



Distrito Atención Primaria Costa del Sol
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Agencia Sanitaria Costa del Sol
CONSEJERÍA DE SALUD

GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO

DISTRITO ATENCIÓN PRIMARIA COSTA DEL SOL

ADULTOS

PEDIATRÍA

**Grupo de trabajo en Optimización de la Prescripción Antibiótica
Distrito Atención Primaria Costa del Sol – Agencia Sanitaria Costa del Sol
v3.0 Mayo 2018**



PRESENTACIÓN

El importante incremento de las resistencias bacterianas a los antimicrobianos es uno de los principales problemas de salud pública con los que nos enfrentamos como profesionales sanitarios y está estrechamente ligado tanto a la cantidad de antibióticos indicados como a su adecuada prescripción.

Durante los últimos años diferentes y prestigiosas instituciones nacionales e internacionales refrendan la necesidad de establecer planes de actuación que aborden esta importante amenaza de salud. La Consejería de Salud viene desarrollando durante los últimos años el Programa Integral de Prevención y Control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y uso Apropiado de Antimicrobianos (PIRASOA) que pretende abordar este problema en nuestro ámbito.

La Guía que os presentamos, en su tercera versión, se inscribe dentro de las medidas de actuación de este programa.

Para su elaboración se creó un equipo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales del Distrito Sanitario que, coordinado con el grupo de optimización de tratamiento antibiótico hospitalario, ha tomado como base las Guías de prescripción más próximas a nuestro entorno y las ha adaptado basándose en la información disponible sobre el patrón de resistencias locales.

Este manual no pretende ser un tratado exhaustivo sino un documento de apoyo. Se han priorizado las patologías más frecuentes, tanto en medicina de adultos como en pediatría, y se ha optado por un formato ágil, que sea accesible a nivel informático durante la consulta y que pueda ser actualizado de forma dinámica y sencilla. Esperamos que os sea de utilidad en vuestra práctica diaria.

Los autores

ÍNDICE PATOLOGÍA ADULTOS

1.- INFECCIONES RESPIRATORIAS VÍAS ALTAS

- 1.1 Resfriado común**
- 1.2 Faringoamigdalitis aguda**
- 1.3 Otitis externa**
- 1.4 Miringitis**
- 1.5 Otitis media**
- 1.6 Sinusitis**
- 1.7 Laringitis**

2.- INFECCIONES RESPIRATORIAS VÍAS BAJAS

- 2.1 Bronquitis aguda**
- 2.2 Exacerbación de EPOC**
- 2.3 Neumonía aguda en la comunidad**

3.- INFECCIONES GASTROINTESTINALES

- 3.1 Gastroenteritis aguda**
- 3.2 Diarrea por antibióticos**
- 3.3 Diarrea del viajero**
- 3.4 Erradicación de Helicobacter Pylori**

4.- INFECCIONES GENITOURINARIAS

- 4.1 Pielonefritis aguda**
- 4.2 Bacteriuria asintomática**
- 4.3 Cistitis aguda**
- 4.4 Paciente sondado**
- 4.5 Prostatitis**
- 4.6 Orquiepididimitis**
- 4.7 Uretritis y Cervicitis**
- 4.8 Vulvovaginitis**
- 4.9 Bartholinitis**
- 4.10 Sífilis**
- 4.11 Chancroide**

6.- INFECCIONES ODONTÓGENAS

- 6.1 Caries dental**
- 6.2 Pulpitis aguda**
- 6.3 Absceso apical**
- 6.4 Gingivitis**
- 6.5 Profilaxis endocarditis**

5.- INFECCIONES PIEL Y PARTES BLANDAS

- 5.1 Absceso**
- 5.2 Celulitis**
- 5.3 Pie diabético**
- 5.4 Foliculitis**
- 5.5 Heridas**
- 5.6 Impétigo**
- 5.7 Mastitis**
- 5.8 Mordedura**
- 5.9 Ulcera por presión**

7.- VARIOS

- Ajuste de dosis en insuficiencia renal**
- Uso antibióticos en embarazo y lactancia**
- Siglas y abreviaturas**
- Advertencias de seguridad**
- Grados de recomendación**
- Bibliografía**
- Autores**

ÍNDICE PATOLOGÍA PEDIATRÍA

1.- INFECCIONES RESPIRATORIAS

- 1.1 Resfriado común**
- 1.2 Faringoamigdalitis aguda**
- 1.3 Escarlatina**
- 1.4 Otitis externa**
- 1.5 Otitis media**
- 1.6 Sinusitis**
- 1.7 Laringitis**
- 1.8 Sibilancias asociadas a infección vírica**
- 1.9 Infección por Bordetella Pertussis**
- 1.10 Neumonía aguda en la comunidad**

2.- INFECCIONES TRACTO URINARIO

- 2.1 Bacteriuria asintomática**
- 2.2 Infección urinaria**

3.- INFECCIONES PIEL Y PARTES BLANDAS

- 3.1 Absceso**
- 3.2 Celulitis**
- 3.3 Erisipela**
- 3.4 Foliculitis**
- 3.5 Impétigo**
- 3.6 Heridas**
- 3.7 Mordeduras / Profilaxis antitetánica**

4.- INFECCIONES GASTROINTESTINALES

- 4.1 Gastroenteritis aguda**
- 4.2 Diarrea del viajero**

5.- INFECCIONES ODONTÓGENAS

- 5.1 Caries dental**
- 5.2 Pulpitis aguda**
- 5.3 Absceso apical**
- 5.4 Profilaxis endocarditis**

7.- VARIOS

- Ajuste de dosis en insuficiencia renal
- Uso antibióticos en embarazo y lactancia
- Siglas y abreviaturas
- Advertencias de seguridad
- Grados de recomendación
- Bibliografía
- Autores

