

ESE Hospital
Regional de Duitama

• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE IMPÉTIGO Y ECTIMA?

Se recomienda basar el diagnóstico de impétigo y ectima en los hallazgos clínicos. Se recomienda realizar tinción de Gram y cultivo de secreción purulenta o exudado en los casos en que se quiera identificar *S. aureus* o estreptococo beta-hemolítico por interés epidemiológico

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DE IMPÉTIGO Y ECTIMA?

El impétigo (buloso y no buloso) puede ser tratado con antibiótico tópico u oral, sin embargo, la terapia oral está recomendada para paciente con múltiples lesiones (más de 5), o en brotes epidémicos de glomerulonefritis (GMN) postestreptocócica para disminuir la transmisión de la enfermedad.

El tratamiento tópico de impétigo no buloso o buloso debe ser con mupirocina, ácido fusídico, retapamulina 2 veces al día por 5 días.

El tratamiento para ectima debe ser oral.

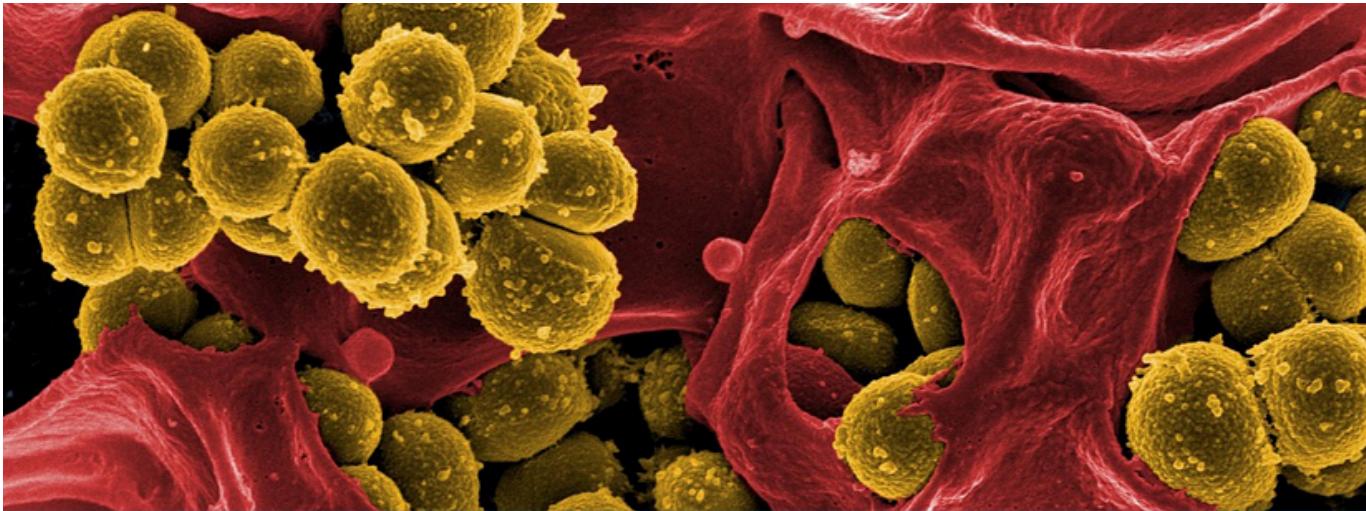
Se recomienda que el tratamiento oral en casos de ectima o impétigo se realice con un antibiótico activo contra SAMR a menos que se tenga un cultivo que evidencie SAMS o Streptococcus β hemolíticos del grupo A, con una duración de 7 días.

- a. Se recomienda realizar el tratamiento empírico con trimetoprim/sulfametoxazol o clindamicina.
- b. Si la infección es por SAMS se recomienda cefalexina o dicloxacilina.
- c. Si la infección es por estreptococo beta hemolítico del grupo A se recomienda penicilina oral o cefalexina.

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE IPTB PURULENTA?

Realizar tinción de Gram y cultivo de secreción purulenta.

Se recomienda utilizar la ecografía de piel y tejidos blandos como una herramienta para diagnosticar abscesos cuando existan dudas del diagnóstico después de la valoración clínica



ESE Hospital
Regional de Duitama

• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DE IPTB PURULENTA ?

