máx. 500 mg/d). Claritromicina 15 mg/kg/d c/12h, 7 d (máx. 1 g/d).		En tosferina: Edad <6 sem evitar eritromicina por riesgo de estenosis hipertrófica de píloro. Profilaxis 10 d a contactos domiciliarios e íntimos, independientemente de estado vacunal + Vacunación: • Edad <7 años: Completar vacunación con DTPa • Edad >7 años: dTpa
	Adenovirus Virus influenza VRS	No iniciar antibióticos.		

Bibliografía:

[Volver al índice](#)

- Dohar JE. Evolution of management approaches for otitis externa. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22: 299-308.
- Del Castillo F, Delgado Rubio A, Rodrigo G de Liria C, Cervera J, Villafruela MA, Picazo JJ. Consenso Nacional sobre otitis media aguda. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:603-10.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline: Diagnosis and Treatment of Otitis Media in Children. Ninth Edition. January 2008. [en línea] [consultado el 8/01/2010]. Disponible en: <http://www.icsi.org/>.
- Acute Bacterial Sinusitis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based care guideline for medical management of Acute Bacterial Sinusitis in children 1 through 17 years of age, Guideline 16, pages 1-17, July 7, 2006. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/sinus.htm>.
- Fernández-Cuesta Valcarce MA. Faringitis aguda (v.2/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 20/11/2007; consultado el 8/01/2010]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Larrú Martínez B. Mastoiditis (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 15/04/2008; consultado el 15/01/10]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Hernández Merino A, Guerra García F. Neumonía (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápido para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 11/09/2008; consultado el 7/01/2010]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- British Thoracic Society of Standards of Care Committee. BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Childhood. *Thorax*. 2002;57:i1-i24. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://thorax.bmj.com/content/supplemental>.

- McIntosh K. Community-acquired pneumonia in children. N Engl J Med. 2002;346:429-37.
- Kaditis A, Wald E. Viral croup: current diagnosis and treatment. Pediatr Infect Dis J. 1998;17:827-834.
- Grupo de Trabajo de Vías Respiratorias. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Protocolos del GVR. [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm.
- Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Protocolos de Infectología. 2009. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>.
- Cecilia Calvo Pita et al. Servicio de Salud de las Islas Baleares. Guía Farmacoterapéutica Interniveles de las Islas Baleares (GFIB). Tratamiento antibiótico de las infecciones por patógenos respiratorios en el paciente pediátrico. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/GFIB/pediatria.htm>.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Conjuntivitis	Edad <4 sem: <i>N. gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia spp.</i> <i>Herpesvirus spp.</i>	Si se confirman estos patógenos, ingreso y tratamiento sistémico. Si se descartan, igual que en > 4 sem.		Edad <4 sem: recoger frotis. Estudio microbiológico, también de garganta , hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda
	Edad >4 sem: <i>Adenovirus</i> <i>Herpes simple</i> <i>Staphilococcus spp</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>Moraxella spp</i> <i>N. gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia spp.</i>	Lavados con suero fisiológico. Pomada de eritromicina, clortetraciclina Colirio de tobramicina, gentamicina, polimixina B+ Neomicina. Pauta: c/ 6 horas y tras mejorar c/12h, 5-7 d.		
Infección bucodental	Estreptococo gr. A, C, G. Anaerobios	Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-10 d. (máx 3 g/d).	Si alergia a penicilinas: – Tipo I: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1 ^{er} d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7-10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6- 8h, 7-10 d. Clindamicina: 15-25 mg/kg/d c/8h, 10 d – No tipo I: Cefuroxima-axetil: 30 mg/kg/d, c/12h, 7-10 d.	

Bibliografía:

- Criado Vega EA, Fuente Blanco L, Ruiz Martínez P. Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado) (v.3/2009). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 14/12/2009; consultado el 15/01/2010]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Escribano Ceruelo E, Peña Chamorro P, Sanz Santaefemia FJ. Infección bucodental (v.1/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 28/05/2008; consultado el 15/01/2010]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
ITU	<i>E. Coli</i> (80%) <i>Proteus</i> <i>Klebsiella sp</i> <i>Adenovirus</i> (cistitis hemorrágica)	<p>Edad <1mes: Ingreso con estudio y tratamiento completo de sepsis.</p> <p>Edad 1-3 meses y BEG: Gentamicina 5mg/kg/d IV hasta permanecer 24 h afebril. Después completar con tratamiento VO.</p> <p>Edad >3 meses: Tratamiento VO empírico: – Si ITU febril: Cefixima: 8 mg/kg/d c/24h (1^{er} d 16 mg/kg/d c/12h), 7-14 d (máx 400 mg/d).</p> <p>– Si ITU afebril y/o s. miccional: Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 7 d.</p> <p>• Si edad >5-7 años: duración 5-7 d.</p>	<p>ITU febril:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-14 d. - Cefuroxima: 30-40 mg/kg/d c/12 h, 7-14 d. - Ceftriaxona: 50-75 mg/kg/d IM 1-2 d y después continuar con tratamiento oral. <p>ITU afebril y/o s. miccional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazol: 6-8 mg/kg/d. - Niñas >6 años: Fosfomicina 100 mg/kg/d c/8h, 7 d. - Niñas mayores de 12 años: Fosfomicina trometamol 2-3 g dosis única (máx. 3g/d). 	<p>No iniciar tratamiento empírico sin antes haber recogido una muestra (deseable 2) para cultivo mediante técnica adecuada (en no continentes PSP o sondaje).</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14% <i>E Coli</i> resistentes a Amoxi-clav. - 27% <i>E Coli</i> resistentes a cotrimoxazol. <p>Criterios de ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad < 3 meses - Afectación del estado general. - Intolerancia oral. - Antecedentes de inmunodeficiencia, uropatía o nefropatía grave (RVU alto grado o alt FR) - Ausencia de garantía en el cumplimiento del tratamiento o seguimiento . <p>Otras medidas: Hidratación adecuada y analgésicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No es necesario cultivo intra-tratamiento si germen sensible y buena respuesta clínica. - Realizar urocultivo de control post-tratamiento.
Bacteriuria asintomática		No está indicado tratamiento antibiótico.		No realizar urocultivos periódicos.
Epididimitis	<i>E. Coli.</i> <i>S. aureus</i> <i>V parotiditis,</i> En adolescentes con actividad sexual: <i>C. trachomatis,</i> <i>N. Gonorrhoeae</i>	Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8 h, 7-10 d.	Cotrimoxazol 6-8 mg/kg/d c/12h, 7 d. Cefixima 8 mg/kg/d c/24h, 7 d.	AINE. Frío local. Reposo. Si existen síntomas miccionales o sedimento patológico recoger urocultivo. En adolescentes con actividad sexual: Tratamiento como gonorrea y chlamydia en el adulto.
Vulvovaginitis prepuberal	70% inespecíficas <i>Coliformes fecales</i> <i>S. pyogenes</i> <i>Candidas</i> <i>Oxiuros</i>	Tratamiento tópico con antisépticos. Tratamiento etiológico según cultivo.		Medidas higiénicas. Si sospecha oxiuros: Recoger test de Graham. Descartar diabetes mellitus si rebelde a tratamiento.