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Resfriado común	<i>Rinovirus (30-50%)</i> <i>Coronavirus (10-15%)</i> <i>No identificado 25%</i>	No indicado	A			Tto. sintomático, <u>no</u> están indicados los vasoconstrictores nasales, mucolíticos, o corticoides nasales. Hidratación, evitar humo de tabaco y contaminantes Recomendar medidas higiénicas y lavado de manos para evitar diseminación (GR A)
Faringoamigdalitis Aguda (FA)	<i>Vírica (80-90%)</i> <i>Streptococo Pyogenes (5-15%); sensibilidad 93% para Eritromicina, permite recomendar macrólidos como tto. empírico en nuestro medio.</i> <i>Mycoplasma Pneumoniae (10-15%)</i> <i>Chlamydophila Pneumoniae (8-10%)</i>	<i>Sin sospecha de S Pyogenes:</i> No indicado tto antibiótico <i>Con sospecha de S. Pyogenes (*):</i> Penicilina V (estómago vacío) 500 mg/12h vo 10 d	A A	Amoxicilina 500mg/8h vo 10 días <u>Riesgo incumplimiento o intolerancia vo:</u> Penicilina G-Benzatina 1200000 UI im DU <u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 500mg/24h vo 5 días Clindamicina 150-300mg/8h vo 10 días	A A B B	(*)Criterios de Centor - Mc Isaac si ≥ 3 puntos tto. atb. edema o exudado amigdalár (1) adenopatías laterocervicales (1) fiebre > 38º (1) ausencia de tos (1) edad: 3-14a (1), 15-44a (0), >45a (-1) Importante realizar tto. completo para prevenir recurrencias.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Faringoamigdalitis Aguda (FA) recurrente Profilaxis de recurrencias		Penicilina G-Benzatina 1200000 UI im DU <u>No indicado</u>	C D	Amoxicilina-clavulánico 500mg/12h vo 10 días	D	Valorar tto. quirúrgico si >5 episodios estreptococicos severos anuales con tto. atb. correcto.
Otitis externa circunscrita	<i>S. Aureus</i> ; 44% resistencia a MUPIROCINA. No recomendado en nuestro medio.	<u>Forúnculo:</u> Ácido fusídico 2% tópico /12 h 5 días <u>Celulitis:</u> Amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h vo 7 días	E	<u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Clindamicina 300 mg/8h vo 10 días	E	Tto analgésico. Calor local. Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua.
Otitis externa difusa	<i>P. Areuginosa</i> <i>S. Aureus</i>	<u>No complicada</u> <u>No indicado</u> <u>Sin mejoría a las 48-72h</u> Ácido acético tópico 2% 4-6 gotas/6-8h 10 días + Ciprofloxacino tópico 0.3% 2-4 gotas/8-12h 7-10 días	A D A	<u>Si edema del CAE:</u> Ciprofloxacino + fluocinolona tópico 2-4 gotas/12h 7 días	A	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Miringitis bullosa leve	<i>Vírica</i>	No indicado	C			Alcohol boricado 70º a saturación 5 gotas/12h 10 días.
Miringitis bullosa extensa	<i>Mycoplasma Pneumoniae</i>	Azitromicina 500 mg/12h vo 3 días	E			
Otitis media aguda	<i>S. Pneumoniae (33%)</i> <i>H. Influenzae (27%)</i> <i>S. Pyogenes (5%)</i> <i>S. Aureus (2%)</i> <i>M. Catharralis (1%)</i> <i>Vírica</i>	No indicado. Actitud expectante salvo excepciones (*). Valorar prescripción diferida <u>Si no mejora en 48-72 h:</u> Amoxicilina 750-1000 mg/12h vo 7 días <u>Si no mejora tras 48-72h con Amoxicilina o si fiebre >39ºc y/o otalgia intensa:</u> Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h vo 10 días <u>Si evolución favorable valorar acortar la duración del tto. atb. a 5 días.</u>	A B C A	<u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 500 mg/24h vo 3 días <u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 500 mg/24h vo 3 días	A A	Tto. analgésico. Evitar entrada de agua en el oído. (*) Excepciones: fiebre >39º, otalgia intensa, patología de base, mal acceso a consulta.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Sinusitis aguda	<p><i>Vírica (90%)</i></p> <p><i>Bacteriana (10%)</i> <i>S. Pneumoniae (20-43%)</i> <i>H. Influenzae (20-43%)</i> <i>M. Catharralis (2-10%)</i> <i>Anaerobios</i> <i>S. Aureus</i></p> <p><u>Sugiere etiología viral:</u> prurito ocular y nasal, rinorrea acuosa, estornudos, congestión nasal, goteo retronasal.</p>	<p>No indicado. Actitud expectante</p> <p><u>Síntomas intensos > 7-14 días o sugestivos de bacteriana no grave (1):</u> Amoxicilina 500-1000 mg/8h vo 5-7 días</p> <p><u>Sin mejoría tras 48-72h de tratamiento con Amoxicilina o sospecha de resistencia (2), severidad, comorbilidad:</u> Amoxicilina-clavulánico 875-1000 mg/12h vo 7 días</p> <p><u>Si evolución favorable acortar la duración del tto. atb. a 5 días.</u></p>	<p>A</p> <p>C</p> <p>D</p>	<p><u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Claritromicina 250-500 mg/12h vo 7-10 días</p> <p>Levofloxacino 500mg/24h vo 10-14 días</p> <p><u>Sospecha origen odontogénico:</u> Clindamicina 300mg/8h vo 7-10 días</p>	<p>A</p> <p>A</p>	<p>Lavados nasales con suero fisiológico. Dormir con la cabeza elevada.</p> <p>(1) Fiebre, dolor facial, rinorrea purulenta, obstrucción nasal, cefalea, otalgia, dolor dental, halitosis, cansancio.</p> <p>(2)>65a, tto. atb. en el último mes, ingreso 5 días previos, comorbilidad, inmunosupresión, tabaquismo, fracaso previo amoxicilina.</p>
Laringitis	<p><i>Vírica > 90%</i></p> <p><i>Bacterianas (sobreinfección):</i> <i>M. Pneumoniae</i> <i>S. Pneumoniae</i> <i>H. Influenzae</i></p>	No indicado	A			<p>Reposo de la voz. Tto. analgésico</p> <p>Descartar sobreinfecciones bacterianas potencialmente graves.</p>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Bronquitis aguda	Vírico 95%	No indicado	A			La purulencia del esputo no implica infección bacteriana y no indica el uso de atb.
Bronquitis aguda en >65a o signos de alarma (*)	Bacteriana 5% <i>M. Pneumoniae</i> <i>C. Pneumoniae</i> <i>H Influenzae</i>	Valoración individual. La necesidad de atb. es excepcional.		<p><i>Si hay riesgo de neumonía:</i> Amoxicilina 500mg/8h vo 5 días</p> <p><u>Alergia a betalactámicos:</u> Claritromicina 500 mg/12h vo 5 días</p> <p><u>Si alergia a Betalactámicos y contraindicación a macrólidos:</u> Levofloxacino 500mg/24h vo 5 días</p>	A C	<p>Tratamiento sintomático.</p> <p>La sintomatología puede durar hasta 3 semanas.</p> <p>(*) Signos de alarma: disnea, taquipnea, dolor torácico, hemoptisis, mal estado general, enfermedad cardiopulmonar de base, inmunodeprimidos, fiebre alta, taquicardia, <TA.</p>
Sospecha de infección por <i>Bordetella pertussis</i> (*)		<p>Claritromicina 500 mg/12h vo 7 días</p> <p>Azitromicina 500mg/24h vo 3 días o 500mg/24h vo 1º día y 250mg/24h vo 2º a 5º día</p>	D D	<p><u>Sospecha de resistencia, intolerancia o contraindicación a macrólidos</u> Trimetropim/sulfametoxazol 160-800 mg/12 h vo 7 días</p>	D	<p>(*) Tos de al menos 2 semanas con al menos 1 de estos 3 criterios; tos paroxística, estridor inspiratorio, vómitos producidos por tos.</p> <p><u>Aislamiento respiratorio hasta 5 días de inicio del tto. atb.</u></p>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Profilaxis de exacerbaciones EPOC	<i>Vírica</i> ; 30-40 % <i>Bacteriana</i> ; 50-70 % <i>H. Influenzae</i> 50 %	No indicado	A			<p>(*) Sospecha bacteriana: Criterios de Anthonisen: Espujo purulento Aumento de disnea Aumento de volumen de espujo Inicio atb. si 2-3 criterios en EPOC leve -moderada, en EPOC grave tto atb. independientemente del numero de criterios.</p> <p>(**) Riesgo P. Aeruginosa: -Tto. atb. en los últimos 3 meses o en 4 ocasiones en el último año. -Uso prolongado o frecuente de corticoides -Hospitalización reciente. -Aislamiento previo de P. Aeruginosa. -FEV1< 30%. -Bronquiectasias significativas.</p> <p>Solicitar cultivo espujo; Tto. atb. frecuente, exacerbaciones graves frecuentes y FEV1<50%</p>
Exacerbación de EPOC <u>sin</u> criterios de infección bacteriana (*)	<i>S. Pneumoniae</i> 15-25 % <i>M. Catarrhalis</i> 10-30 % <i>Enterobacterias</i> <i>Gérmenes atípicos (Chlamydophila Pneumoniae,</i> <i>Mycoplasma Pneumoniae)</i>	No indicado	A			
Exacerbación de EPOC <u>con</u> sospecha de infección bacteriana (*)	<i>En EPOC severa.</i> <i>P. Aeruginosa</i> <i>S. Aureus</i>	<p><u>FEV1 > 50 %, (moderado / leve)</u> Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8h vo 5 días.</p> <p><u>FEV1 < 50 %, (grave) sin riesgo de infección P. Aeruginosa</u> Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h vo 5-7 días</p> <p><u>FEV1 < 50 %, (grave) con riesgo de infección P. Aeruginosa (**)</u> Levofloxacino 500 mg/12h vo 5-7 días</p> <p>Ciprofloxacino 750 mg/12h vo 5-7 días</p>	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p>	<p>Cefditoreno 200-400 mg/12h vo 5 días</p> <p><u>Alérgicos a betalactámicos o fallo de atb. 1ª elección :</u> Levofloxacino 500 mg/24 h vo 5 días</p> <p><u>Si mala respuesta a tto. o confirmación de P. Aeruginosa</u> Derivación hospitalaria</p>	<p>C</p> <p>A</p>	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Neumonía Aguda de la Comunidad (NAC)	<p><u>Bacteriana:</u> <i>S. Pneumoniae</i> (14-36%) <i>M. Pneumoniae</i> (16-33%) <i>Ch. Pneumoniae</i> (12-37%) <i>H. Influenzae</i> (1-14%) <i>Legionella Pneumoniae</i></p> <p><u>Vírica (15-33%)</u></p> <p>No se consigue aislar el patógeno en el 40-60 % de los casos</p>	<p><u>NAC en pacientes <65 años, sin enfermedad crónica subyacente;</u> Amoxicilina 1 gr/8h vo 5 días</p>	A	<p><u>Alergia a betalactámicos:</u> Levofloxacino 750 mg/24 h vo 5 días</p>	C	<p>Reevaluación clínica a las 48-72 horas de inicio del tratamiento, valorar aumentar duración tto. si no desaparece fiebre en ese plazo.</p> <p>Control radiológico a las 4-6 semanas del diagnóstico o antes de los 30 días si la evolución no es favorable.</p> <p>Escala CRB-65 Confusión FR > 30 x minuto TAs < 90 mmHg ó Tad < 60 mmHg Edad igual o superior a 65 años CRB-65 =0 Tratamiento ambulatorio CRB-65= 1 Valoración y supervisión hospitalaria excepto si el único criterio es la edad, en este caso se realizará valoración clínica individualizada. CRB-65 >1 Tto. hospitalario.</p>
		<p><u>NAC en pacientes >65 años o con enfermedad crónica subyacente;</u> Amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h vo 5 días</p>	A	<p><u>Alergia a betalactámicos:</u> Levofloxacino 750 mg/24 h vo 5 días</p>	A	
		<p>Amoxicilina-clavulánico 2g-125 mg/12 h vo 5 días</p>	A			
		<p>NAC con <u>sospecha de gérmenes atípicos o sin orientación diagnóstica;</u> Levofloxacino 750 mg/24 h vo 5 días</p>	A	<p>NAC con <u>sospecha de gérmenes atípicos y <18 años o riesgo potencial de epilepsia;</u> Azitromicina 500 mg/24 h vo 3 días</p>	A	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Gastroenteritis aguda	Virus	<p>No indicado</p> <p><i>Sospecha diarrea invasiva o enfermedad de base (*):</i></p> <p>Valorar derivación hospitalaria</p> <p>Ciprofloxacino 500 mg/12 vo 3 días</p>	A			<p>Reposición soluciones hidroelectrolíticas, dieta astringente.</p> <p>Solicitar coprocultivo: Antes de inicio tto atb. Síntomas > 7 días Enfermedad grave Estudio de brotes</p> <p>(*) Criterios tto atb; Rectorragia + fiebre >38°C + tenesmo Inmunodeprimidos Portadores prótesis Ancianos</p>
Diarrea por antibióticos	<p><i>No infecciosa</i></p> <p><i>Clostridium Difficile</i></p>	<p><i>Leve:</i> No indicado</p> <p><i>Moderada:</i> Solicitar toxina C. Difficile heces, si se confirma iniciar tto. atb. y valorar derivación hospitalaria (**)</p> <p>Metronidazol 500mg/8h vo 10 días</p> <p><i>Grave:</i> Derivación hospitalaria</p>	D			<p>Reposición soluciones hidroelectrolíticas, dieta astringente, probióticos.</p> <p>Suspender tto. atb. si moderada-grave</p> <p>(**) enfermedad de base, severidad, inmunodeprimidos, recidivas, fracaso tto.</p>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Diarrea del viajero (aparición entre los 2 días y 2 semanas del viaje a zonas endémicas)	<i>E. Colli</i>	<u>Profilaxis</u> No indicado (*)	D			(*)Excepciones: Inmunodeprimidos, crohn , colitis ulcerosa, ileostomizados Medidas generales (ver gastroenteritis aguda) Solicitar coprocultivo: Antes de inicio tto atb. Síntomas > 7 días Enfermedad grave
	<i>Shigella</i>					
	<i>Campylobacter</i>					
	<i>Parásitos</i>	<u>Leve</u> No indicado	A			
	<i>Virus</i>	<u>Moderada-Grave</u> Ciprofloxacino 750 mg DU	A	<u>Sin mejoría en 24h</u> Ciprofloxacino 750 mg/24h vo 3 días	A	
		<i>Si viaje sudeste asiático o India</i> Azitromicina 1gr vo DU o 500mg/24 vo 3 días (si diarrea disentérica o febril)	A	<u>Sin mejoría en 24h</u> Azitromicina 1gr/24h vo 3 días	A	

ERRADICACIÓN H PYLORI

Indicaciones tto. erradicador: úlcera péptica, erosiones duodenales sin antecedentes de ingesta AAS o AINE, linfoma MALT, dispepsia funcional, tto. AAS a dosis bajas, muñón gastrectomía en operados de cáncer gástrico, familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico, gastritis linfocítica, enfermedad de Menetrier, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia ferropénica no explicada.

Es imprescindible asegurar la adecuada adherencia al tto., evitando omisiones en las tomas, para conseguir el éxito.

ENTIDAD CLÍNICA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	TRATAMIENTO EN ALERGIA A PENICILINA	OBSERVACIONES
Primera línea de tto.	Omeprazol 20mg/12h vo 14 días Claritromicina 500mg/12h vo 14 días Amoxicilina 1gr/12h vo 14 días Metronidazol 500mg/12h vo 14 días	Omeprazol 20mg/12h vo 10 -14 días Bismuto subcitrato 120mg/6h vo o 240mg/12h vo 10-14 días Doxiciclina 100mg/12h vo 10 - 14 días Metronidazol 500mg/8h vo 10-14 días ó Omeprazol 20mg/12h vo 10 días + Bismuto Subcitrato 140mg + Metronidazol 125mg + Tetraciclina 125mg (existe un preparado comercial que asocia estos tres fármacos con posología 3 cápsulas/6h vo 10 días)	La erradicación debe de ser evaluada 4 semanas después de finalizar tto. Suspende inhibidores de bomba de protones 15 días y antibióticos 4 semanas antes de realizar el test de confirmación de erradicación.