Se recomienda la incisión y drenaje para absceso, carbúnculo, forúnculos grandes (más de 2cm) y quiste epidermoide infectado.

Para pacientes con IPTB purulenta asociada a signos de respuesta inflamatoria sistémica, inmunosupresión, absceso de más de cinco centímetros, absceso con celulitis extensa, o recurrente al manejo con incisión y drenaje, se recomienda el inicio de antibiótico oral contra SAMR en adición a la incisión y drenaje.

Para el manejo antibiótico empírico de IPTB purulenta se recomiendan las siguientes alternativas terapéuticas:

- Para el manejo ambulatorio: TMP SMX o clindamicina oral por 5 a 7 días, alternativa linezolid 600 mg oral cada 12 horas.
- Para el manejo hospitalario: Vancomicina, como alternativa: linezolid endovenoso, daptomicina, clindamicina endovenosa, tigeciclina o ceftarolina, (se recomienda que estas dos últimas opciones sean consultadas con un especialista en infectología o avaladas por el comité de infecciones) por 7 a 14 días.

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE IPTB PARA ERISIPELA Y CELULITIS?

Se recomienda la realización de hemocultivos, aspirados, o biopsia de piel para diagnóstico de erisipela o celulitis, en pacientes que se encuentren en quimioterapia activa, tengan neutropenia, inmunodeficiencia celular severa, o por interés epidemiológico.

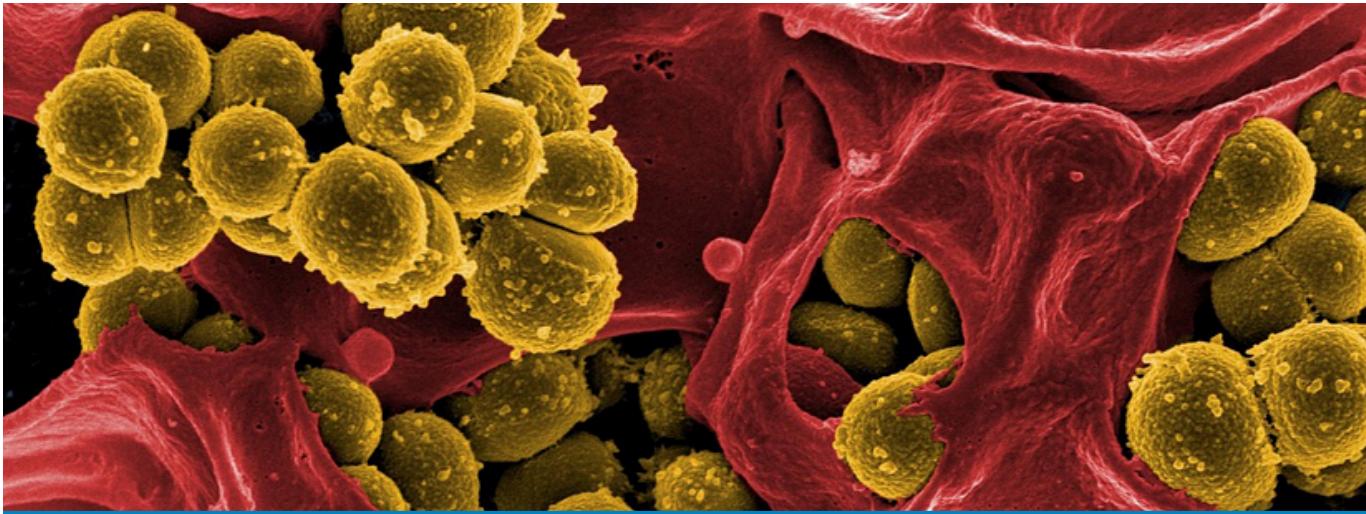
¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DE ERISIPELA Y CELULITIS?

Los antibióticos recomendados para el manejo oral de erisipela o celulitis de primera línea son cefalexina, como alternativa clindamicina, amoxicilina /clavulanato o TMP SMX.

Los antibióticos recomendados para el manejo intravenoso de erisipela o celulitis son la oxacilina, cefazolina, ampicilina sulbactam o clindamicina, y como alternativa amoxicilina/clavulanato.