Bibliografía:

- Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Protocolos de Infectología. 2009. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>.
- Hernández Merino A, Avilla Hernández JM. Infección del tracto urinario (ITU) (v.1.2/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 20/08/2007; consultado el 15/01/2010]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Ochoa Sangrador C, Málaga Guerrero S, Panel de Expertos y Grupo Investigador de la Conferencia de Consenso. Recomendaciones de la Conferencia de Consenso "Manejo diagnóstico y terapéutico de las infecciones del tracto urinario en la infancia. An Pediatr (Barc). 2007;67(5):517-25.
- Shaikh N, Hoberman A. Management, imaging, and prognosis of urinary tract infections in children. UpToDate. [actualizado en enero de 2009; consultado el 18/01/2010]. Disponible en www.uptodate.com.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. NICE clinical guideline 54. Urinary tract infection in children diagnosis, treatment and long-term management. 2007. [en línea] [consultado en enero 2010]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG54NICEguideline.pdf>.
- Villares Alonso R, Jiménez Jiménez JI. Orquiepididimitis aguda (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 05/09/2008; consultado el 5/01/10]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.

Microorganismo	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
<i>H. Influenzae</i> <i>tipo B</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contactos domésticos no vacunados - Otros contactos que hayan pasado 4 o más horas al día, al menos 5 días de los 7 previos a la hospitalización, y que estén en contacto con niños < de 4 años no vacunados o incompletamente o en contacto con niños inmunodeprimidos independiente de su estado de vacunación. - Guarderías y escuelas infantiles cuando se producen 2 o más casos en un plazo de 60 días. 	<p>En menores de 2 años, si no ha sido tratado con cefotaxima o ceftriaxona.</p> <p>Rifampicina 10 mg/kg/d. Dosis única diaria, 4 d.</p> <p>Edad > 1 mes: Rifampicina 20 mg/kg/ d (max. 600 mg/d) Dosis única diaria, 4 d.</p>	<p>Iniciar o completar vacunación en < 5 años.</p>
Infección del tracto urinario	<ul style="list-style-type: none"> - Hidronefrosis prenatal grado III-IV (pelvis renal > 15mm) hasta completar estudio postnatal. - Si reflujo vesicoureteral: IV y V al menos 1 año. - Tras ITU: Si ECO anormal hasta realizar CUMS. - En ITU recurrente (2 o más en 6 meses) valorar individualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - (1) Durante 3 d, realizando la CUMS el 2º d. <p>Dosis única diaria nocturna Edad < 6 sem :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trimetropin: 2 mg/kg/d. - Amoxi-clav 4/1: 10-15mg/kg/d. - Amoxicilina 15 mg/kg/d. <p>Edad > 6 sem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotrimoxazol: 2 mg/kg/d. - Trimetropin: 2 mg/kg/d. - Nitrofurantoina: 1-2 mg/kg/d. 	<p>(1) No indicada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflujo vesicoureteral I-III ni en niños con cicatrices renales en ausencia de reflujo. - Tras 1º episodio de ITU por E. Coli con ECO normal. - Vejiga neurógena - Bacteriuria asintomática. <p>Medidas generales: Higiene perineal correcta.</p> <p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estreñimiento/disfunción vesical - Fimosis/adherencias prepuciales - Vulvovaginitis
<i>S. viridans</i>	<p>Profilaxis de endocarditis. Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portador de prótesis valvulares cardiacas. • Antecedentes personales de endocarditis infecciosa. • Cardiopatías congénitas (CC): <ul style="list-style-type: none"> - CC cianótica no reparada, incluidos los portadores de cortocircuitos o derivaciones paliativos. - CC reparada en la que persisten defectos residuales a nivel del parche o dispositivo protésico. - CC completamente reparada con material protésico o dispositivo colocado mediante cirugía o catéter, durante los 6 meses siguientes a intervención. • Receptor de transplante cardiaco que ha 	<p>Dosis única 30-60 minutos antes de intervención:</p> <p>Amoxicilina: 50 mg/kg (máx. 2g).</p> <p>Alérgicos a penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cefalexina 50 mg/kg (máx. 2g). - Clindamicina: 20 mg/kg (máx. 600mg). - Azitromicina 15 mg/kg. Claritromicina 15 mg/kg (máx. 500mg). 	<p>Es fundamental mantener una buena higiene oral y erradicar enfermedad dental y periodontal.</p> <p><u>No indicación de profilaxis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - El resto de CC. - Tras cirugía de CIA, CIV y Ductus mas allá de los 6 meses (sin shunt residual) - Enf. valvular cardiaca (Insuficiencia o estenosis, aorta bicúspide) - Prolapso de mitral con o sin regurgitación. - Enfermedad previa de Kawasaki. - Fiebre reumática. - Marcapasos y desfibriladores. - Stents coronarios. <p>(1) No precisan profilaxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inyecciones anestésicas a través de tejidos no

Microorganismo	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
	<p>desarrollado una valvulopatía.</p> <p><u>En intervenciones dentales</u> (1): Todo procedimiento dental que pueda producir sangrado.</p>		<p>infectados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La práctica de radiografías dentales. - La colocación de aparatos ortodóncicos o protésicos extraíbles, el ajuste de aparatos ortodóncicos, la colocación de brackets. - La extracción de dientes deciduales. - Las hemorragias por traumatismos en los labios o en la mucosa oral. - Tatuajes o piercing.
<p><i>S. pneumoniae</i></p>	<p>Asplenia funcional o anatómica. Anemia de células falciforme.</p>	<p>TT° de forma continuada hasta los 10 años de edad:</p> <p>Edad < 5 años: Penicilina V 125 mg/12 h. Edad > 5 años: Penicilina V 250 mg/12 h.</p>	<p>Indicaciones de vacunación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna conjugada (dosis según edad). • Vacuna polisacáridos 23 serotipos (si > 2 años): <ul style="list-style-type: none"> - Si < 10 años cada 3 años. - Si > 10 años cada 5 años. <p>Vacunación VNP23v en mayores de 2 años: <i>Grupos de riesgo de sufrir infección grave por S. pneumoniae (eficacia demostrada):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad pulmonar crónica (fibrosis quística, enfisema, etc.), no está indicada en el asma - Enfermedad cardiovascular o hepática crónica - Diabetes mellitus - Drepanocitosis - Asplenia anatómica o funcional - Fístula de LCR - Portadores de implantes cocleares <p><i>También estaría indicada, aunque su respuesta inmunogénica sería inferior:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico - Infección por VIH asintomática o sintomática - Inmunodeficiencias primarias y secundarias - Déficit de complemento - Empleo prolongado de corticoides - Leucosis y tumores sólidos - Transplantados de médula ósea y de órganos. <p><i>Valoración individualizada (estudios no realizados):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encefalopatías - Enfermedades neuromusculares - Conectivopatías