ENTIDAD CLÍNICA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	TRATAMIENTO EN ALERGI A PENICILINA	OBSERVACIONES
Segunda línea de tto. (en caso de fracaso de la primera línea de tto.)	Omeprazol 20mg/12h vo 14 días Amoxicilina 1gr/12h vo 14 días Levofloxacino 500mg/24h vo 14 días Bismuto subcitrato 240mg/12h vo 14 días o Omeprazol 20mg/12h vo 10 -14 días Bismuto subcitrato 120mg/6h vo o 240mg/12h vo 10-14 días Doxiciclina 100mg/12h vo 10 - 14 días Metronidazol 500mg/8h vo 14 días o Omeprazol 20mg/12h vo 10 días + Bismuto Subcitrato 140mg + Metronidazol 125mg + Tetraciclina 125mg (existe un preparado comercial que asocia estos tres farmacos con posología 3 cápsulas/6h vo 10 días)	Omeprazol 20mg/12h vo 10 días Levofloxacino 500mg/24h vo 10 días Claritromicina 500mgr/12h vo 10 días	La erradicación debe de ser evaluada 4 semanas después de finalizar tto. Suspender inhibidores de bomba de protones 15 días y antibióticos 4 semanas antes de realizar el test de confirmación de erradicación.
Tercera línea de tto.	Derivación hospitalaria	Derivación hospitalaria	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
<p>Pielonefritis aguda no complicada sin criterios de ingreso hospitalario (*) y sin riesgo de microorganismos resistentes (**).</p>	<p><i>E. Coli</i> (70-95%); 24% resistencias a CIPROFLOXACINO y 19% a AMOXICILINA-CLAVULÁNICO, en nuestro medio, no se recomienda su uso empírico en infección de vías urinarias altas.</p> <p><i>Proteus sp</i> <i>Klebsiella sp,</i> <i>S. Saprophyticus</i> <i>Streptococcus Agalactiae</i></p>	<p>Cefuroxima 500 mg /12 h vo 10 días</p> <p>Cefixima 400 mg /24 h vo 10 días</p> <p>Se recomienda control clínico estrecho y revisión en 24-48 horas. Si no hay mejoría tras 3 días de tratamiento, derivación hospitalaria.</p>	<p>B</p> <p>B</p>	<p><u>Alérgicos a Betalactámicos;</u> Derivación hospitalaria</p>	<p>A</p>	<p><u>Urocultivo previo</u> siempre <u>No precisa urocultivo post-tratamiento</u> (*) Criterios de ingreso; sepsis, complicación local (dolor intenso, hematuria, masa renal, insuficiencia renal aguda), ancianos, patología de base (DM, cirrosis, neoplasia, trasplante), inestables tras 6-12 horas de tto. atb., intolerancia vo. (**) Riesgo resistentes: Manipulación urológica reciente, sonda uretral permanente, tto. atb. previo, infección adquirida hospitalaria.</p>
<p>Bacteriuria asintomática; solo tto. en embarazadas (*) y previo a cirugía urológica</p>	<p><i>E. Coli</i> (80%) <i>Proteus sp,</i> <i>Enterococcus</i></p>	<p>No indicado, tto atb. salvo excepciones y con urocultivo previo. Si precisa tto. usar preferentemente Fosfomicina trometamol 3 g vo DU Amoxicilina-clavulánico 500mg/8h vo 5 días</p>	<p>A</p>			<p>(*) Embarazadas; - Urocultivo cribado (12s-16s) - Urocultivo post tto. - Urocultivo mensual hasta el parto</p>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Cistitis aguda simple y reinfecciones (< 3/año) en la mujer	<i>E. Coli</i> (63%), 24% resistencias a CIPROFLOXACINO y 23% resistencias a TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL en nuestro medio, no se recomienda su uso empírico en infección urinaria. <i>Proteus sp,</i> (6%) <i>Klebsiella sp</i> (13%) <i>E. Faecalis</i> (5%) <i>S. Saporfiticus</i>	Fosfomicina trometamol 3 g vo DU Informar que los síntomas pueden persistir 2-3 días. Se recomienda administrar con el estómago vacío antes de acostarse, después de haber vaciado la vejiga.	A	Nitrofurantoína 100 mg/12h vo 5 días (Contraindicado si CrCl < 45 ml/min) Amoxicilina-clavulánico 500mg/8h vo 5 días Cefuroxima 250mg/12h vo 3-5 días (si no son posibles opciones previas)	A	No precisa urocultivo excepto en embarazadas. Fosfomicina en dosis única proporciona niveles urinarios por encima de la CMI 3 días y se elimina durante más de 7 días.
Recidiva de cistitis aguda en la mujer (< 15 días de fin de tto. atb. previo)		Tratamiento según antibiograma. Si síntomas intolerables usar atb. diferente al previo mientras espera urocultivo.				<u>Solicitar urocultivo previo siempre</u>
Cistitis recurrente en la mujer (≥3 episodios anuales, con diferente cepa). Tratamiento preventivo.		Fosfomicina trometamol 3 g vo DU cada 7-10 días durante 6-12 meses <u>Si origen postcoital alternativa:</u> Fosfomicina trometamol 3 g vo DU potcoital	B B	<u>Previa confirmación de sensibilidad con antibiograma</u> Trimetoprim-sulfametoxazol 40 a 80mg - 200mg/24h vo 6-12 meses	D	<u>Urocultivo previo y confirmar erradicación antes de inicio tto.</u> Si reaparece infección realizar ciclo atb. completo y reanudar profilaxis con otro atb. <u>Valorar estudio urología</u>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Cistitis aguda en gestación	<p><i>E Coli</i>; 19% resistencias a AMOXICILINA-CLAVULÁNICO. no se recomienda su uso empírico en nuestro medio por la potencial complicación de vía urinaria alta en estas pacientes.</p> <p><i>Proteus sp,</i> <i>Klebsiella sp</i> <i>E. Faecalis</i> <i>Staphylococcus sp.</i></p>	Fosfomicina-trometamol 3 g vo DU	A	Cefuroxima 250 mg/12 h vo 3-5 días	B	<p>Urocultivo previo y 1-2 semanas tras tto.</p> <p>Si fracaso tto según antibiograma 14 días</p> <p>Urocultivo mensual hasta el final del embarazo.</p>
		<p>Si se detecta ITU por <i>Streptococcus Agalactiae</i> (estreptococo del grupo B) en cualquier momento del embarazo, es obligatoria la profilaxis antibiótica durante el parto para prevenir la sepsis neonatal, independientemente de que la infección haya sido tratada adecuadamente.</p> <p><i>S. agalactiae</i> < 70% sensibilidad a Clindamicina y Eritromicina.</p> <p>NO OLVIDAR INCLUIR EN ALERGICAS A PENICILINA NOTA PARA LABORATORIO</p>				
Profilaxis en cistitis de repetición de la gestante		<p>Fosfomicina-trometamol 3 g vo DU cada 10 días hasta parto</p> <p>Cefalexina 125-250mg/6h vo hasta el parto</p> <p>Cefaclor 250mg/24h vo hasta el parto</p>	<p>B</p> <p>B</p> <p>B</p>			<p>Administración nocturna una vez finalizado el tto. completo de la última infección.</p> <p>Urocultivo de seguimiento mensual, si reaparece infección realizar ciclo atb. completo y reanudar profilaxis con atb. diferente.</p>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Cistitis en varón	<p><i>E. Coli</i> (63%), 24% resistencias a CIPROFLOXACINO y 23% resistencias a TRIMETROPRIM-SULFAMETOXAZOL en nuestro medio, no se recomienda su uso empírico en infección urinaria.</p> <p><i>Proteus</i> <i>Klebsiella</i> <i>Pseudomonas Aeruginosa</i> <i>Enterobacter</i> <i>Serratia</i> <i>Acinetobacter</i> <i>Corynebaeterium</i> <i>Enterococcus Faecali</i></p>	<p><u>< 40años, no complicada (*)</u> Fosfomicina-trometamol 3 g vo DU (en caso de duda de afectación prostática valorar uso de quinolonas, ver prostatitis)</p>	E			<p><u>Siempre realizar urocultivo previo.</u> Cuando sea posible, esperar resultado y tratar según antibiograma.</p>
		<p><u>>40 años o complicada (*)</u> Cefixima 400mg/24h vo 7-14 días (14 días en ancianos)</p>	B	<p>Gentamicina 3-5mg/kg/24 im (sólo o asociado a cefalosporina oral)</p>	B	<p>(*) No complicada; < 40 años + no afectación sistémica + no patología urológica previa.</p>
		<p><u>Fallo terapeutico</u> Ciprofloxacino 500mg/12h vo 7-14 días</p>	B	<p><u>Derivación hospitalaria</u></p>		<p><u>Realizar urocultivo post tto.</u></p>
		<p><u>Recurrencia (sospecha de prostatitis)</u> Ciprofloxacino 500mg/12h vo 4 semanas</p>	B			<p><u>Evaluación urológica</u> en todo varón >40 años o criterios ITU complicada o a partir del segundo episodio.</p>
		<p>Levofloxacino 500mg/24h vo 4 semanas</p>	B			

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Profilaxis atb. en el sondaje o recambio de sonda		No recomendado	C			
Cistitis en el paciente tras retirada de sondaje de corta duración y sin atb. previo		Fosfomicina trometamol 3 g vo DU	D			Indicado <u>urocultivo previo</u> a tto.
Cistitis en paciente con sondaje de larga duración		Indicado urocultivo previo, si no puede esperar resultado Cefixima 400mg/24h vo 7-14 días (10-14 días si lesión medular) Ajustar tto. según antibiograma con posterioridad	B	<u>Alérgicos a Betalactámicos;</u> Gentamicina 3-5mg/kg/24 im	B	La orina turbia y maloliente aislada no es criterio de infección urinaria y no indica la toma de urocultivo. No se recomiendan los urocultivos post tto. a no ser que persistan los síntomas.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Prostatitis aguda	<p><i>E. Coli</i> 95%; 24% de resistencia a CIPROFLOXACINO en nuestro medio, dada la alta concentración del atb. en próstata se recomienda iniciar tto. con fluorquinolonas. 23% resistencias a TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL no se recomienda su uso empírico.</p> <p><i>Klebsiella</i> spp. <i>Proteus</i> spp</p>	<p><u>Sin afectación de estado general:</u> Ciprofloxacino 500mg/12h vo 2-4 semanas</p> <p>Levofloxacino 500mg/24h vo 2-4 semanas</p> <p>Estos atb. pueden ser combinados con aminoglucósido im</p> <p><u>Con afectación de estado general:</u> Derivación hospitalaria</p>	<p>B</p> <p>B</p> <p>B</p>			<p><u>Urocultivo previo siempre.</u></p> <p><u>Urocultivo post tto. siempre.</u></p> <p>Realizar seguimiento clínico estrecho con derivación hospitalaria si no hay respuesta clínica en 72h o hay empeoramiento.</p>
Prostatitis crónica bacteriana	<p>Enterobacterias 80% <i>Staphylococcus</i> sp. <i>S. viridans</i></p>	<p>Nuestro actual mapa de resistencias recomienda el estudio previo antes del tto.</p> <p><u>NO SE RECOMIENDA TRATAMIENTO EMPÍRICO.</u></p>				<p>Diagnóstico; Prueba de los cuatro vasos de Stamey-Meares.</p> <p>Valorar estudio urológico.</p>
Prostatodina		<u>No recomendado</u>				

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Orquiepididimitis con sospecha de ITS (<35a. generalmente)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (*) <i>Chlamydia trachomatis Mixta</i> (40-50%)	Ceftriaxona 250 mg IM DU (diagnóstico hospitalario) + Doxiciclina 100 mg/12h vo 10días	B	<u><i>Alergia a Cefalosporinas:</i></u> Realizar estudio alergológico de confirmación Ofloxacino (*) 200mg /12h vo 14 días	B	Indicado urocultivo y exudado uretral previo al tto. Dado el alto porcentaje de infecciones con etiología mixta el tto empírico debe cubrir ambos gérmenes.
Orquiepididimitis con sospecha de ITS + enterobacterias (práctica de sexo anal)	<i>N. gonorrhoeae</i> (*) <i>Ch. trachomatis</i> <i>E Coli</i> (**) <i>Patógenos urinarios</i>	Ceftriaxona 250 mg IM DU (diagnóstico hospitalario) + Levofloxacino (**) 500mg/24h vo 10 días u Ofloxacino (**) 300mg/12h vo 10 días	B	<u><i>Alergia a Cefalosporinas:</i></u> Realizar estudio alergológico de confirmación Ofloxacino (**) 200mg /12h vo 14 días	B	Cuando sospecha ITS tratar a la pareja y realizar despistaje en ambos.
Orquiepididimitis sin sospecha de ITS	<i>E Coli</i> (**) <i>Patógenos urinarios</i>	Levofloxacino (**) 500mg/24h vo 10 días Ofloxacino (**) 300mg/12h vo 10 días Ciprofloxacino (**) 500mg/12h vo 10 días	B B A			
<p>Orquiepididimitis: (*) <i>N. gonorrhoeae</i>; 27% resistencia a CIPROFLOXACINO en nuestro medio, (**) <i>E. Coli</i>; 24% de resistencia a CIPROFLOXACINO en nuestro medio, dada la alta concentración del atb. en testículo se recomienda iniciar tto. y seguimiento clínico estrecho con derivación hospitalaria si no hay respuesta clínica en 72h o hay empeoramiento.</p>						