Para pacientes en los que la celulitis se asocia con trauma penetrante, infección previa o colonización por SAMR, uso de drogas intravenosas, celulitis abscedadas, o inmunosupresión se debe administrar un antimicrobiano efectivo contra SAMR y estreptococos.

La duración recomendada de antimicrobiano es 5 días, pero el tratamiento podrá ser extendido si la infección no ha mejorado en este periodo de tiempo.



ESE Hospital
Regional de Duitama

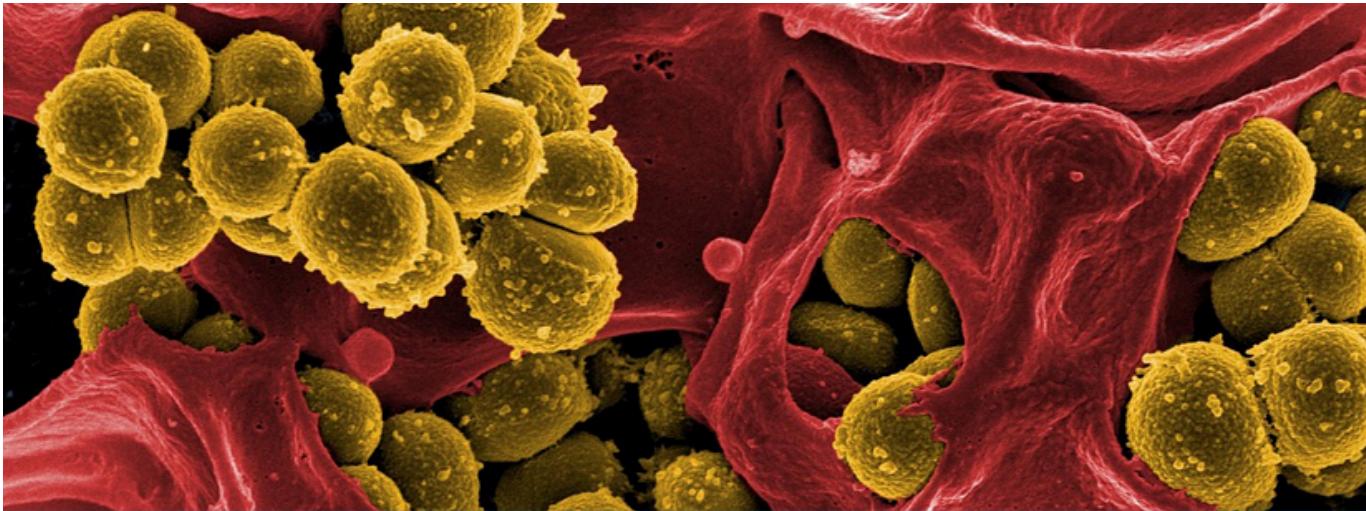
• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE IPTB NECROSANTE?

- 1.La fascitis necrosante debe sospecharse cuando se presenta cualquiera de los siguientes síntomas o signos: (1) dolor importante inconsistente con los hallazgos en el examen físico, (2) deterioro clínico rápidamente progresivo, (3) SIRS, (4) ampollas, (5) edema a tensión (6) equimosis o piel necrótica, (7) crepitación palpable, (8) hipoestesia localizada en piel.
- 2.Se recomienda que el uso de escalas o procedimientos diagnósticos no retrase el inicio de tratamiento en pacientes con alta sospecha clínica.
- 3.En pacientes con duda clínica, se recomienda usar la escala de LRINEC modificado para orientar la decisión del manejo quirúrgico.
- 4.En pacientes con duda diagnóstica, se recomienda el uso de ecografía, TAC o RM según disponibilidad
- 5.El signo clínico principal intraoperatorio para diagnosticar IPTB necrosante es el aspecto macroscópico del tejido celular subcutáneo y la fascia.
- 6.Para el diagnóstico bacteriológico se recomienda realizar Gram y cultivo de tejido profundo intraoperatorio y hemocultivos.

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DE IPTB NECROSANTE?