Microorganismo	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
<i>M. tuberculosis</i>	<p>- <u>Quimioprofilaxis 1ª (post-exposición):</u></p> <p>Contactos domiciliarios de sospecha o caso de TBC y < 16 años: Si Mantoux (-) → Tratamiento 8-10 sem y repetir Mantoux. Si es negativo suspender profilaxis. Si es + realizar Rx torax si es normal: completar 6-9 meses de profilaxis con isoniazida.</p> <p>- <u>Quimioprofilaxis 2ª (infección latente):</u></p> <p>Lactantes, niños, adolescentes <16 años con Mantoux (+), clínica (-) y Rx torax: normal. H.I.V. Inmunodeprimidos. Convertidores recientes, una vez descartada la enfermedad.</p>	<p>1. Elección: Isoniazida (H): 5-10 mg/kg/d (máx 300 mg), durante 9 meses.</p> <p>2. Pauta diaria: H 5-10 mg/kg/d, 6 meses</p> <p>3. Pauta intermitente: H 15 mg/kg/d, 3 d/sem, 6-9 meses.</p> <p>4. Intolerancia H: (hepatotoxicidad, rash, artralgias) o resistencia a H: Rifampicina 10 mg/kg/d, 6 meses.</p> <p>5. Marginación, seguimiento difícil: Isoniazida y Rifampicina 3 meses.</p> <p>En inmunodeprimidos: duración 12 meses en cualquier pauta.</p>	<p>Se considera MANTOUX (+):</p> <ul style="list-style-type: none"> • >5 mm: <ul style="list-style-type: none"> - Niños contacto íntimo con caso índice o sospecha de TBC. - Niños sospechosos de tuberculosis clínica o Rx. - VIH o Inmunodeprimidos. - Conversión reciente de Mantoux. • >10mm: <ul style="list-style-type: none"> - Cualquier otro caso (incluido inmigrantes y cribado de niño sano). <p>En caso de contacto conocido con TBC resistente, derivar a neumología.</p>
<i>B. pertusis</i>	Contactos domiciliarios	<p>Edad < 1 mes: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1er d + 5 mg/kg/d, 4 d más.</p> <p>Edad > 1 mes: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1er d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7 d. Eritromicina: 40-50 mg/kg/d c/6h, 14 d.</p>	
<i>N. Meningitis</i>	<p>- Contactos domiciliarios.</p> <p>- Contactos en guarderías o jardín de infancia durante los 7 días previos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los niños y el personal del aula y aulas con actividades en común. ▪ Si aparece otro caso en otro aula distinta, todos los niños y personal del centro. <p>- Contactos en la escuela durante los 7 días previos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un caso en un aula: todos los niños y el personal del aula (valorar otros posibles contactos) ▪ Dos casos en aulas distintas: todos los alumnos y el personal de ambas aulas (valorar otros posibles contactos) ▪ Tres o más casos en el plazo de un mes en al menos dos aulas: todos los alumnos y el 	<p>Edad < 1 mes: Rifampicina 5 mg/kg/12 h, 2 d (4 dosis).</p> <p>Edad > 1 mes: Rifampicina 10 mg/kg/12 h (máx. 600 mg/12 h), 2 d (4 dosis).</p>	<p>En embarazadas o falta de cumplimiento: Edad < 12 años: Ceftriaxona 125 mg IM DU Edad >12 años: Ceftriaxona 250 mg IM DU.</p> <p>Si Edad ≥18 años: Ciprofloxacino 500mg, 1 dosis (no en embarazadas).</p>

Microorganismo	Indicaciones de quimioprofilaxis	Tratamiento	Observaciones
	personal del centro. – Exposición directa a secreciones del paciente índice mediante besos, utensilios de comer o cepillos dentales. – Respiración boca a boca, contacto directo sin protección durante la intubación endotraqueal los 7 días previos. – Dormir o comer con frecuencia en el domicilio del paciente. – Pasajeros sentados directamente al lado en viaje > de 8 horas. – En brote o foco según dicten las Autoridades Sanitarias Locales. – Paciente afecto al alta si se trató con Penicilina o Cloramfenicol.		

Bibliografía:

[Volver al índice](#)

- Haemophilus influenzae, infecciones. En Red Book. Enfermedades infecciosas en Pediatría. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Pickering LK. Et al. 27 edición. Buenos Aires .Ed Médica Panamericana 2007: 417-420.
- Meningococo, infecciones. En Red Book. Enfermedades infecciosas en Pediatría. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Pickering LK. Et al. 27 edición. Buenos Aires .Ed Médica Panamericana 2007: 536- 540.
- Moreno-Pérez D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). An Pediatr (Barc). 2010. doi:10.1016/j.anpedi.2009.12.017.

INFECCIONES CUTÁNEAS (PEDIATRIA)

[Volver al índice](#)

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Foliculitis / Forúnculo	<i>S. aureus</i>	Ac. Fusídico tópico 1 aplic./8h, 7 d. Mupirocina 1 aplic./8h, 7 d.	Si riesgo o extensión: Cloxacilina 50-100 mg/kg/d c/6 h, 7-10 d. Cefalexina 25-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. Amoxi-clav 4/1 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-10 d. Clindamicina 30 mg/kg/d c/8h, 7-10 d.	
Celulitis	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> Polimicrobiana	Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-10 d Cefalexina 25-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d Si absceso cutáneo: drenaje.	Alérgicos: Clindamicina (niños > 1 mes): 30 mg/kg/d c/8h.	Según edad, estado general y localización valorar tratamiento parenteral
Celulitis periorbitaria	<i>S. aureus</i> <i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad < de 3 meses: ingresar. ▪ Leve: Amoxi-clav 8/1: 80-90 mg/kg/d c/8h, 10-14 d (máx 3 g/d). ▪ Severa: ingresar y: Amoxi-clav 8/1: 100 mg/k/d IV c/6 h. Cefotaxima 200 mg/kg/d IV c/8 h. (máx 12 g/d). 	Ceftriaxona 50-75 mg/kg/d + Cloxacilina 100 mg/kg/d c/6 h 10-14 d. (Máx ceftriaxona: 4 g/d). (Máx cloxacilina: 10 g/d).	
Celulitis perianal	<i>S. pyogenes</i>	<p>Penicilina V: <25 Kg: 250 mg c/12 h, 10 d. >25 Kg: 500 mg c/12 h, 10 d.</p> <p>Si intolerancia digestiva o problemas de cumplimentación: Penicilina Benzatina IM: 25.000 U/kg (máx. 1.200.000 U) o si <25 kg: 600.000 U, >25 kg: 1.200.000 U.</p> <p>Añadir tratamiento tópico: mupirocina o ac. fusídico, 1 aplic./8h, 10 d.</p>	<p>Amoxicilina: 50 mg/kg/d/, c/8-12h, 10 d.</p> <p>Si alergia a penicilinas: – Tipo I: Azitromicina 10 mg/kg/d, 1^{er} d + 5 mg/kg/d, 4 d más. Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 7-10 d. Eritromicina 30-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. Clindamicina: 15-25mg/kg/d c/8h, 10 d. – No tipo I: Cefuroxima-axetil: 30 mg/kg/d, c/12h, 7-10 d.</p>	
Erisipela	<i>S. pyogenes</i>	Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-10 d Cefalexina 25-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d	Alérgicos: Clindamicina (niños > 1 mes): 30 mg/kg/d c/8h	
Impétigo contagioso (no ampoloso)	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i>	Tratamiento tópico (mupirocina o Ac. fusídico) 1 aplic. c/8h.		
Impétigo ampoloso	<i>S. aureus</i>	Si afectación extensa: Cloxacilina 50-100 mg/kg/d c/6h, 7-10 d. Cefalexina 25-50 mg/kg/d c/6-8h, 7-10 d. Amoxi-clav 4/1: 40-50mg/kg/d c/8h, 7-10 d.	Si alergia o intolerancia: macrólido, clindamicina, cefalosporinas, 7-10 d.	
Mordedura humana	Estreptococos <i>S. aureus</i> , <i>E. corrodens</i> Anaerobios	Amoxi-clav 4/1: 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-10 d.	Cefuroxima 20-30 mg/kg/d c/12h + Clindamicina. Cotrimoxazol + Clindamicina. Cefuroxima + Metronidazol.	Empezar a tratar antes de 12 horas