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Urethritis Cervicitis	<p><i>Neisseria Gonorrhoeae</i> (25%); 27% resistencia a CIPROFLOXACINO en nuestro medio, no se recomienda su uso empírico.</p> <p><i>Chlamydia Trachomatis</i> (15-55%), Mixto (40-50%)</p> <p><i>Ureaplasma Urealyticum</i> <i>Mycoplasma Hominis</i> <i>Mycoplasma Genitalium</i> (10-40%).</p> <p>Otros: <i>Trichomonas Vaginalis</i> (4%), <i>Herpes simple</i> <i>Haemophilus spp.</i> <i>Enterobacterias</i> <i>Flora orofaríngea</i></p>	<p>Ceftriaxona 500 mg im DU (diagnóstico hospitalario) o Cefixima 400 mg vo DU + Azitromicina 1 gr vo DU (estómago vacío) o Doxiciclina 100 mg/12 vo 7-10 días</p> <p>Dada la posibilidad de infección mixta se recomienda siempre cobertura antibiótica para Gonococo y Chlamydia.</p>	A A A D	<p><u>Alergia a betalactámicos</u> Gentamicina 240mg IM DU + Azitromicina 2gr vo DU</p> <p><u>Alergia a betalactámicos en gestantes:</u> Realizar estudio alergia y valorar desensibilización si alergia a betalactámicos, está contraindicada la Doxiciclina</p>		<p>Exudado previo siempre, dos tomas; Stuart y Chlamydia, uso de torunda fina en varón. El procesamiento de la muestra para Gonococo debe ser lo más rápido posible, <u>no refrigerar</u> Toma de muestra faríngea y canal anal según historia sexual. Estudio contactos en los últimos 60 días o hasta 6 meses si HSH y escasa clínica. Despistaje otras ITS. Derivación a consulta de Dermatología – ITS para anoscopia en HSH, casos complicados o toma de muestras. Evitar RS hasta fin tto.</p>
		<p>Metronidazol 500mg/12h vo 5 días + Azitromicina (estomago vacío) 500mg/24h vo día 1 250mg/24h vi día 2º a 5º</p>	C	<p>Metronidazol 2 gr vo DU + Eritromicina 500 mg/6h vo 7 días</p>	D	Realizar exudado y tto. según antibiograma.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Vaginitis por Trichomonas	<i>Trichomona Vaginalis</i>	Metronidazol 2 gr vo DU	A	Tinidazol 2 gr vo DU	B	Es una ITS, descartar patología asociada. Estudio y tratamiento de contactos sexuales. Evitar RS hasta fin tto. Realizar exudado post tto. a los 3 meses en recurrencias y VIH+ Evitar tinidazol en gestantes, metronidazol se considera seguro.
		<u>Recurrencias:</u> Metronidazol 500 mg/12h vo 7 días	B	<u>Nueva recurrencia:</u> Metronidazol o Tinidazol 2 gr/24h vo 5-7 días o Metronidazol 750 mg/8h vo 7 días	B	
		<u>Paciente VIH +;</u> Metronidazol 500 mg/12h vo 7 días	B	Metronidazol 750 mg/8h vo 7 días	C	
		<u>Gestantes y lactancia:</u> Metronidazol 2 gr vo DU suspender lactancia 24-48h y reanudar	A	<u>Gestantes:</u> Metronidazol 500 mg/12h vo 7 días	A	
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella Vaginalis</i> <i>Prebotella spp.</i> <i>Mycoplasma Hominis</i> <i>Mobiluncus spp.</i>	Metronidazol 500 mg/12h vo 5-7 días	A	Metronidazol o Tinidazol 2 gr vo DU	A	Tratar a pacientes sintomáticas o previo a maniobra invasiva. Evitar duchas vaginales (riesgo de EPI). No hay datos que avalen uso lactobacilos. No precisa tratamiento de pareja asintomática.
		Clindamicina (crema vaginal 2%) 5 gr/24h 7 días	A	Clindamicina (óvulo vaginal) 100 mg/24h 3 días	A	
		<u>Gestantes sintomáticas</u> Metronidazol 250mg/8h vo 7 días		Clindamicina 300 mg/12h vo 7 días	A	
Vaginosis bacteriana recurrente		Metronidazol 500 mg/12h vo 10-14 días	A	Metronidazol 2 gr vo mensual + Fluconazol 150 mg vo mensual	C	Paciente VIH igual tto.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Bartholinitis en fase flemonosa	<i>Polimicrobiana</i> <i>Anaerobios (+ frecuente)</i> <i>E. Colli</i>	Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h vo 7-10 días	C	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Doxiciclina 100 mg/12h vo 7-10 días + Clindamicina 300 mg/6-8h vo 7-10 días	C	Frío local en fases iniciales. Derivar para drenaje quirúrgico en fase fluctuante.
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz (<1 año evolución)	<i>Treponema Pallidum</i>	Penicilina G Benzatina 2,4 mill. UI im DU	A	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Doxiciclina 100 mg /12h vo 14 días Azitromicina 2 gr vo DU	B B	Abstinencia sexual hasta finalizar tto. Despistaje ITS. Tratar a las parejas sexuales que el paciente haya tenido durante los 90 días previos al inicio de la úlcera.
Sífilis latente tardía o indeterminada		Penicilina G Benzatina 2,4 mill. UI im/1 dosis semanal 3 dosis en total	A	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Doxiciclina 100 mg/12h vo 28 días	B	
Sífilis terciaria		Derivación hospitalaria				
Chancro Blando	<i>Haemophilus Ducreyi</i>	Azitromicina 1 gr vo DU <u><i>Gestante y Lactancia</i></u> Ceftriaxona 250 mg im DU (diagnóstico hospitalario)	A	Ceftriaxona 250 mg im DU (diagnóstico hospitalario) Eritromicina 500 mg/6h vo 7 días Ciprofloxacino 500 mg/12h vo 3 días	B A A	Abstinencia sexual hasta finalizar tto. Despistaje ITS. Tratar a las parejas sexuales.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Absceso no complicado	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> <i>Polimicrobiano</i>	No indicado	A			Calor local. En fase de fluctuación: incisión + drenaje + cierre por segunda intención.
Absceso complicado >5cm, ancianos, rápida progresión, celulitis significativa, febrícula, patología de base, inmunodeprimidos, uso atb. reciente, hospitalización reciente, área de difícil drenaje (cara, manos, genitales), falta respuesta a drenaje	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> <i>Polimicrobiano</i>	Cefadroxilo 1gr/12-24h vo 5 días Cefalexina 500mg/8-12h vo 5 días Cloxaciclina 500mg/6h vo 5 días	C C C	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-600 mg/8h vo 5-10 días Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/800 /12h vo 5-10 días	C B	Calor local. En fase de fluctuación: incisión + drenaje + cierre por segunda intención.
Absceso grave hipotensión, taquipnea >24, taquicardia >90, fiebre <36 o >38°C, inmunodeprimidos, fracaso terapéutico.	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> <i>Polimicrobiano</i>	Derivación hospitalaria	C			
Absceso en pacientes con factores riesgo SARM (*)	SARM	Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/800 /12h vo 5-10 días	C			(*) Uso atb. frecuente, HsH, DM, brote en comunidad cerrada, deportes de contacto, inmunodeficiencia, portador sonda vesical.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Celulitis no complicada	<i>S. Beta Hemolíticos</i> <i>S. Aureus</i>	Cefadroxilo 1gr/12-24h vo 5 días Cefalexina 500mg/8-12h vo 5 días Cloxaciclina 500mg/6h vo 5 días	B B C	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-600mg/8h vo 5-7 días	B	Elevar miembro afecto. Delimitar extensión para control clínico. Valorar Prednisona vo 40mg/24h 7 días si no DM asociada Aumentar duración de tto. a 10 días si lo precisa según evolución clínica.
Celulitis facial	<i>H. influenzae</i> <i>S. Neumoniae</i>	Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8h vo 7 días	C			
Celulitis grave rápida progresión, facial extensa, necrosis o <sensibilidad cutanea, MEG, enf. grave base (*), inestable hemodinamica mala respuesta a tto. vo	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> <i>Bacilos Gram -</i>	Derivación hospitalaria				(* DM, enfermedad vascular periférica, alcoholismo, malnutrición, neoplasia, inmunodepresión, ADVP, cirrosis, ancianos.
Celulitis en paciente con factores riesgo SAMR (*)	SARM	Trimetropim-sulfametoxazol 160-800 mg/12h vo 10 días	B	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-450 mg/8h vo 7-10 días	B	(* Uso previo de atb. frecuente, HsH, DM, brote comunidad cerrada, inmunodeficiencia deporte contacto, portador sonda vesical, secundaria venopunción en ADVP o adm. im esteroides en gimnasio.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Pie diabético con úlcera no infectada (ausencia de edema, induración, eritema, dolor, calor o secreción purulenta)		No indicado	A			Control metabólico. Cuidados generales piel. Revisiones regulares. Descarga de presión No toma de muestra. No se recomiendan los antibióticos preventivos.
Pie diabético con infección leve-moderada reciente no tratada con atb.	<i>S. Aureus</i> <i>Streptococcus spp</i>	Cefadroxilo 1gr/12-24h vo 7 días Cefalexina 500mg/8-12h vo 7 días Cloxaciclina 500mg/6h vo 5 días	D D D	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300 mg/8h vo 7-14 días	D	Tratamiento local de la úlcera. Aumentar duración de tto. a 14 días si lo precisa según evolución clínica.
Pie diabético con infección leve de larga evolución o tratada previamente con atb.	<i>Polimicrobiana</i> (Gram - BLEE <i>Anaerobios</i>)	Amoxicilina-clavulánico 875 mg/8h vo 7-14 días	D	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300 mg/8h vo 7-14 días	D	Toma de muestra previa al inicio de tto. Tratamiento local úlcera.
Pie diabético con infección leve de larga evolución y sospecha SARM	SARM	Trimetropim-sulfametoxazol 160-800 mg/12h vo 5-7 días	A			Aumentar duración de tto. a 14 días si lo precisa según evolución clínica.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Foliculitis	<i>S. Aureus</i> ; 44% resistencia a MUPIROCINA. No recomendado en nuestro medio.	Ácido fusídico 2% tópico /12 h 5 días	E			Calor local. Antisépticos locales. No toma de muestras. Medidas higiénicas de prevención - transmisión
Foliculitis extensa, facial, fiebre	<i>S. Aureus</i>	Cefadroxiilo 1gr/12-24h vo 5 días Cefalexina 500mg/8-12h vo 5 días Cloxaciclina 500mg/6h vo 5 días	C C C	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-600 mg/8h vo 7 días	C	Valorar si precisa drenaje quirúrgico en lesiones extensas.
Foliculitis de las piscinas	<i>P. Aeruginosa</i>	Ácido acético tópico al 1% 15 minutos/24 horas 10 días	E	Si repercusión sistémica: Ciprofloxacino 500 mg/12 horas vo 7 días	E	Expuestos a agua posiblemente contaminada; piscinas, saunas, baños calientes.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Herida infectada tras cirugía limpia con eritema <u>menor</u> de 5cm y <u>sin</u> signos de afectación sistémica (fiebre <38º, FC >110)	<i>Staphylococcus</i>	No indicado	D			Efectuar drenaje retirando sutura quirúrgica y cura con antiséptico tópico. Se recomienda siempre toma de cultivo (2 torundas) previo al tratamiento antibiótico.
Herida infectada tras cirugía limpia con eritema <u>mayor</u> de 5cm o <u>con</u> signos de afectación sistémica (fiebre >38º, FC >110)	<i>Staphylococcus</i>	Cloxacilina 500 mg/6h vo 5 días Cefadroxilo 500 mg/12h vo 5 días	C C	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 150-450 mg/8h vo 5 días	C	
Herida quirúrgica con riesgo de SARM (*) o tras cirugía contaminada (genital, gastrointestinal) o localización axilar o perianal	SARM Gram - <i>Enterococcus</i> <i>Anaerobios</i>	Derivación hospitalaria	C			(*) Hospitalización reciente, diálisis, institucionalizados, portadores catéteres o dispositivos médicos cutáneos
Herida con exposición agua dulce + celulitis	<i>Aeromonas hydrophila</i> <i>P: aeuroginosa</i>	Ciprofloxacino 750 mg/12h vo 7-14 días	E			
Herida con exposición agua salada + celulitis	<i>Vibrio vulnificus</i> <i>Mycobacterium marinum</i>	Doxiciclina 200 mg inicial seguido de 100 mg/12h vo 7-14 días	E	Levofloxacino 500 mg/24h vo 10 días	E	
Herida por manipulación carne o pescado + celulitis	<i>Erysipelotrix rhuipathiae</i>	Amoxicilina 500 mg/8h vo 7-14 días	E	Ciprofloxacino 750 mg/12h vo 7-14 días	E	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Impétigo localizado	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> ; 44% resistencia a MUPIROCINA. No recomendado en nuestro medio.	Ácido fusídico 2% tópico /12 h 5 días	E			Evitar contacto con las lesiones. Recomendada la toma de muestras. Adaptar el tratamiento según los resultados del cultivo
Impétigo extenso, recidivante o fracaso de tto. tópico	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i>	Cefadroxilo 1gr/12-24h vo 5 días Cefalexina 500mg/8-12h vo 5 días Cloxaciclina 500mg/6h vo 5 días	A A A	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300-600 mg/8h vo 7 días Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/800 /12h vo 5-10 días	B B	No está indicado el uso complementario de antisépticos tópicos. Uso de compresas húmedas para limpiar lesiones costrosas.
Mastitis leve y < 24-48h evolución		No indicado	A			Continuar lactancia y supervisar técnica. Aumentar número de tomas.
Mastitis sin mejoría en 24-48h o empeoramiento de estado general	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i>	Cefadroxilo 1gr/12-24h vo 10-14 días Cloxaciclina 500mg/6h vo 10-14 días	A A	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 300 mg-600/12h vo 10-14 días	D	Asociar AINE. <u>Realizar cultivo de leche para descartar SAMR en casos de mala evolución.</u>
Mastitis con absceso mamario o signos de afectación sistémica o mala respuesta a tto.		Derivación hospitalaria				

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Úlcera por presión con signos locales de infección (eritema, edema, calor, dolor, exudado purulento)	<i>Polimicrobiana</i>	<u>No indicado</u> Indicado tratamiento con cura local (lavado con suero, desbridamiento, antisépticos, cura en ambiente húmedo).	C			<u>No utilizar atb. tópicos en las úlceras infectadas.</u> Toma de cultivo solo si no respuesta a cura local mediante aspiración o biopsia tisular (periodo libre de atb. mínimo de 48h) <u>No administrar atb. vo si no hay evidencia clínica de infección (independientemente de un resultado positivo en el cultivo)</u>
Úlcera por presión con signos locales de infección, limpia, que no mejora tras 15-30 días de curas locales	<i>Polimicrobiana</i>	<u>No indicado</u> Se recomienda el uso de apósitos de plata, sulfadiazina argéntica tópica o cadexómero iodados.	C			
Úlcera por presión con signos sistémicos de infección o celulitis y <u>estabilidad</u> clínica (*)	<i>Polimicrobiana</i>	<u>Tratamiento antibiótico dirigido por antibiograma</u>	C			(*)Criterios inestabilidad FC >90 FR > 20 Temperatura >38º < 36º
Úlcera por presión con signos sistémicos de infección o celulitis e <u>inestabilidad</u> clínica (*)	<i>Polimicrobiana</i>	Derivación hospitalaria				

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Caries dental	<i>Streptococcus Mutans</i> <i>Lactobacillus spp</i> <i>Actinomyces spp</i>	No indicado	A			Cepillado dental Flúor tópico Tto. odontológico Analgesia si precisa
Pulpitis aguda con signos de propagación o afectación sistémica	<i>Polimicrobiano</i>	Amoxicilina 500mg-1gr/8h vo 5-7 días <u><i>Sin mejoría en 48h</i></u> Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h vo 5-7 días	D D	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Metronidazol 250mg/8 horas vo 7 días Claritromicina 250 mg/12 horas vo 5 días Clindamicina 150-300mg/6-8h vo 5-7 días	D D D	Tto. odontológico
Absceso periapical con fiebre y tumoración oral (flemón dentario)	<i>Polimicrobiano</i>	Amoxicilina 500mg/8h vo 5 días <u><i>Sin mejoría en 48h</i></u> Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h vo 5 días	D	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Claritromicina 250 mg/12 horas vo 5 días Metronidazol 250mg/8 horas vo 5 días Clindamicina 150mg/6h vo 5 días	D D D	Tto. odontológico
Gingivitis y Periodontitis crónica	<i>Polimicrobiano</i>	No indicado	A			Eliminación de placa Clorhexidina 0,1-0,2% tópico, enjuague Analgesia si precisa
Periodontitis agresiva	<i>Polimicrobiano</i>	Amoxicilina 500mg/8h vo 7 días + Metronidazol 500 mg/8h vo 7 días	E			Tto. odontológico
CRITERIOS DE DERIVACIÓN: Infecciones graves sin respuesta al tratamiento, celulitis odontógena con tumefacción extraoral, trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo, pacientes inmunodeprimidos.						

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Profilaxis endocarditis bacteriana en procedimientos odontógenos de riesgo (*) en pacientes con indicación (**)	<i>Streptococos</i> <i>Estafilococos</i>	Amoxicilina 2 g vo DU 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento	D	Ampicilina 2 g im DU 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento <u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 600 mg vo DU 1 hora antes de procedimiento o Clindamicina 600 mg im DU 1 hora antes de procedimiento	D D D	(**) Indicaciones de profilaxis; -portador prótesis valvular cardíaca. -endocarditis previa. -cardiopatía congénita sin reparar o reparado mediante prótesis. -cardiopatía congénita reparada con defectos residuales en el lugar o adyacente al lugar del parche o dispositivo protésico. -receptores de trasplante cardíaco que desarrollan valvulopatía cardíaca. -miocardiopatía hipertrófica -valvulopatía adquirida con estenosis o regurgitación.
(*) Procedimientos dentales con riesgo de bacteriemia: raspado y alisado radicular, exodoncia, colocación subgingival de fibras antibióticas, inyecciones anestésicas locales en tejidos infectados, limpieza profiláctica de dientes, cirugía periodontal y colocación de implante dental.						

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Resfriado común	<i>Rinovirus (30-50%) Coronavirus (10-15%) Adenovirus</i>	No indicado <u>No existe evidencia de que el uso "preventivo" de atb. disminuya el riesgo de otitis o neumonía en < 5 años.</u>	A			Tto. sintomático, se desaconseja el uso de salicilatos en <16 a. (riesgo de Sdm. Reye) No se recomiendan antihistaminicos, mucolíticos ni descongestivos. Medidas higiénicas y lavado de manos para evitar diseminación.
Faringoamigdalitis Aguda (FA)	<i>Vírica (40-80%) (80-90%) en < 3 años</i> <i>Streptococo Pyogenes</i> sensibilidad 93% para Eritromicina, permite recomendar macrólidos como tto. empírico en nuestro medio. <i>(30-40%) 3-13 años (5-10%) 2-3años (3-7%) <2 años;</i> <i>M. Pneumoniae Chlamydophila Pneumoniae</i>	<u><i>Sin sospecha de S. Pyogenes:</i></u> No indicado Valorar prescripción diferida <u><i>Con sospecha de S. Pyogenes (*):</i></u> Penicilina V (estómago vacío) < 27Kg peso 250 mg o 400.00UI/12h vo >27Kg peso 500 mg u 800.000 UI/12h vo 10 días (máximo 3gr/24h) o bien Penicilina V (estomago vacío): 50 mg/kg/día 2 tomas vo 10 días (máximo 3 gr/día)	A A	Amoxicilina 40-50mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 3gr/24h) <u><i>Incumplimiento o intolerancia</i></u> Penicilina G-Benzatina < 27 Kg. 600.000 UI im DU >27Kg. 1.200.000 UI im DU <u><i>Alérgicos a Betalactámicos:</i></u> Azitromicina 12mg/kg/24h 1 toma vo 5 días (máximo 500mg/24h) <u><i>Si alergia no anafiláctica</i></u> Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2gr/24h)	A A B B	(*) Criterios de Centor - Mc Isaac, si ≥ 3 puntos tto. atb. - edema o exudado amigdalár (1) - adenopatías - laterocervicales (1) - fiebre > 38º (1) - ausencia de tos (1) - edad: 0-2 años (0) 3-15 años (1) <u>Importante realizar tto. completo para prevenir recurrencias.</u>

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Faringoamigdalitis Aguda (FA) estreptocócica recurrente(*)		Penicilina G-Benzatina < 27 Kg 600.000 UI im DU > 27 Kg 1.200.000 UI im DU	B	Amoxicilina-clavulánico 45 mg/kg/día 2 tomas vo 10-14 días (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)		(*) <u>Definición:</u> ≥ 5 episodios en 1 año algunos incapacitantes o bien nuevo episodio con cultivo positivo poco tiempo después de finalizar tto. adecuado de 10 días
		No indicado	D			
Prevención de recurrencias en la FA estreptocócica						
Escarlatina	<i>S. Pyogenes</i>	Penicilina V (estómago vacío) < 27Kg peso 250 mg o 400.00UI/12h vo >27Kg peso 500 mg u 800.000 UI/12h vo 10 días (máximo 3gr/24h) o bien Penicilina V (estomago vacío): 50 mg/kg/día 2 tomas vo 10 dias (máximo 3 gr/día <u>Incumplimiento, intolerancia vo, recurrencias, falta de respuesta a tto:</u> Penicilina G-Benzatina < 27 Kg. 600.000 UI im DU >27Kg. 1.200.000 UI im DU	A	Amoxicilina 50mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 3gr/24h) <u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 12mg/kg/24h 1 toma vo 5 días (máximo 500mg/24h) <u>Si alergia no anafilactica</u> Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2gr/24h)	D	Recomendado cultivo exudado faríngeo para confirmación diagnóstica, suspender tto. si negativo. No acudir a centro escolar (mínimo 24h desde inicio tto. atb.)
			A		D	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Otitis externa localizada	<i>S. Aureus</i>	<i>Forúnculo:</i> Ácido fusídico 2% tópico /8 h 5-7 días				Tto analgésico. Calor local. Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua.
Otitis externa difusa no complicada	<i>P. Aeruginosa</i> <i>S. Aureus</i>	Ciprofloxacino tópico 0,3% 2-4 gotas/8-12h 7-10 días	D	Si edema del CAE Ciprofloxacino + fluocinolona tópico 2-4 gotas/12h 7 días	D	
Otitis externa con celulitis o afectación estado general	<i>S. Aureus</i>	Cloxaciclina 50-100mg/kg/24h 4 tomas vo 5-10 días (máximo 4gr/24h) Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 3 tomas vo 10-14 días (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)	A E	<u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Clindamicina 15-25 mg/kg/24h 3 tomas vo 10 días (máximo 1,8gr/24h)	E	Tto analgésico. Calor local. Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua.
Otitis Media Aguda < 6 meses	<i>Vírica (20%)</i> <i>Bacteriana (80%);</i> <i>H. Influenzae (42%)</i> <i>S. Pneumoniae (31%)</i> <i>M. Catharralis (1%)</i> <i>S. Aureus (1-3%)</i>	Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 3 tomas vo 10 días (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)	E	<u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 10mg/kg/24h 1 toma vo 3 días (máximo 500mg/24h) <u>Si alergia no anafiláctica</u> Cefuroxima 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2-4gr/24h)	E E	Asociar analgesia + medidas generales. No se recomienda el uso de gotas óticas, nasales, mucolíticos ni antihistamínicos.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Otitis Media Aguda (OMA) 6 meses - 2 años	<i>Vírica (20%)</i> <i>Bacteriana (80%);</i> <i>H. Influenzae (42%)</i> <i>S. Pneumoniae (31%)</i> <i>M. Catharralis (1%)</i> <i>S. Aureus (1-3%)</i>	<i>Otalgia leve, < 48h evolución, fiebre <39º</i> Amoxicilina 80-90mg/kg/24h 2-3 tomas vo 10 días (máximo 3gr/24h)	A	<u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 10mg/kg/24h 1 toma vo 3 días (máximo 500mg/24h)	A	(*) Signos de severidad; bilateralidad, otalgia moderada-severa, > 48h evolución, fiebre > 39º, vómitos, otorrea, celulitis, mal estado general, inmunodeficiencia. <u>Riesgo resistencia a penicilina;</u> < 2 años que asisten a guarderías, tto. atb. realizado 3 meses antes
		<i>Otalgia moderada-severa, > 48h evolución, fiebre >39º (*)</i> Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 3 tomas vo 10 días (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)	A	<u>Si alergia no anafiláctica</u> Cefuroxima 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2-4gr/24h)	A	
Otitis Media Aguda (OMA) >2 años	<i>Vírica (20%)</i> <i>Bacteriana (80%);</i> <i>H. Influenzae (42%)</i> <i>S. Pneumoniae (31%)</i> <i>M. Catharralis (1%)</i> <i>S. Aureus (1-3%)</i>	<i>Otalgia leve, < 48h, fiebre <39º</i> No indicado. Actitud expectante Valorar prescripción diferida (**)	A	<u>Alérgicos a Betalactámicos:</u> Azitromicina 10mg/kg/24h 1 toma vo 3 días (máximo 500mg/24h)	A	(**) En <u>actitud expectante</u> asegurar el seguimiento en 48-72h para evaluar si precisa inicio de tto. atb. En niños > 2 años y evolución favorable, limitar duración a 5 días. Mantener 10 días en <2 años, signos severos y posible sinusitis o faringitis concomitante.
		<i>Otalgia severa, > 48h, fiebre >39º *</i> Amoxicilina 80-90mg/kg/24h 2-3 tomas vo 5-10 días (máximo 3gr/24h)	A			
		<u>Sin mejoría tras 48-72h amoxicilina</u> Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 3 tomas vo 10 días (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)	A			

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Otitis Media Aguda (OMA) Recurrente	<i>Vírica (20%)</i> <i>Bacteriana (80%);</i> <i>H. Influenzae (42%)</i> <i>S. Pneumoniae (31%)</i> <i>M. Catharralis (1%)</i>	Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 3 tomas vo 10 días (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)	C			
Profilaxis OMA Recurrente	<i>S. Aureus (1-3%)</i>	No indicado	B			
Sinusitis	<i>Vírica (80-90%)</i> <i>Bacteriana (15-20%);</i> <i>S. Pneumoniae (30-40%)</i> <i>H. Influenzae (10-20%)</i> <i>M. Catharralis (2-10%)</i> <i>Anaerobios</i> <i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i>	<u><i>Sinusitis aguda vírica:</i></u> No indicado. Actitud expectante <u><i>Sospecha bacteriana (*):</i></u> Amoxicilina 80-90 mg/kg/24h 2-3 tomas vo 10 días o 7-10 días tras desaparición de síntomas (máximo 3gr/24h) <u><i>Sinusitis sin mejoría tras 48-72h de tto. amoxicilina o criterios de gravedad (**):</i></u> Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 2-3 tomas vo 10 días o 7-10 días tras desaparición síntomas (máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)	A A A	<u><i>Alérgicos a Betalactámicos:</i></u> Azitromicina 10 mg/kg/24h 1 toma vo 3-5 días (máximo 500mg/24h) Claritromicina 15 mg/kg/día 2 tomas vo 10 días (máximo 1gr/24h) <u><i>Si alergia no anafiláctica</i></u> Cefuroxima 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2-4gr/24h)	B B A	(*) Sospecha bacteriana; síntomas >7-14 días, fiebre, edema, algia facial intensa, empeoramiento tras mejoría inicial. (**) Criterios gravedad; fiebre >39º, rinorrea mantenida > 3-4 días, afectación estado gral. Asociar analgesia, <u>no</u> indicados mucolíticos antihistamínicos, vasoconstrictores ni corticoides orales. No está indicado el uso técnicas de imagen en la sinusitis no complicada