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Mordedura animal	Pasteurella spp. Streptococos <i>S. aureus</i> Anaerobios	Amoxi-clav 4/1 40-50 mg/kg/d c/8h, 7-10 d.	Cefuroxima 20-30 mg/kg/d c/12h + Clindamicina. Cotrimoxazol + Clindamicina. Cefuroxima + Metronidazol.	Revisar estado vacunal tétanos. Considerar profilaxis de rabia si mordedura por murciélago, animales domésticos no vacunados, vagabundos, o si el ataque no fue provocado.
Dermatofitosis	<i>Hongos dermatofitos</i>	Tiña capitis: Griseofulvina VO 20 mg/kg/d, (máx. 1g/d) 1 dosis tras almuerzo + champú ketoconazol tópico. Duración según respuesta clínica (4-8 sem).	En caso de intolerancia o no respuesta: Itraconazol VO 5 mg/kg/d c/12-24h. Terbinafina 4,5 mg/kg/d, 2-4 sem (Tricophyton) o 7.5 mg/kg/d 4-6 sem (Microsporum).	En embarazo, evitar todos los tratamientos orales con antifúngicos
		Tiña corporis, pedis, curis: Tioconazol tópico o bifonazol crema. (piel glabra: 2-3 sem; <i>t. pedis interdigital</i> : 4-6 sem).	(1) Griseofulvina VO (10 mg/kg/d, 2-4 sem) + tratamiento tópico. (Piel glabra: 2-3 sem; <i>t. pedis interdigital</i> : 4-6 sem; palmas y plantas: 6-8 sem).	(1) Intolerancia, hipersensibilidad, fallo del tratamiento tópico, lesiones externas, foliculitis, afectación palmas y plantas.
		Onicomicosis(2): Tratamiento VO: terbinafina una dosis de 250 mg tras almuerzo, durante 6 sem (mano), 12 sem (pie) + tioconazol tópico.		(2) A los 3 meses post-tratamiento, control microbiológico.
Onicomicosis por candida	<i>Candida albicans</i> <i>Candida sp.</i>	Itraconazol VO (1) 200 mg c/24h tras almuerzo, (manos: 6 sem; pies: 12 sem) + tratamiento tópico con tioconazol 28%.		(1) En embarazo, evitar todos los tratamientos orales con antifúngicos
Candidiasis oral leve o aguda	<i>Candida albicans</i> <i>Candida sp.</i>	Tratamiento tópico: miconazol gel (1), o nistatina 4 aplic. c/24h, 10-14 d.	Si rebelde al tratamiento y/o extensa: Fluconazol VO (1) 50-100 mg/ 7-14 d.	(1) En embarazo, evitar todos los tratamientos orales con antifúngicos
Intertrigo candidiásico	<i>Candida sp.</i>	Tratamiento tópico con clotrimazol o miconazol crema, 2 sem.	(1) Itraconazol VO 50-100 mg/ 7-14 d.	(1) Ante intolerancia, hipersensibilidad, fallo del tratamiento tópico o lesiones extensas
P. Versicolor	<i>Malassezia furfur</i>	Tratamiento tópico con loción o gel (no crema): clotrimazol 1%, miconazol o Ketoconazol gel 2%: a) pauta corta (1) los días 1, 4 y 8, o b) pauta larga 7 días consecutivos.	Sulfuro de selenio solución al 2.5%. Itraconazol VO (2) 200 mg/d tras almuerzo, 7 d.	(1) No ducharse los días entre aplicaciones. (2) Ante imposibilidad de tratamiento tópico. Posteriormente para evitar recidivas: ketoconazol 400 mg/ 1 dosis al mes o ttº tópico 1-2 días al mes 3 meses para evitar recurrencias.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Pediculosis	<i>Pediculus humanus capitis</i>	No sospecha de resistencia a permetrina: Permetrina al 1-1,5% en una única aplicación de 10 minutos. Repetir a los 10-15 d.	Si sospecha de resistencia a permetrina o recidiva: Permetrina al 5% durante 8 h con gorro y repetir a los 10 d. Edad >2 años: Malatión 0.5% en una única aplicación durante 10-12h.	Eliminar liendres (liendreras). Valorar contactos. Desinfección de ropa, cepillos etc. (lavado a 55°C o rociar con pediculicidas). No utilizar tratamientos profilácticos.

[Volver al índice](#)

Bibliografía:

- Givner LB. Periorbital versus orbital cellulitis. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21:1157-8.
- Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 13/10/2008; consultado el 15/01/10]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso (v.2/2009). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 08/03/2009; consultado el 28/12/09]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Huerta Aragonés J, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (III): mordeduras y picaduras (tratamiento y profilaxis) (v.2/2009). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 20/06/2009; consultado el 28/12/09]. Disponible en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Mordeduras. En Red Book. Enfermedades infecciosas en Pediatría. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics. Pickering LK. Et al. 27 edición. Buenos Aires .Ed Médica Panamericana. 2007: 208-211.
- Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Protocolos de Infectología. 2009. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
GEA	<i>Campylobacter</i>	Tratamiento empírico inicial no esta indicado (1). Eritromicina 30-50 mg/kg/d, 5 d. Azitromicina 10 mg/kg/d, 3 d.	Ciprofloxacino	(1) Excepciones: - Diarrea persistente una vez conocido coprocultivo - Para reducir el contagio en hospitales o instituciones.
	<i>Salmonella</i> <i>Shigella</i> <i>Yersinia</i>	No tratamiento antibiótico (1).		(1) Excepciones: Bacteriemia, formas invasoras, factores de riesgo: Edad <3 meses, asplenia, neoplasia, inmunodeficiencia adquirida o congénita, EII, hemoglobinopatía Control de brotes.
S. sobredesarrollo bacteriano		Metronidazol 15 mg/Kg/d c/8h, 7 d.	Trimetoprim-sulfametoxazol 5 g/Kg/d c/12h.	
Gusanos/ Helmintos planos	<i>Fasciola hepática</i>	Triclabendazol (1) 10 mg/kg/d c/12-24h.	Nitazoxanida: vo, 7 d. 1-3 años:100 mg c/12h. 4-11 años: 200 mg c/12h. >12 años: 500 mg c/12h. Bithionol (2): 30-50 mg/kg a días alternos 10-15 dosis.	Prevención: evitar ingesta berros y verduras acuáticas no cocinadas. (1) Medicamento extranjero. No usar en <6 años. (2) Medicamento extranjero. Máx.: 2 g/d.
	<i>Esquistosoma mansoni</i> <i>E.intercalatum</i>	Praziquantel (1) 40-60 mg/kg/d c/12h,1d.	Oxamniquina (1) 15-20 mg/kg, DU.	(1) Medicamento extranjero.
	<i>E. japonicum</i> <i>E. mekongi</i> <i>E. haematobium</i>	Praziquantel (1) 60 mg/kg/d c/8h, 1 d.	Oxamniquina (1) 15-20 mg/kg, DU. <i>E. haematobium</i> : Metrifonato (1) 15 mg/kg/d c/8 h, 1 d.	(1) Medicamento extranjero.
	Fiebre de Katayama(1)	Praziquantel (2) 60 mg/kg/d c/8h, 3 d. Repetir misma dosis a los 2 meses. (Asociar corticoides según gravedad).	Oxamniquina (1) 15-20 mg/kg, DU.	(1)Infección masiva por <i>E. mansoni</i> o <i>E. japonicum</i> . (2) Medicamento extranjero.
	<i>Equinococcus granulosus</i> (Hidatidosis)	Cirugía del quiste hepático/PAIR (1) en el resto de quistes + Albendazol 10-15 mg/kg/d c/12h (2) 3 ciclos de 28 d, separados de 2 sem.	Si cirugía no posible: Albendazol 15 mg/kg/d, c/12h, 28 d. Repetir 4 ciclos, cada 2-3 sem. Mebendazol 40-50 mg/kg/d, 3-6 meses. Albendazol+Praziquantel.	(1) PAIR: punción guiada por Eco/TAC, instilación de salino hipertónico o etanol y reaspiración en 15-30 min. (2) Máx.: 800 mg/d.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
	<i>Taenia saginata</i> <i>Taenia solium</i>	-Formas adultas: praziquantel 5-10 mg/kg DU. -Cisticercosis: albendazol 15 mg/kg/d c/12h, 14-28 d (1).	Niclosamida 50 mg/kg DU.	(1) Max.: 800 mg/d. Asociar dexametasona 4-6 mg/d y anticonvulsivo si cisticercosis cerebral.
	<i>Hymenolepis nana</i>	(1) Edad <3 años: Niclosamida, 40mg/kg/d 1ª dosis, 20mg/kg/d las siguientes, 7 d. Edad > 3 años: Praziquantel 25 mg/kg DU.		(1) Ambos tratamientos: -Medicamentos extranjeros -Repetir dosis a la sem
Gusanos/ Helmintos redondos	<i>Enterobius vermicularis</i> (Oxiuros)	(1) Mebendazol 100 mg DU. Repetir a los 15 d. Albendazol 400 mg DU (2). Repetir a los 15 d.	Pamoato de pirantel 11 mg/kg DU (3). Repetir dosis a los 15 d.	(1) Tratar al niño y a su familia (misma dosis a todos). Lavado de ropa con agua caliente. (2) Monodosis de éste fármaco a 400mg está aprobada en niños > 4 años. (3) Máx: 1g.
	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Si hay obstrucción intestinal: Cirugía. Mebendazol 100 mg c/12h, 3 d (1). Mebendazol 500 mg DU (en adolescentes) (1).	Pamoato de pirantel 11 mg/kg DU (2). Albendazol 200-400mg DU. Ivermectina 150-200 µg/kg DU.	(1) y (2) No usar en <2 años. (2) Máx.: 1g.
	<i>Ancylostoma duodenale</i> <i>Necator americanus</i>	Mebendazol 100 mg c/12h, 3 d (1). Mebendazol 500 mg DU.	Pamoato de pirantel 11 mg/kg, 3 d (2). Albendazol 10 mg/kg/d DU.	(1) y (2) No usar en <2 años. (2) Máx.: 1g.
	<i>Strongyloides stercoralis</i>	Ivermectina 200 µg/kg/d, 2 d (1).	Albendazol: 400 mg c/12 horas, 3-5 d (7 d si hiperinfestación).	(1) Medicamento extranjero.
	<i>Trichinella spiralis</i> (triquinosis)	Mebendazol: 600-1200 mg/d c/8h, 3 d, después 1200-1500 mg/d c/8h, 10 d.	Albendazol: 400 mg c/12h, 8-14 d.	Añadir corticoides: prednisona 0.5-1 mg/kg/d.
	<i>Trichuris trichuria</i>	Mebendazol 100 mg/12h, 3 d. Mebendazol 500 mg DU.	Albendazol 400 mg/d, 3 d.	
Protozoos intestinales	<i>Giardia intestinalis</i> (antigua <i>Giardia lamblia</i>)	(1) Metronidazol: 15 mg/kg/d c/8h, 7 d.	Tinidazol: 50-60 mg/kg/d DU (2). Paramomicina: 25-35 mg/kg/d c/8h, 7-10 d.	(1)No se recomienda tratar si asintomático, excepto si conviven con inmunodeprimidos o embarazadas. (2) Uso autorizado en >3 años.
	<i>Cryptosporidium</i>	(1) Paramomicina: 25-35 mg/kg/d c/8h, 10 d. ± Claritromicina: 15 mg/kg/d c/12h, 10 d.	Nitazoxanida: (2) ▪ Edad 1-3 años: 100mg c/12h, 3d. ▪ Edad 4-11 años: 200mg c/12h, 3d. ▪ Edad >12 años: 500mg c/12h, 3d.	(1) Solo tratar a inmunodeprimidos. (2) Medicamento extranjero.
	<i>Entamoeba histolytica</i>	▪ Portador asintomático:	Tinidazol 50 mg/kg/d c/24h, 3-5 d (1)	Tratar a todos, asintomáticos y

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
		Paramomicina: 25-35 mg/kg/d c/8h, 7-10 d. ▪ Diarrea amebiana: Metronidazol 30-50 mg/kg/d c/8h, 10 d. ▪ Disentería/absceso hepático: Metronidazol 30-50 mg/kg/d c/8h, 10 d + Paramomicina: 25-35 mg/kg/d c/8h, 7-10 d.	+ Furoato de diloxamida 20 mg/kg/d c/8h, 10 d.	sintomáticos. (1)Uso autorizado en >3 años.

[Volver al índice](#)

Bibliografía:

- Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Protocolos de Infectología. 2009. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>.
- Albert de la Torre L, Roa Francia MA. Gastroenteritis aguda (v.3/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 13/10/2008; consultado el 7/01/2010]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/.
- Acute Gastroenteritis Guideline Team, Cincinnati Children's Hospital Medical Center: Evidence-based clinical care guideline for medical management of acute gastroenteritis in children aged 2 months through 5 years, , Guideline 5, pages 1-15, October 31, 2005. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.cincinnatichildrens.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/gastro.htm>.
- Escobedo AA, Almirall P, Alfonso M, Cimerman S, Rey S, Terry SL. Treatment of intestinal protozoan infections in children. Arch Dis Child. 2009 Jun;94(6):478-82.
- Martín del Barco OH, Álvarez Manzanares P, López Izquierdo R. Parasitosis intestinal. FMC. 2009;16(1):14-24.
- Gonzalez B, López G, del Castillo F. Parasitosis intestinales. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil La Paz. 5ª edición. Publimed.
- Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Chambers HE, Saag MS. Guía Sanford de terapéutica antimicrobiana. Ed. Antimicrobial Therapy. 39 edición. 2009.
- Pérez-Molina JA, Díaz-Menéndez M, Pérez-Ayala A, Ferrere F, Monje B, Norman F, López-Vélez R. Tratamiento de las enfermedades causadas por parásitos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(1):44-59.