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Laringitis	Vírica > 90%	No indicado	A			Descartar epiglotitis. Analgesia. Dexametasona vo (leve-moderado) o adrenalina nebulizada (moderado-severo).
Sibilancias asociadas a infección vírica	Vírico 95% <i>M. Pneumoniae</i> < 5%	No indicado	A			Medidas generales, hidratación, evitar humo de tabaco
Infección por <i>Bordetella pertussis</i> (*)	<i>Bordetella pertussis</i>	<u>0 - 6 meses de edad</u> Azitromicina 10 mg/kg/24h 1 toma vo 3 días (máximo 500mg/24h) <u>> 6 meses de edad</u> Azitromicina 10 mg/kg/24h primer día 5mg/kg/24h 2º a 5º día 1 toma vo 5 días (máximo 500mg/24h) Claritromicina 15mg/kg/24h 2 tomas vo 7 días (máximo 1gr/24h)	D D D	<u>Sospecha de resistencia intolerancia o contraindicación a macrólidos</u> Trimetoprim-sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 7 días (máximo 320mg trimetoprim - 1600 mg sulfametoxazol /24h)	D	(*) Tos durante, al menos, dos semanas con uno de estos tres criterios clínicos: Tos paroxística Estridor inspiratorio Vómitos provocados por la tos - <u>Caso probable</u> : persona que cumple los criterios clínicos y tiene vínculo epidemiológico con caso confirmado. - <u>Caso confirmado</u> : persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio. <u>Aislamiento respiratorio hasta 5 días de inicio del tto. atb.</u>
Quimioprofilaxis contacto estrecho con caso B. Pertussis	<u>Indicaciones: (independientemente del estado vacunal);</u> - Convivientes menores de 1 año o inmunodeprimidos. - Niños no vacunados o mal vacunados. - Asma, fibrosis quística o cardiopatía congénita - Comienzo enfermedad caso índice en los 21 días previos.			Los antibioticos usados para la quimioprofilaxis son los mismos y a igual dosis que los indicados para el tratamiento de la infección	D	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Neumonía Aguda en la Comunidad (NAC)	<i>Vírica (30-45%)</i> <i>Virus Respiratorio Sincitial Adenovirus</i>	<i>Lactantes < 3 meses:</i> Derivación hospitalaria	D	Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/día 2-3 tomas vo 5-7 días	B	(*) En < 5 años <u>vacunados</u> con conjugada antineumococica <u>no</u> <u>iniciar tto atb.</u> , alta probabilidad de origen vírico, realizar seguimiento estrecho. Duración de tto.: 5-7 días casos leves y moderados. 7-10 días casos graves. (**) <i>Típica</i> ; fiebre alta, comienzo brusco, afectación estado general. (***) <i>Atípica</i> ; buen estado general, fiebre moderada- alta, infección vías altas previa.
	<i>Bacteriana (20-40%)</i> <i>S. Pneumoniae</i> <i>H. Influenzae</i> <i>M. Pneumoniae</i> <i>C. Pneumoniae</i> <i>M. Catarrhalis</i> <i>S. Aureus</i>	<i>3 meses – 5 años (*):</i> Amoxicilina 90 mg/kg/día 2-3 tomas vo 5-7 días (máximo 3gr/24h)	B	(máximo 3gr amoxicilina - 375mg clavulánico/24h)		
	<i>>5 años NAC típica (**):</i> Amoxicilina 90 mg/kg/día 2-3 tomas vo 5-7 días (máximo 3gr/24h)	B	<i>Alérgicos a Betalactámicos:</i> Azitromicina 10 mg/kg/24h primer día 5 mg/kg/24h 2º a 5º día 1 toma vo 5 días (máximo 500mg/24h)	D		
	<i>Mixtas (20-30%).</i> En un 30-60% no es posible establecer el agente etiológico.	Amoxicilina 90 mg/kg/día 2-3 tomas vo 5-7 días (máximo 3gr/24h)		Claritromicina 15 mg/kg/día 2 tomas vo 7-14 días (máximo 1gr/24h)	D	
	<i>NAC atípica (***):</i> Azitromicina 10 mg/kg/24h primer día 5 mg/kg/24h 2º a 5º día 1 toma vo 5 días (máximo 500mg/24h)	B	<i>Si alergia no anafiláctica</i> Cefuroxima 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2-4gr/24h)	D		
			<i>NAC atípica:</i> Claritromicina 15 mg/kg/24h 2 tomas vo 7 días (máximo 1gr/24h)	B		

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Bacteriuria asintomática	<i>Escherichia Coli</i> (70-90%); 19% resistencias a AMOXICILINA-CLAVULÁNICO, no se recomienda su uso empírico en nuestro medio	No indicado				No precisa seguimiento.
ITU en < 3 meses		Derivación hospitalaria				
ITU febril en niños > 3 meses sin criterios de ingreso (*)		<i>Klebsiella spp</i> <i>Proteus Mirabilis</i> (si fimosis) <i>Pseudomona Aeruginosa</i> <i>Enterobacter Cloacae</i> , <i>Serratia ssp</i> (en niños con infecciones recurrentes, tratados previamente con antibióticos o con patología estructural)	Cefuroxima 30 mg/kg/24h 2 tomas vo 7 días (máximo 2-4gr/24h) Cefixima 8 mg/kg/24h 1 ó 2 tomas vo 7-10 días (máximo 400mg/24h)	A A	<u>Alergia a betalactámicos:</u> Tobramicina 5 mg/kg/24h 1 dosis im 7 días Gentamicina 5 mg/kg/24h 1 dosis im 7 días	D D
ITU en > 2 años sin criterios de ingreso (*)	<i>Stafilococcus Aureus</i> , <i>Streptococcus grupo B</i> <i>Enterococcus Faecalis</i> (neonatos)	Cefuroxima 30 mg/kg/24h 2 tomas vo 3-5 días (máximo 2-4gr/24h) <u>>6 años</u> Fosfomicina-trometamol 2 g vo DU	B A	<u>Alergia a betalactámicos:</u> Trimetoprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 3-5 días (máximo 320mg trimetoprim - 1600 mg sulfametoxazol /24h)	D	Urocultivo previo al inicio de tto. atb. excepto bajo riesgo; no ITU de repetición, no patología urológica previa. No precisa urocultivo post tto.

(*) **Criterios de ingreso;** afectación de estado general, intolerancia a la medicación oral, inmunodeficiencia, patología urológica / renal grave, riesgo social

Sospecha ITU: Se sospechará infección urinaria si en la tira reactiva de orina son positivos la leucocitoesterasa y/o los nitritos. O si en el análisis de orina por citometría de flujo o microscopía se observa bacteriuria y/o piuria. La infección de orina se **confirma** cuando el cultivo de orina sea positivo con **más de 100.000 UFC/ml**, si la muestra se recoge a chorro medio o **más de 10.000 UFC/ml**, si se recoge mediante sondaje vesical.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Profilaxis atb. de ITU en niños sin alteraciones anatómicas ni funcionales	<i>Escherichia Coli</i> (70-90%); 19% resistencias a AMOXICILINA-CLAVULÁNICO, no se recomienda su uso empírico en nuestro medio	No indicado	A			(*) Profilaxis recomendada: - Niñas con reflujo vesico-uretral grado III-IV durante 1 año o hasta nuevo control cistográfico.
Profilaxis de ITU recurrente (*)	<i>Klebsiella spp</i> <i>Proteus Mirabilis</i> (si fimosis) <i>Pseudomona Aeruginosa</i> <i>Enterobacter Cloacae</i> , <i>Serratia ssp</i> (en niños con infecciones recurrentes, tratados previamente con antibióticos o con patología estructural) <i>Stafilococcus Aureus</i> , <i>Streptococcus grupo B</i> <i>Enterococcus Faecalis</i> (neonatos)	<u>< 2 meses</u> Amoxicilina 12,5/mg/kg toma única nocturna vo <u>> 2 meses</u> Trimetoprim/Sulfametoxazol 2mg trimetoprim/kg/24h toma única vo <u>> 2 años</u> Nitrofurantoína 1-2 mg/kg/24h toma única vo <u>Individualizar la duración del tto.</u>	B B B	<u>Si fracaso, intolerancia o imposibilidad de tto. primera elección:</u> Cefuroxima 15mg/kg/24h toma única nocturna vo	B	- Niños con reflujo vesico-uretral grado IV-V durante 1 año o hasta nuevo control cistográfico. (*) Profilaxis no recomendada: - Reflujo vesico-uretral de grado I-III en niños y I-II en niñas - Cicatrices renales sin reflujo. - Infecciones recurrentes sin reflujo.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Absceso cutáneo no complicado	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> <i>Polimicrobiano</i>	No indicado	A			Calor local. En fase de fluctuación: incisión + drenaje + cierre por segunda intención.
Absceso complicado >5cm, múltiples en varias localizaciones, progresión rápida con celulitis, dermatitis atópica moderada-grave de base, flebitis asociada, falta de respuesta a incisión + drenaje. Valorar en menores de 2 años.	<i>Polimicrobiano</i> <i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> ; 34% resistencia a MACRÓLIDOS. No recomendados en nuestro medio	Cefadroxiilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 2gr/24h) Cloxaciclina 25-50mg/kg/24h 4 tomas vo 5 días (máximo 4gr/24h) <u>Evaluar al 3º día, si no buena evolución prolongar duración a 10 días</u>	C C A	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30mg/kg/24h vo 3 tomas 5-10 días (máximo 1,8 gr/24h) Trimetoprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 5-10 días (máximo 320mg trimetoprim-1600 mg sulfametoxazol /24h) <u>Evaluar al 3º día, si no buena evolución prolongar duración a 10 días</u>	C B A	Calor local. En fase de fluctuación: incisión + drenaje + cierre por segunda intención. Valorar toma de muestra si infección local severa, signos de afectación sistémica o mala respuesta a tto.
Absceso grave afectación estado general, signos de afectación sistémica, inmunodeficiencia, area de difícil drenaje (cara, mano, genitales), fracaso atb. vo	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> <i>Polimicrobiano</i>	Derivación hospitalaria				

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Celulitis simple	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> ; 34% resistencia a MACRÓLIDOS. No recomendados en nuestro medio	Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 2gr/24h) Cloxaciclina 25-50mg/kg/24h 4 tomas vo 5 días (máximo 4gr/24h)	A A	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30mg/kg/24h vo 3 tomas 5 días (máximo 1,8 gr/24h)	B	Evaluar al 3º día, si no hay buena evolución ampliar duración a 10 días (GR A)
Celulitis severa o sospecha de etiología SAMR (*)	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> SAMR; 31% resistencia a CLINDAMICINA. No recomendado en nuestro medio	Trimetoprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 5-10 días (máximo 320mg trimetoprim - 1600 mg sulfametoxazol /24h)	B			(*) Celulitis extensa, abscesificada o necrosante. Abscesos recurrentes en niño o convivientes, mala respuesta tto atb. vo., convivencia con portadores, origen Asia, América, Este de Europa.
Celulitis preseptal (eritema e inflamación palpebral con motilidad y visión conservadas sin proptosis)	<i>S. Aureus</i> <i>S Pneumoniae</i> <i>Streptococos gr A</i> <i>Haemofilus</i> SAMR; 31% resistencia a CLINDAMICINA. No recomendado en nuestro medi	Amoxicilina-clavulánico 80-90 mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 3gr amoxicilina) Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 10 días (máximo 2gr/24h)	A	<u>Alérgicos a betalactámicos o sospecha SARM:</u> Trimetoprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 5-10 días (máximo 320mg trimetoprim - 1600 mg sulfametoxazol /24h)	E	PAT en casos postraumáticos Aplicar frío local
Celulitis orbitaria o preseptal en lactantes		Derivación hospitalaria				

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Erisipela	<i>S. Pyogenes</i> <i>Streptococcus spp.</i> <i>S. aureus</i> (excepcional)	Penicilina V (estomago vacío): 25- 50 mg/kg/día 4 tomas vo 5 días (máximo 3 gr/día) Cloxaciclina 50mg/kg/24h 4 tomas vo 5 días (máximo 4gr/24h) Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 2gr/24h)	A A B	Amoxicilina 50-60 mg/kg/24h 2-3 tomas vo 7-10 días (máx. 3gr/24h) <u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30mg/kg/24h vo 3 tomas 5-10 días (máximo 1,8 gr/24h) Trimetoprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 5-10 días (máximo 320mg trimetoprim - 1600 mg sulfametoxazol /24h)	 D D	No precisa toma rutinaria de muestras. Elevación de miembro afecto
Foliculitis leve, localizada	<i>S. Aureus</i> ; 44% resistencia a MUPIROCINA. No recomendado en nuestro medio.	Ácido fusídico 2% tópico /8 h 5-7 días	E			Calor local. Medidas higiénicas de prevención transmisión. No precisa toma de muestras excepto si mala evolución.
Foliculitis extensa, sin respuesta a tto. tópico	<i>S. Aureus</i>	Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 2gr/24h) Cloxaciclina 50mg/kg/24h 4 tomas vo 5 días (máximo 4gr/24h)	C C	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30 mg/kg/24h 3 tomas vo 7 días (máximo 1,8gr/24h)	C	Puede precisar drenaje quirúrgico en lesiones extensas.
Foliculitis de las piscinas	<i>P. Aeruginosa</i>	Ácido acético tópico al 5% 15 minutos/24 horas 10 días	E			Expuestos a agua contaminada; piscinas, baños calientes

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Impétigo	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i> ; 44% resistencia a MUPIROCINA. No recomendado en nuestro medio.	Ácido fusídico 2% tópico/8 horas 5-7 días	E	<u>En mayores de 9 meses:</u> Retapamulina tópica /12h 5 días	E	Evitar contacto con las lesiones. Recomendada la toma de muestras. No está indicado el uso complementario de antisépticos tópicos.
Impétigo extenso o fracaso de tto. tópico	<i>S. Pyogenes</i> <i>S. Aureus</i>	Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 7 días (máximo 2gr/24h) Cloxaciclina 50mg/kg/24h 4 tomas vo 7 días (máximo 4gr/24h) Adaptar el tratamiento según los resultados del cultivo	A A	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30mg/kg/24h vo 3 tomas 7 días (máximo 1,8 gr/24h) Trimetroprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetroprim/kg/24h vo 2 tomas 5-10 días (máximo 320mg trimetroprim- 1600 mg sulfametoxazol /24h)	B B	Uso de compresas húmedas para limpiar lesiones costrosas. Aislamiento domicilio en preescolares por su alta contagiosidad

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Herida infectada tras cirugía limpia con eritema <u>menor</u> de 5cm y <u>sin</u> signos de afectación sistémica (fiebre <38º, FC >110)	<i>Staphylococcus</i>	No indicado	D			Efectuar drenaje retirando sutura quirúrgica y cura con antiséptico tópico. Se recomienda siempre toma de cultivo (2 torundas) previo al tratamiento antibiótico.
Herida infectada tras cirugía limpia con eritema <u>mayor</u> de 5cm o <u>con</u> signos de afectación sistémica (fiebre >38º, FC >110)	<i>Staphylococcus</i>	Cefadroxilo 30mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 2gr/24h)	C	<u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 20-30 mg/kg/24h 3 tomas vo 5 días (máximo 1,8gr/24h)	C	
Herida quirúrgica con riesgo de SARM (*) o tras cirugía sucia (genital, gastrointestinal) o criterios sepsis	<i>SARM</i> <i>Gram -</i> <i>Enterococcus</i> <i>Anaerobios</i>	Derivación hospitalaria				(*) Hospitalización reciente, diálisis, portadores catéteres o dispositivos médicos cutáneos

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES	
Mordedura perro o gato sin factores de riesgo (*) y sin signos de infección, tto. preventivo	<i>Polimicrobiana</i>	No indicado	C			Realizar limpieza + desinfección + PAT si precisa + desbridamiento tejido necrótico.	
Mordedura perro o gato con factores de riesgo (*) tto. preventivo o Herida con signos de infección tras mordedura del animal	<i>Polimicrobiana</i>	Amoxicilina-clavulánico 50-60 mg/kg/24h 2-3 tomas vo 5-7 días (máximo 3gr amoxicilina- 375mg clavulánico/24h)	C	<u><i>Alérgicos a betalactámicos</i></u> <u><i>Si alergia no anafiláctica</i></u> Cefuroxima <u>3m a 5 años:</u> 15mg/kg/24h vo 2 tomas 5-7 días (máximo 4gr/24h) <u>5 a 12 años:</u> 125mg/12h <u>> 12 años</u> 250mg/12h + Clindamicina 10-30mg/kg/24h vo 3 tomas 5-7 días (máximo 1,8 gr/24h) <u><i>Si alergia anafiláctica:</i></u> Trimetoprim/Sulfametoxazol 8-12mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 5-7 días (máximo 320mg trimetoprim- 1600 mg sulfametoxazol /24h) + Clindamicina 10-30mg/kg/24h vo 3 tomas 5-7 días (máximo 1,8 gr/24h)	D	D	Mantener extremidad elevada. <u>No realizar sutura</u> , solo en cara si <6h evolución y limpia, <u>nunca</u> en mano. No precisa toma de muestras de forma rutinaria. (*) Inmunodeficiencia, asplenia, enfermedad hepática avanzada, lesiones moderadas o graves, edema previo o post mordedura, afectación mano o cara, lesiones sospechas de afectación periostio o cápsula articular.

RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS ANTITETÁNICA EN CASO DE HERIDAS				
Vacunación previa	Herida limpia		Herida tetanígena	
	Vacuna Td	Inmunoglobulina Antitetánica	Vacuna Td	Inmunoglobulina Antitetánica
< 3 dosis o desconocida	Sí (completar vacunación)	No	Sí (completar vacunación)	Si
3 o 4 dosis	No (administrar 1 dosis si hace más de 10 años de la última dosis)	No	No (administrar 1 dosis si hace más de 10 años de la última dosis)	No
5 o más dosis	No	No	No (administrar 1 dosis si hace más de 10 años de la última dosis en función de las características de la herida)	No

En inmunodeprimidos se administrará una dosis de inmunoglobulina (IGT) en caso de heridas tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

La Inmunoglobulina antitetánica se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

Heridas tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que ésta se retrasa más de 6 horas y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis sistémica.

Aquellas heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Gastroenteritis aguda	<i>Virus (más frecuente)</i> <i>E. Coli</i> <i>Parasitos</i>	No indicado <i>Solicitar coprocultivo si sospecha de etiología bacteriana (brotes, diarrea disentérica, inmunocomprometidos, duración > 7 días, viajes al extranjero).</i> <i>Pautar tto. atb. según antibiograma.</i>	D			Reposición soluciones hidroelectrolíticas, mantener lactancia materna, reintroducción precoz dieta sólida. Criterios derivación: Deshidratación grave (> 10%) Apariencia séptica Vómitos incoercibles Incapacidad de manejo familiar Fracaso terapéutico Pacientes de riesgo: < 3 meses, inmunosupresión, enfermedad de base.

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Diarrea del viajero (aparición entre los 2 días y 2 semanas del viaje a zonas endémicas)	<i>E.Colli</i> <i>Shigella</i> <i>Campylobacter</i> <i>Parásitos</i> <i>Virus</i>	<u>Profilaxis</u> No indicado (*)	D			(*)Excepciones: Inmunodeprimidos, crohn , colitis ulcerosa, ileostomizados Medidas generales (ver gastroenteritis aguda) Solicitar coprocultivo: Antes de inicio tto atb. Síntomas > 7 días Enfermedad grave
		<u>Leve</u> No indicado <u>Moderada-Grave</u> Azitromicina 10mg/kg/24h 1 toma vo 3 días (máximo 500mg/24h)	B	Cefixima 8 mg/kg/24h 1 ó 2 tomas vo 5 días (máximo 400mg/24h) Trimetoprim-sulfametoxazol 8mg trimetoprim/kg/24h vo 2 tomas 5 días (máx. 320mg trimetoprim - 1600 mg sulfametoxazol /24h)	D D	

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
Caries dental	<i>Streptococcus Mutans</i> <i>Lactobacillus spp</i> <i>Actinomyces spp</i>	No indicado	A			Cepillado dental Flúor tópico Tto. odontológico Analgesia si precisa
Pulpitis aguda con signos de propagación o afectación sistémica.	<i>Polimicrobiano</i>	Amoxicilina 40mg/kg/24h 3 tomas vo 5-7 días (máximo 3gr/24h) <u><i>Sin mejoría en 48h</i></u> Amoxicilina-clavulánico 40mg/kg/24h 3 tomas vo 5-7 días (máximo 3gr amoxicilina/24h)	D D	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Metronidazol 15-30mg/kg/24h 3 tomas vo 7 d (máximo 4gr/24h) Claritromicina 15mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 1gr/24h) Clindamicina 25mg/kg/24h 3 tomas vo 5-7 d (máximo 1,8gr/24h)	D D D	Tto. odontológico
Absceso periapical con signos de propagación o afectación sistémica.	<i>Polimicrobiano</i>	Amoxicilina 40mg/kg/24h 3 tomas vo 5 días (máximo 3gr/24h) <u><i>Sin mejoría en 48h</i></u> Amoxicilina-clavulánico 40mg/kg/24h 3 tomas vo 5 días (máximo 3gr amoxicilina/24h)	D D	<u><i>Alérgicos a betalactámicos:</i></u> Metronidazol 15-30mg/kg/24h 3 tomas vo 5 d (máximo 4gr/24h) Claritromicina 15mg/kg/24h 2 tomas vo 5 días (máximo 1gr/24h) Clindamicina 15-25mg/kg/24h 3 tomas vo 5 d (máximo 1,8gr/24h)	D D D	Tto. odontológico
CRITERIOS DE DERIVACIÓN: Infecciones graves sin respuesta al tratamiento, celulitis odontógena con tumefacción extraoral, trismus intenso, dificultad respiratoria, deglutoria o fonatoria, fiebre alta y malestar, respuesta inadecuada al tratamiento previo, pacientes inmunodeprimidos.						

ENTIDAD CLÍNICA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 1ª ELECCIÓN	GR	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ALTERNATIVO	GR	OBSERVACIONES
<p>Profilaxis endocarditis bacteriana en procedimientos odontógenos de riesgo (*) en pacientes con indicación (**)</p>	<p><i>Streptococos</i> <i>Estafilococos</i></p>	<p>Amoxicilina 50mg/kg vo DU 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento (máximo 2gr)</p>	D	<p>Ampicilina 50mg/kg im DU 30 minutos a 1 hora antes del procedimiento</p> <p><u>Alérgicos a betalactámicos:</u> Clindamicina 10mg/kg vo DU 1 hora antes de procedimiento o Clindamicina 10mg/kg im DU 1 hora antes de procedimiento</p>	D D D	<p>(**) Indicaciones de profilaxis; -portador prótesis valvular cardíaca. -endocarditis previa. -cardiopatía congénita sin reparar o reparado mediante prótesis. -cardiopatía congénita reparada con defectos residuales en el lugar o adyacente al lugar del parche o dispositivo protésico. -receptores de trasplante cardíaco que desarrollan valvulopatía cardíaca. -miocardiopatía hipertrófica -valvulopatía adquirida con estenosis o regurgitación.</p>
<p>(*) Procedimientos dentales con riesgo de bacteriemia: raspado y alisado radicular, exodoncia, colocación subgingival de fibras antibióticas, inyecciones anestésicas locales en tejidos infectados, limpieza profiláctica de dientes, cirugía periodontal y colocación de implante dental.</p>						



AJUSTE DE DOSIS EN INSUFICIENCIA RENAL

FÁRMACO	DOSIS HABITUAL	AJUSTE EN IRC			AJUSTE EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA	
		CICr = 50-30	CICr = 30-10	CICr <10	HDFVVC ^a	HDI ^b
Amoxicilina	500-1000mg /8-6h	No ajustar	500-1000mg /12h	500-1000mg /24h	500-1000mg /12h	500-1000mg /24h (DD los días de HD)
Amoxicilina/ Clavulánico	VO: 500-875mg/125mg /8h IV: 1-2g/200mg /8h	No ajustar	VO: 500-875mg /12h IV: 1-2g /12h	VO: 500-875mg /24h IV: 1-2g /24h	VO: 500-875mg /12h IV: 1-2g /12h	VO: 500-875mg /24h IV: 1-2g /24h (DD los días de HD)
Azitromicina	250-500mg /24h	No necesita ajuste por IR				
Bencilpenicilina	4-30 millones UI /día repartido /4-6h ó en PC	75% de la dosis usual, al intervalo usual		20-50% de la dosis usual, al intervalo usual	4 mill UI seguido de 2-4 mill UI /4-6h	Dosis normal x1 seguido de 25-50% dosis /4-6h (DD los días de HD ó añadir 500.000UI DD)
Bencilpenicilina-benzatina	1.2-2.4 millones UI por dosis	75% de la dosis usual, al intervalo usual		20-50% de la dosis, al intervalo usual	75% de la dosis, al intervalo usual	20-50% de la dosis, al intervalo usual
Cefaclor	250-500-1000 mg /8-6h	No ajustar		50% de la dosis normal	Sin cambios	50% de la dosis normal y añadir 250-500mg DD
Cefadroxilo	500-1000 mg /8-12h	1 g seguido de 500mg /12h	1 g seguido de 500mg /24h	1g seguido de 500mg /36h	Sin datos	1g seguido de 500mg /36h y añadir 500mg DD
Cefixima	200-400 mg /12-24h	200 mg /12h		200 mg /24h	200 mg /24h	200 mg /24h
Ceftriaxona	1-2 g /12-24h	No ajustar. Si insuficiencia hepática concomitante, no superar 2g /24h			2 g seguido de 1-2 g /12-24h	1-2 g /24h
Cefuroxima	VO: 250-500 mg /12h IV: 750-1500mg /8h	No ajustar	VO: no ajustar IV: 750mg /12h	VO: /24h IV: 750 mg /24h	IV: dosis de carga de 1500mg seguido de 750 mg /12h	VO e IV: /24h
Ciprofloxacino	VO: 250-750 mg /12h IV: 200-400 mg /8-12h	VO: 250-500mg /12h IV: no ajustar	VO: 250-500 mg /12-24h IV: 200-400 mg /12-24h		VO: 500 mg /12h IV: 200-400mg/12-24h	VO: 250-500 mg /24h IV: 200-400 mg /24h