Entidad clínica	Microorganismos	1ª Elección	Alternativa	Observaciones
Malaria no complicada	<i>P. falciparum</i> o <i>NO identificado</i> PROCEDENTE ÁREA SENSIBLE A CLOROQUINA (1)	SIEMPRE INGRESAR Fosfato de Cloroquina oral (2): dosis ataque 10 mg base/kg. Después: 5 mg/kg base a las 6, 24 y 48h (3). Si <i>P. vivax/ovale</i> : añadir primaquina (4): 0.3 mg/kg, dosis única diaria, 14 d (SE Asia: dosis 0.6 mg/kg, 14-30 d).		(1) América Central, Oriente Medio. (2) comprimidos 250 mg sal= 150 mg base. (3) Máx. adultos 600 mg choque y 300 mg, mantenimiento. (4) Medicamento extranjero. Antes de iniciar: niveles de G6PH, si déficit total, no utilizar por riesgo hemólisis.
	<i>P. falciparum, knowlesi</i> o <i>NO identificada</i> PROCEDENTE ÁREA RESISTENTE A CLOROQUINA	SIEMPRE INGRESAR Dos posibilidades: 1.- Atovacuona-Proguanil (A/P), oral. Dosis única diaria (1): <5 kg: No utilizar. 5-8 kg: 2 comp. pediátrico/d, 3 d. 9-10 kg: 3 comp. pediátrico/d, 3 d. 11-20 kg: 1 comp. adulto/d, 3 d. 21-30 kg: 2 comp. adulto/d, 3 d. 31-40 kg: 3 comp. adulto/d, 3 d. >40 kg: 4 comp. adulto/d, 3 d. 2.- Clorhidrato/ Sulfato Quinina(2): 10 mg sal/kg c/8h, 3-7 d + <8 años: clindamicina 20 mg/kg/d c/8h, 7 d. >8 años: doxiciclina 2 mg/kg/d c/12h, 7 d. Si <i>P.vivax/ovale</i> : añadir primaquina (3): 0.3 mg/kg dosis única diaria, 14 d.	Mefloquina: 15 mg sal/kg 1ª dosis, siguientes dosis 10 mg sal/kg (4).	(1) Comprimidos adulto: 250 mg A /100 mg P. Comprimidos pediátricos: 62.5 mg A /25 mg P. (2) Clorhidrato quinina: comprimidos 500 mg sal. Sulfato quinina: comprimidos 650 mg sal. (3) Medicamento extranjero. Antes de iniciar: niveles de G6PH, si déficit total, no utilizar por riesgo hemólisis. SE Asia: dosis 0.6 mg/kg, 14-30 días (4) Medicamento extranjero. Evitar en lo posible por efectos adversos psiquiátricos en <45 kg y en procedentes de SE Asia.
Malaria complicada	Cumple criterios de malaria grave. Cualquier especie.	SIEMPRE INGRESAR UCIP (TRATAMIENTO PARENTERAL) Gluconato o Formiato de quinina: (1): -dosis carga: 20 mg sal/kg IV, diluido en S.Gluc 10%, pasar en 4 horas. -siguientes: 10 mg sal/kg c/8h, diluido en S.Glu 10%, a pasar en 2-4h. + (Doxiciclina: <45 kg: 2 mg/kg c/12h IV >45 kg: 100 mg c/12h IV o Clindamicina 10 mg/kg ataque IV, seguido de 5 mg/kg c/8h IV).		-Monitorizar TA y ECG por riesgo arritmias. -Monitorizar glucemia por riesgo de hipoglucemia. -Valorar exanguinotransfusión si parasitemia >10%, edema cerebral o pulmonar o fallo renal. (1)Intentar pasar a VO lo antes posible, si IV >48 h, bajar dosis a 10 mg sal c/12h. Efectos 2 ^{rios} : cardiotoxicidad, hipoglucemia. Mareo, temblores y alteración audición al tercer día.

Bibliografía:

- Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Protocolos de Infectología. 2009. [en línea] [consultado el 7/01/2010]. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>.
- Pérez-Molina JA, Díaz-Menéndez M, Pérez-Ayala A, Ferrere F, Monje B, Norman F, López-Vélez R. Tratamiento de las enfermedades causadas por parásitos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(1):44-59.
- García López Hortelano M, Mellado Peña MJ. Manual pediátrico de enfermedades tropicales. 2010. Hospital Carlos III.
- R. López-Velez. Cuadernos de malaria importada. 2007.

Resistencias a antimicrobianos

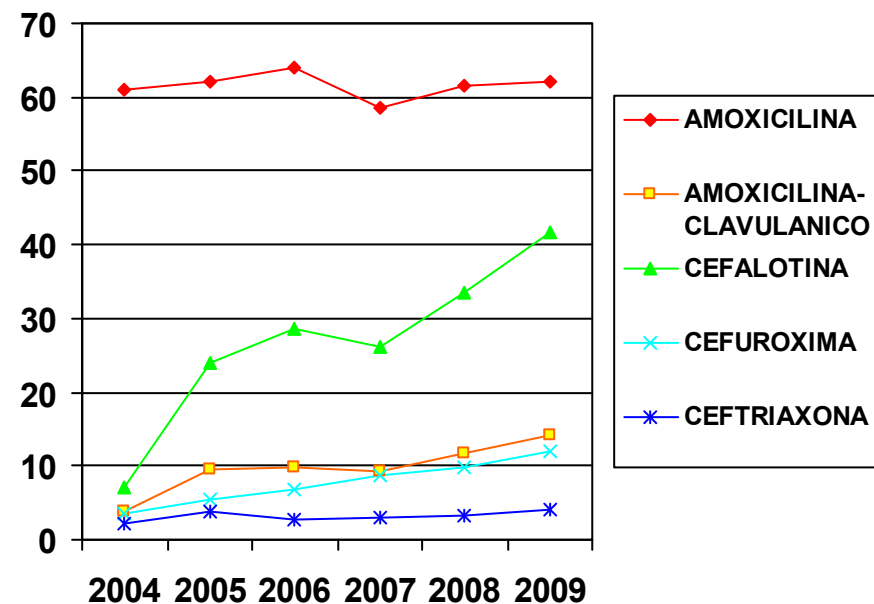
Desde finales del siglo veinte, estamos asistiendo a un incremento de las resistencias a los antimicrobianos utilizados en la práctica clínica, lo que supone un problema sanitario de gran magnitud. La aparición de las resistencias está inevitablemente condicionada al uso de los antimicrobianos. Cuando un antimicrobiano elimina la flora susceptible, las variedades resistentes rápidamente ocupan su nicho. Por ello, es de gran importancia el uso racional de los antimicrobianos.

Así, en esta guía, aportamos una visión del nivel de resistencia de los microorganismos que con mayor frecuencia se aíslan en Atención Primaria, donde es frecuente el tratamiento empírico de las infecciones, para que sirva de ayuda para dirigir la dicha terapia, a la que se deben sumar muchos otros factores como la farmacocinética, el estado inmunitario y el coste de los medicamentos.

Es importante destacar que en el informe sólo se incluyen los antimicrobianos adecuados para la infección de que se trate y se realizan de un modo condicionado, informando sólo los antibióticos de menor espectro de cada familia: así, si una cepa es sensible a amoxicilina, no se informa la sensibilidad frente a amoxicilina-ácido clavulánico o si es sensible al ácido nalidíxico no se informará ninguna quinolona más, ya que todas se deben considerar sensibles.

RESISTENCIAS DE *Escherichia coli* EN ATENCION PRIMARIA

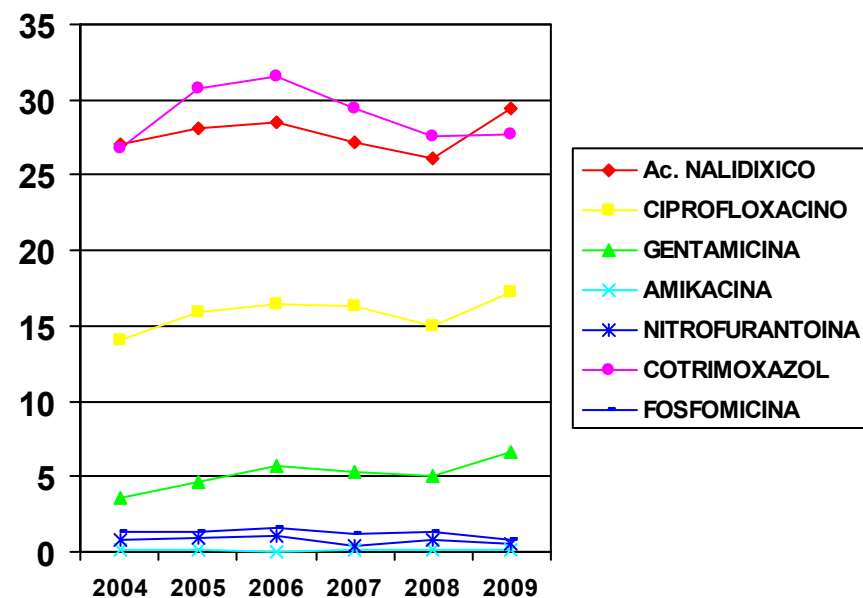
<i>E.coli</i> % Resistencias	2004	2005	2006	2007	2008	2009
AMOXICILINA	61,03	62	64,12	58,61	61,43	62,23
AMOXI-CLAVULÁNICO	3,93	9,54	9,69	9,38	11,59	14,11
CEFALOTINA	7,12	23,96	28,7	26,04	33,53	41,7
CEFUROXIMA	3,65	5,57	6,75	8,74	9,78	12,01
CEFTRIAXONA	2,23	3,72	2,73	2,86	3,18	4,1
Ac. NALIDIXICO	27,09	28,13	28,47	27,16	26,16	29,41
CIPROFLOXACINO	14,01	15,91	16,46	16,35	14,93	17,17
GENTAMICINA	3,61	4,63	5,72	5,3	5,01	6,57
AMIKACINA	0,11	0,09	0,03	0,09	0,09	0,11
NITROFURANTOINA	0,77	0,94	1,09	0,43	0,75	0,51
COTRIMOXAZOL	26,75	30,76	31,53	29,42	27,56	27,75
FOSFOMICINA	1,32	1,38	1,59	1,18	1,32	0,8



Escherichia coli es el microorganismo aislado con mayor frecuencia. Al igual que en años anteriores es destacable el elevado nivel de resistencia a penicilinas y cotrimoxazol, pero en los últimos años ha aumentado la resistencia a quinolonas, amoxi-clavulánico y cefalosporinas de primera generación.

Permanecen con un nivel de resistencia bajo y estable fosfomicina, aminoglucósidos y nitrofurantoína.

El 4,1% de resistencias a ceftriaxona, nos indica los aislados multirresistentes, entre los que se incluyen las cepas con Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE), previamente hospitalarias y ahora con mayor presencia en la comunidad.



RESISTENCIAS DE *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus mirabilis* EN ATENCION PRIMARIA

ANTIBIOTICO AÑO 2009	<i>Klebsiella pneumoniae</i> (n=528) % RESISTENCIAS	<i>Proteus mirabilis</i> (n=261) % RESISTENCIAS
AMOXICILINA	100	39,60
AMOXI-CLAVULANICO	5,34	1,15
CEFALOTINA	12,59	6,40
CEFUROXIMA	3,05	0
CEFOTAXIMA	0,38	0
FOSFOMICINA	21,56	18
GENTAMICINA	1,14	11,15
NITROFURANTOINA	3,24	100
AC. NALIDIXICO	5,92	19,20
CIPROFLOXACINO	2,85	10,39
COTRIMOXAZOL	5,73	37,69

Por su papel etiológico en infecciones del tracto urinario exponemos los datos de resistencia de estos dos microorganismos.

Para *K. pneumoniae* cabe destacar, además de la resistencia natural a la amoxicilina, el elevado porcentaje de cepas resistentes a fosfomicina y el aumento, al igual que en *Escherichia coli*, de la resistencia a amoxi-clavulánico y cefalotina.

Todas las cepas de *P. mirabilis* muestran resistencia a nitrofurantoína y hay un porcentaje no desdeñable de resistencias a amoxicilina.

Ambos microorganismos presentan una sensibilidad aceptable y estable frente al resto de antimicrobianos.

ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA. 2009

MICROORGANISMOS EN UROCULTIVOS EN PRIMARIA 2009	
<i>E. coli</i>	3430 (70%)
<i>K. pneumoniae</i>	463 (9.45%)
<i>Enterococcus sp</i>	278 (5.68)
<i>P. mirabilis</i>	227 (4.63%)
<i>S. agalactiae</i>	91 (1.85%)
<i>M. morgani</i>	88
<i>K. oxytoca</i>	81
<i>C. koseri</i>	36
<i>E. aerogenes</i>	32
<i>E. cloacae</i>	32
<i>P. aeruginosa</i>	31
<i>C. freundii</i>	24
<i>S. saprophyticus</i>	18
<i>S. aureus</i>	17
<i>P. vulgaris</i>	12
Resto < 10	
TOTAL	4897

RESISTENCIAS DE *Streptococcus pyogenes* EN ATENCION PRIMARIA

S. pyogenes % Resistencias	2004 (n=935)	2005 (n=932)	2006 (n=903)	2007 (n=1057)	2008 (n=1155)	2009 (n=648)
CLINDAMICINA	3,68	5,17	7,54	2,75	2,83	3,25
ERITROMICINA	20,63	22,17	21,71	18,79	9,78	9,74

Es importante recordar que las cepas de **S. pyogenes** son por el momento siempre sensibles a penicilina y respecto a los macrólidos, en nuestro área el mecanismo de resistencia más frecuente (bomba de expulsión) provoca una mayor resistencia a eritromicina, como representante de los macrólidos de 14 y 15 átomos de C, que a los macrólidos de 16 átomos (p.e. josamicina) o a las lincosamidas (clindamicina).

RESISTENCIAS DE *Haemophilus influenzae* EN ATENCION PRIMARIA

% RESISTENCIAS en <i>H. influenzae</i> 2009 (n=161)	
AMPICILINA	22,78
ERITROMICINA	4,05
CLORANFENICOL (Colirio)	0
RIFAMPICINA (Colirio)	0
GENTAMICINA (Colirio)	2,67
TETRACICLINA (Colirio)	0
CIPROFLOXACINO (Colirio)	0

RESISTENCIAS DE *Salmonella spp.* EN ATENCION PRIMARIA

% RESISTENCIAS en <i>Salmonella spp.</i> 2009 (n=125)	
AMPICILINA	21,1
CEFTRIAXONA	0
COTRIMOXAZOL	5,6
CIPROFLOXACINO	1,6

RESISTENCIAS DE *Staphylococcus aureus* EN ATENCION PRIMARIA

S. aureus % Resistencias	2004 (n=241)	2005 (204)	2006 (271)	2007 (331)	2008 (330)	2009 (256)
OXACILINA	6,5	10,92	12,45	12,63	8,3	12,35
GENTAMICINA	4,26	3,06	0,74	2,48	3,41	2,4
CIPROFLOXACINO	9,05	9,19	11,8	12,88	10,7	11,93
COTRIMOXAZOL	0,5	1,14	0,41	0,34	1,04	0
CLINDAMICINA	10,6	14,71	7,6	12,01	14,2	9,7
ERITROMICINA	18,4	19,9	14,6	19,94	22,9	18,5