FÁRMACO	DOSIS HABITUAL	AJUSTE EN IRC		AJUSTE EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA		FÁRMACO	DOSIS HABITUAL
		CiCr = 50-30	CiCr = 30-10	CiCr <10	HDFVVC ^a		
Claritromicina	500 mg /12h	No ajustar	500 mg /24h			500 mg /12h	500 mg /12h (administrar DD)
Clindamicina	VO: 300-450 mg /6-8h IV: 600 mg /6-8h o 900 mg /8h	No necesita ajuste por IR				600-900 mg /8h	600-900 mg /8h
Cloxacilina	VO: 500-1000mg /4-6h IV: 1-2 g /4h	No necesita ajuste por IR				VO: 500-1000mg /4-6h IV: 1-2 g /4-6h	Sin cambios
Cotrimoxazol (TMP/SMX)	VO: 1-2 comp de 160/800 mg /12-24h IV: 8-20 mg/kg/día de TMP dividido /6-12h	No ajustar	Dosis total diaria dividida /12h x1-2 días seguido del 50% dosis total diaria /24h. Para PCP: dosis total diaria dividida /6-8h x2 días seguido de 50% dosis total diaria /12h	No se recomienda su uso. 5 mg/kg /24h		2,5-10 mg/kg /12h	2,5-10mg/kg /24h ó 5-20 mg/kg 3 veces/sem DD
Doxiciclina	100 mg /12-24h	No ajustar				100 mg /12h	100 mg /12h
Eritromicina	30-50 mg/kg/día dividido /6-12h	No ajustar		50-75% dosis al intervalo usual sin exceder 2g /día		Sin cambios	Sin cambios
Fosfomicina	VO: 500-1000 mg /6h ó 2-3g /48-72h IV: 100-400 mg/kg/día dividido en 3-4 dosis (peso corregido)	CiCr 40-20= 4g /12h	CiCr 20-10= 4g/ 24h	2g /24h		8g /12h	VO: sin cambios IV: 4g 3 veces/semana
Gentamicina °	5-7 mg/kg/día en dosis única diaria ó 1- 2 mg/kg /8h	5 – 7 mg/kg /36-48h ó 1,7 mg/kg /12h. Y medir niveles.	1,7 mg/kg /24h. Y medir niveles.	1-2 mg/kg y ajustar según niveles		2-3 mg/kg seguido de 1,5-2,5 mg/kg /24-48h (redosificar cuando nivel < 2 mcg/ml)	1,5-2 mg/kg DD los días de HD (redosificar cuando nivel < 2mcg/ml)
Levofloxacino	500-750 mg /24h 500-1000mg /24h (TBC)	CiCr 20-50: 500mg seguido de 250-500 mg /24h ó 750mg /48h	CiCr<20: 500-750mg seguido de 250-500mg /48h			500-750mg seguido de 250-750 mg /24h	500-750mg seguido de 250-500mg /48h ó 750-1000mg 3 veces /sem (para TBC)



FÁRMACO	DOSIS HABITUAL	AJUSTE EN IRC			AJUSTE EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA	
		CICr = 50-30	CICr = 30-10	CICr <10	HDFVVC ^a	HDI ^b
Metronidazol	1000mg seguido de 500mg /6-8h (máx 4g /día)	500mg /8h		250mg /8h	500mg /6-12h	500mg /8-12h
Moxifloxacino	400mg /24h	No precisa ajuste de dosis en IR			Sin cambios	Sin cambios
Nitrofurantoína	50-100mg /6-12h (máx 400mg /día)	Evitar			Evitar	Evitar
Norfloxacino	400 mg /12h	No ajustar		400 mg /24h	Sin datos	400 mg /24h
Rifampicina	10-20 mg/kg/día (600-1200 mg /día)	No ajustar		300mg /24h	300-600 mg /12-24h	300-600 mg /12-24h
Tobramicina ^c	5-7 mg/kg/día en dosis única diaria ó 1 - 2 mg/kg /8h	5 - 7 mg/kg /36-48h ó 1,7 mg/kg /12h. Y medir niveles.	1,7 mg/kg /24h. Y medir niveles.	1-2 mg/kg y ajustar según niveles	2-3 mg/kg seguido de 1,5-2,5 mg/kg /24-48h (redosificar cuando nivel < 2 mcg/ml)	1,5-2 mg/kg DD los días de HD (redosificar cuando nivel < 2mcg/ml)

IRC = insuficiencia renal crónica HDFVVC = Hemodiafiltración veno-venosa continua HDI = Hemodiálisis intermitente DD = después de la diálisis HD: hemodiálisis PC: perfusión continua

^a HDFVVC: son sólo recomendaciones generales y no deben reemplazar el juicio clínico. Asumen velocidad de ultrafiltración/diálisis de 1-2 L/h, administración IV y mínima función renal residual. Una posología adecuada dependerá de la dosis indicada inicialmente (según tipo de infección, CMI, gravedad, peso, etc) y del aclaramiento del fármaco (que a su vez depende de la dosis de filtración prescrita en cada momento).

^b HDI: son sólo recomendaciones generales y no deben reemplazar el juicio clínico. Asumen 3 sesiones de HD /semana, que el paciente recibe las sesiones completas (sesión de hemodiálisis estándar de 3-4h) y paciente crítico con infección grave. Administrar la dosis después de la sesión de diálisis cuando la dosificación sea /24-72h.

^c Aminoglucósidos: dosificar por peso real (PR) en pacientes con infrapeso; por peso ideal en normopeso ($PI = 0,89 \times [altura (cm) - 152,4] + 49,9$ en hombres ó $+ 45,4$ en mujeres); y por peso corregido (PC) en sobrepeso/obesidad [$PC = (PR-PI) \times 0,4 + PI$].



USO DE ANTIBIOTICOS DURANTE EMBARAZO Y LACTANCIA

Fármaco	Categoría teratogenia - FDA	Lactancia
Amoxicilina	B	Seguro
Amoxicilina-clavulánico	B	Seguro
Azitromicina	B	Seguro
Bencilpenicilina	A	Seguro
Cefaclor	B	Seguro
Cefadroxilo	B	Seguro
Cefixima	B	Seguro
Ceftriaxona	B	Seguro
Cefuroxima	B	Seguro
Ciprofloxacino	C	Evitar
Claritromicina	C	Seguro
Clindamicina	B	Seguro
Cloranfenicol	C	Evitar
Cloxacilina	B	Seguro
Cotrimoxazol	C	Seguro
Doxiciclina	D	Seguro
Eritromicina	B	Seguro
Fosfomicina	B	Seguro
Gentamicina	D	Seguro
Levofloxacino	C	Evitar
Metronidazol	B	Evitar
Moxifloxacino	C	Evitar
Nitrofurantoína	B	Seguro
Norfloxacino	C	Evitar
Rifampicina	C	Seguro
Tobramicina	D	Seguro



CATEGORÍAS DE SEGURIDAD DURANTE EL EMBARAZO

CATEGORÍA A	No existe riesgo para el feto
CATEGORÍA B	No hay riesgo de estudio de teratogenia en animales
CATEGORÍA C	No existen estudios controlados en humanos
CATEGORÍA D	Teratogenia en estudios de animales, no existen estudios en mujeres
CATEGORÍA X	No existen estudios en mujeres ni en animales



LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

Atb.; antibiótico
AAS; ácido acetilsalicílico
AINE; antiinflamatorio no esteroideo
BLEE; betalactamasas de espectro extendido
CAE; conducto auditivo externo
DM; diabetes mellitus
DU; dosis única
FA; faringoamigdalitis
FM; fórmula magistral
FR; frecuencia respiratoria
GR; grado de recomendación
HsH; homosexualidad
ICC; insuficiencia cardiaca congestiva
IRC; insuficiencia renal crónica
ITS; infección de transmisión sexual
ITU; infección del tracto urinario

IM; intramuscular
Mill.; millones
OMA; otitis media aguda
PAT; profilaxis antitetánica
RS; relaciones sexuales
SAMR; Estafilococo Aureus Resistente a Metilina
Sdm.; Síndrome
TA; tensión arterial
TAs; tensión arterial sistólica
TAd; tensión arterial diastólica
Tto.; tratamiento
UDVP; uso de drogas vía parenteral
UI; unidades internacionales
vo; vía oral



ADVERTENCIAS DE SEGURIDAD

Amoxicilina-Clavulánico; la Agencia Española del Medicamento (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de hepatotoxicidad. Se trata de una reacción adversa de baja frecuencia pero, debido al elevado uso de esta combinación es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad.

Fluorquinolonas: Posible asociación entre el uso de quinolonas con casos de hepatitis fulminante y reacciones cutáneas ampollas (Nota informativa ref. 2008/4 de la AEMPS). Las fluorquinolonas deben ser usadas con precaución en pacientes con factores de riesgo para la prolongación del intervalo QT (Fluorquinolonas y prolongación del intervalo QT: actualización de la información. Informe mensual sobre medicamentos de uso humano y productos sanitarios, AEMPS, diciembre 2010).

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

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

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



GRADOS DE RECOMENDACIÓN

- A.- Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayos clínicos aleatorizados clasificados como nivel 1++ o 1+ y aplicables a la población diana o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un conjunto de evidencia consistente principalmente en estudios clasificados con evidencia 1+, directamente aplicados a la población diana y que muestran consistencia global de los resultados.
- B.- Un conjunto de evidencia de estudios calificados como 2++, aplicables a la población diana y que muestren consistencia global con los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
- C.- Un conjunto de evidencia de estudios calificados como 2+, aplicables a la población diana y que muestren consistencia global con los resultados o extrapolación de estudios calificados como 2++.
- D.- Estudios con nivel de evidencia 3 o 4 o extrapolación de estudios calificados como 2+.



BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL

Fernández Urrusuno R, Serrano Martino C, Corral Baena S et al. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. 3ª edición. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia.asp>

Mensa J, et al. Guía de Terapéutica antimicrobiana 2018. 28ª edición. Ed. Antares. Marzo 2018

Llor C, et al. Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. 4ª Edición. Congresos y Ediciones SEMFYC. Mayo 2017.

Molero JM, Gómez M. Tratamiento antibiótico empírico de las principales infecciones comunitarias atendidas por el médico de familia AMF 2017;13(7):383-393

Stevens DL et al: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2014;59(2):e10–52

Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR / June5, 2015 / Vol.64 / No.3

Gisbert JP, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol Hepatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.003>

Pediamecum. Asociación Española de Pediatría <http://pediamecum.es>

Gilbert DN. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2016. 46a ed. Buenos Aires: Editorial Médica AWWE SA/SL; 2016.

Uptodate.com [Internet]. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.

Briggs GG, Freeman RK. Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. 2015.

Guiaprioam.com [Internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2018. Dosificación en insuficiencia renal. Disponible en: <http://guiaprioam.com/>

Mapa de sensibilidad antibiótica acumulada e informe de microorganismos Agencia Sanitaria Costa del Sol - Distrito Sanitario Costa del Sol. Año 2017. Comisión de Infecciones. Unidad de Microbiología. DP Laboratorios Clínicos. Agencia Sanitaria Costa del Sol.



AUTORES

Grupo de trabajo Distrito Atención Primaria Costa del Sol;

Baró Rodríguez, Luis – Farmacia Atención Primaria – Distrito Atención Primaria Costa del Sol
De Mesa Berenguer, Yolanda – Medicina Familiar y Comunitaria – UGC La Lobilla, Estepona
Hernández Alonso, Antonio – Medicina Familiar y Comunitaria - UGC Las Albarizas, Marbella
Molina Romero, Cristóbal – Medicina Familiar y Comunitaria - UGC Fuengirola Oeste
Valdivia Jiménez, Carlos – Pediatría – UGC Los Boliches, Fuengirola
Vázquez Rodríguez, Francisco - Medicina Familiar y Comunitaria – UGC Arroyo de la Miel, Benalmádena

Los autores no reciben ninguna ayuda externa ni tienen ninguna relación con entidades privadas con ánimo de lucro, declarando la ausencia de conflicto de intereses.

CONSULTORES - COLABORADORES

Grupo de trabajo Agencia Sanitaria Costa del Sol;

Del Arco Jiménez, Alfonso - Medicina Interna, Grupo Enfermedades Infecciosas
De la Torre Lima, Javier - Medicina Interna, Grupo Enfermedades Infecciosas
Fernández Sánchez, Fernando - Microbiología
Montiel Quezel-Guerraz, Natalia - Microbiología

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO; l-antibioticos.dscs.sspa@juntadeandalucia.es