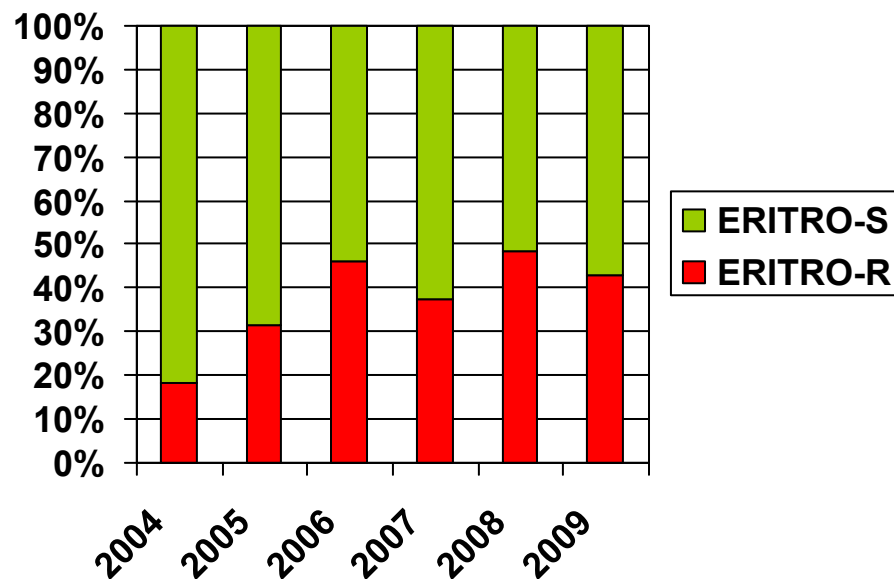
% Resistencias en SARM	2009
GENTAMICINA	3,70
CIPROFLOXACINO	84,62
COTRIMOXAZOL	0
CLINDAMICINA	12
ERITROMICINA	60

Es importante destacar, al igual que en el caso de las cepas de *Escherichia coli* BLEE, clásicamente hospitalarias, la aparición en Atención primaria de cepas de **SARM** (*S. aureus* resistente a meticilina) comunitario, que en nuestro caso presentan una resistencia muy baja (nula) a cotrimoxazol (al igual que los *S. aureus* meticilina sensibles), con presencia de bomba de expulsión como mecanismo principal de resistencia a macrólidos y un alto porcentaje de resistencias a quinolonas.

RESISTENCIAS EN *Streptococcus pneumoniae* EN ATENCIÓN PRIMARIA

<i>S. pneumoniae</i> % Resistencias		2004	2005	2006	2007	2008	2009
PENICILINA*	Resistente						4,55
	Intermedio						
	Sensibles						95,45
QUINOLONAS	Resistente	0	0	0	0	0	0
	Sensibles	100	100	100	100	100	100
ERITROMICINA	Resistente	18,46	31,68	46,15	37,58	48,28	42,70
	Sensibles	81,54	68,32	53,85	62,42	51,72	57,30

* Sólo se indican los datos de resistencia del año 2009 porque en este año se cambiaron los puntos de corte de resistencias de la CLSI y no son comparables con los años anteriores.



Recomendaciones sobre la correcta administración de los antimicrobianos por vía oral

Amoxicilina	Los alimentos no afectan su absorción
Amoxicilina - clavulánico	Administrar al principio de las comidas para mejorar la posible intolerancia GI y favorecer su absorción.
Azitromicina	Tomar la dosis 2 horas antes o dos horas después de las comidas. Los alimentos disminuyen la BD al menos en un 50%. Comprimidos recubiertos con película: Deben ser ingeridos enteros con agua.
Cefaclor	Su absorción total es la misma cuando se administra con o sin alimentos. Sin embargo, cuando es administrado junto con alimentos la concentración plasmática máxima se alcanza más tarde y se reduce aproximadamente a la mitad.
Cefalexina	Se puede administrar con alimentos aunque su absorción se afecta ligeramente.
Cefditoren	Tomar en las comidas, con agua, sin machacar los comprimidos.
Cefuroxima -axetil	Tomar después de ingerir algún alimento para mejorar su absorción. Los comprimidos deben ingerirse sin masticar ni machacar, con ayuda de un poco de agua o de algún otro líquido. La suspensión no debe tomarse con líquidos calientes.
Cefixima	Su absorción es independiente del pH gástrico, su BD no se ve modificada por las comidas, ni por fármacos antsecretorios H2 o antiácidos.
Claritromicina	La presencia de alimentos no afecta la BD global del fármaco aunque puede retrasar ligeramente su absorción.
Cotrimoxazol	Tomar con algún alimento o bebida para minimizar cualquier posible alteración gastrointestinal.
Cloxaciclina	Tomar en ayunas. Los alimentos pueden provocar que se absorba menos cantidad de medicamento. Se aconseja su administración al menos 1 hora antes o después de las comidas.
Doxiciclina	Tomar con agua en el transcurso de una comida. La leche y sus derivados pueden provocar que se absorba menos cantidad de medicamento. Se aconseja su administración al menos 2 horas antes o después de este tipo de alimentos.
Eritromicina estearato	Tomar en ayunas. Se aconseja la administración al menos 2 horas antes o después de las comidas.
Eritromicina etilsuccinato Eritromicina estolato	Se pueden tomar con o sin alimentos.
Fluconazol	Tomar con o sin alimentos. No se afecta su BD.
Fosfomicina	Los alimentos retrasan su absorción y/o la disminuyen. Es conveniente administrarlo antes o 2 horas después de las comidas.
Griseofulvina	Tomar con alimentos ricos en grasa. Mejora su BD.
Isoniazida	Tomar en ayunas; una hora antes de las comidas o dos horas después.
Itraconazol	Tomar con alimentos. Se recomiendan bebidas ácidas (refresco de cola) especialmente en pacientes con aclorhidria o tratamiento con IBP.
Josamicina	Los comprimidos deberán administrarse preferentemente antes de las comidas, y los sobres y suspensiones después.
Ketoconazol	Tomar con alimentos, aumenta su absorción y disminuye las molestias gastro-intestinales.
Levofloxacin	Pueden tomarse durante o entre las comidas. No masticar y tragar con líquidos. Deben tomarse como mínimo dos horas antes o después de la administración de sales de hierro, antiácidos o sucralfato.

Metronidazol	Tomar en las comidas. Evitar alcohol (efecto Antabus)
Minociclina	Puede tomarse junto con alimentos (incluida la leche). Se recomienda ingerir con una cantidad suficiente de líquidos.
Moxifloxacino	Tomar con o sin alimentos. No masticar y tragar con líquidos. No interfiere con lácteos.
Nitrofurantóina	Tomar con alimentos, mejora la BD y disminuye las molestias GI.
Norfloxacino	Tragar entero con un poco de agua en ayunas o durante las comidas.
Ofloxacino	Tragar entero con un poco de agua en ayunas o durante las comidas.
Penicilina V	Tomar en ayunas. Los alimentos disminuyen un 50% su BD.
Pipemídico ácido	Tomar con líquidos. Los alimentos disminuyen las molestias GI.
Rifampicina	Tomar en ayunas, 1 hora antes o 2 horas después de las comidas.
Terbinafina	Tomar con o sin alimentos. Tragar con agua.

Abreviaturas: BD: biodisponibilidad; GI: Gastrointestinal

Declaración de conflicto de intereses de los autores

Antonio Aguilar, Rosa Albañil, Amaya Azcoaga, Pilar Galán, M^a Isabel García, Rosa Ana Muñoz, Iciar Olabarrieta, Sara María Quevedo, Sagrario Reyes, María Dolores Tolmo, Beatriz Valle y Rocío Vello han declarado ausencia de conflicto de intereses.

Marta Álvarez ha percibido financiación para la asistencia a un congreso por Sanofi Aventis. **José Manuel Izquierdo** y **Sagrario Pardo** han recibido financiación de Almirall para la suscripción de un recurso web y de Novartis para la asistencia a un curso. **Beatriz Medina** ha recibido financiación de Almirall para la suscripción de un recurso web. **Ana Ontañón** ha recibido honorarios como ponente por parte de Cephalon Pharma.

Esta guía se ha realizado en el ámbito del Servicio Madrileño de Salud, sin financiación adicional.