- 7.Para los pacientes con alta sospecha diagnóstica de IPTB necrosante, se recomienda manejo quirúrgico.
- 8.El tratamiento antibiótico empírico debe ser de amplio espectro debido a que la etiología puede ser polimicrobiana, incluyendo el cubrimiento de SAMR. En nuestro medio se recomienda: vancomicina con cefepime o piperacilina/tazobactam más clindamicina endovenosa. Se recomienda remplazar vancomicina por linezolid endovenoso en pacientes con falla renal.
- 9.En caso de pacientes con compromiso de función hepática o cirrosis, ingesta reciente de comida de mar o contacto con agua salada, la terapia combinada con cefalosporina de tercera o cuarta generación y doxiciclina debe ser usada por sospecha de *Vibrio vulnificus*.
- 10.Para paciente con factores de riesgo para infección por *Aeromonas* spp. se recomienda el uso de cefepime, o quinolona más doxiciclina.
- 11.Una vez se cuenta con aislamiento microbiológico se debe ajustar la terapia antibiótica a un espectro más estrecho basado en la susceptibilidad del cultivo.
- 12.El uso de penicilina más clindamicina se recomienda para tratamiento en aquellos pacientes que tienen infección confirmada por *S. pyogenes*



Hospital
Regional de Duitama

• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PIOMIOSITIS?

13. Realizar cultivos de secreción purulenta y hemocultivos para obtener aislamiento microbiológico.
14. Se recomienda la resonancia magnética para el diagnóstico de piomiositis. La tomografía y la ecografía se recomiendan como alternativa para el diagnóstico.

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL TRATAMIENTO DE PIOMIOSITIS?

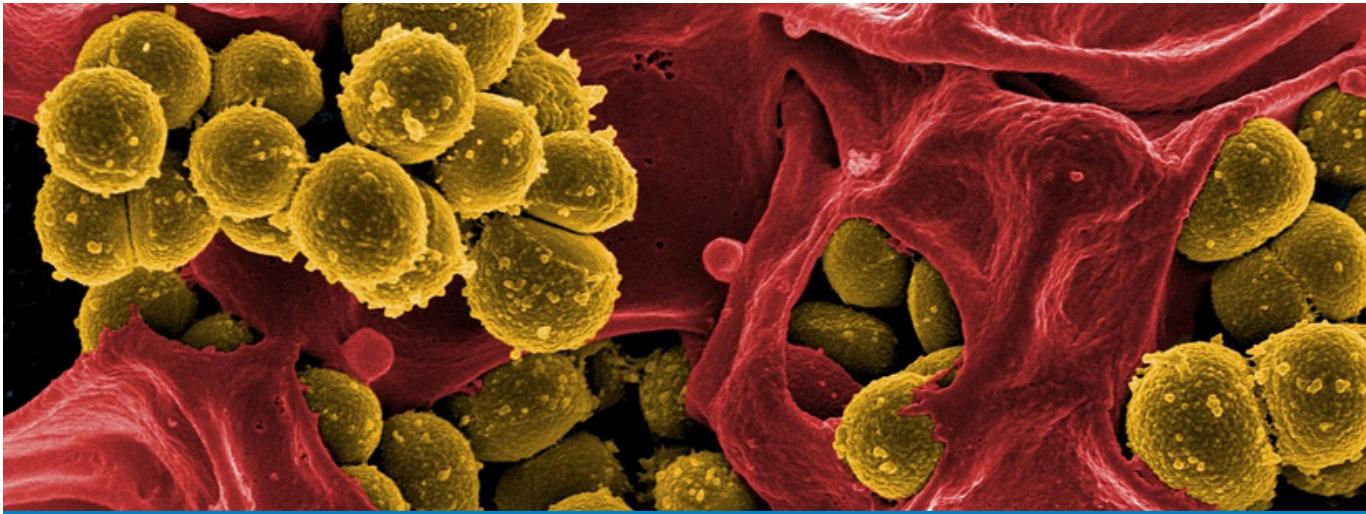
15. El manejo con vancomicina se recomienda como terapia empírica inicial. * El linezolid es una alternativa en pacientes con falla renal aguda.
16. Cefazolina u oxacilina se recomiendan en el tratamiento de piomiositis por SAMS.
17. Se recomienda realizar un drenaje temprano del material purulento.
18. Se deben realizar imágenes de control en pacientes con bacteriemia persistente para identificar focos no drenados de infección.
19. Los antibióticos deben ser administrados vía endovenosa inicialmente, pero una vez exista mejoría clínica se podrá realizar cambio a manejo oral siempre y cuando no exista evidencia de endocarditis o absceso metastásico. Se recomienda una duración de la terapia antimicrobiana de 2 a 3 semanas.

¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA IPTB POR MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS?

20. Se recomienda la administración de tratamiento para el cubrimiento de Gram negativos en pacientes con IPTB con relación a compromiso de las estructuras del tracto genitourinario, gastrointestinal, región perineal, inmunosupresión, úlceras, infección necrosante, infección adquirida en el hospital o contacto con agua dulce o salada.

¿CUÁNDO SE DEBE HOSPITALIZAR UN PACIENTE CON IPTB PARA LOGRAR UNA MAYOR CURACIÓN CLÍNICA?

21. Se recomienda hospitalizar a un paciente con IPTB no purulenta o purulenta si presenta sepsis, comorbilidad no controlada, sospecha de infección necrosante, sospecha de miembro en riesgo, si requiere soporte social para garantizar el tratamiento, inmunosupresión o tratamiento fallido.
22. Se recomienda dar egreso para continuar con manejo ambulatorio oral en un paciente con IPTB cuyas comorbilidades se encuentren controladas, tenga un manejo antimicrobiano definido, una evolución clínica favorable, tolere la vía oral y se garantice el suministro del medicamento.



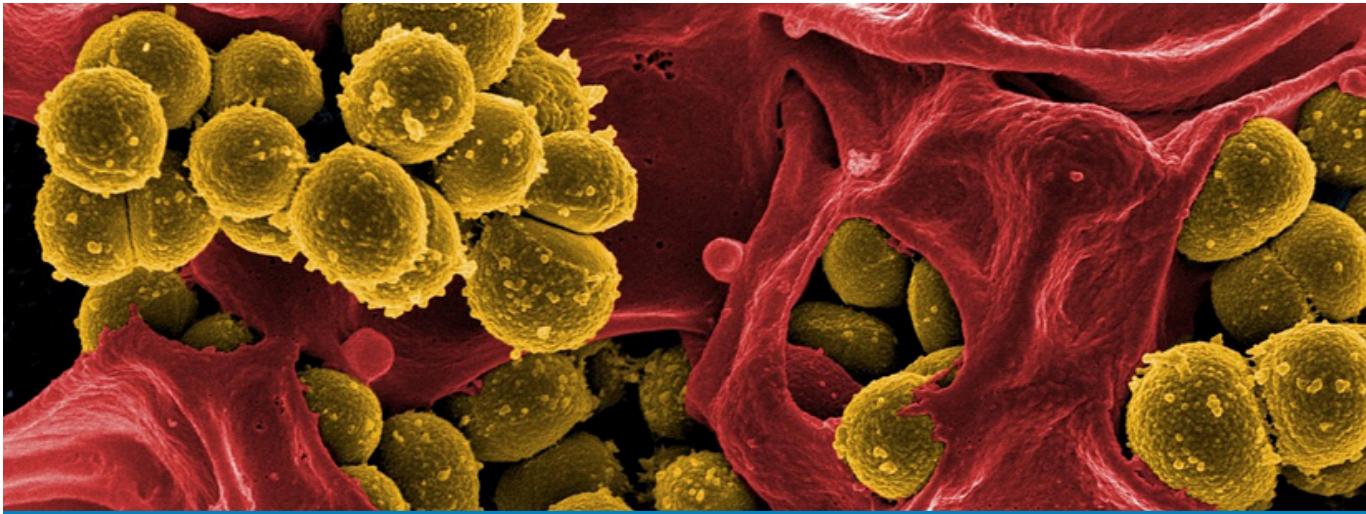
ESE Hospital
Regional de Duitama

• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

¿CUÁLES SON LOS PUNTOS CLAVES EN LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE CON IPTB?

23. Considerar los siguientes puntos para definir la necesidad de hospitalización del paciente:

- Comorbilidades, presentación clínica, sitio de la lesión, tamaño de la lesión, signos de infección necrosante, condiciones sociales y red de apoyo126.
- Presencia de comorbilidades que impacten la progresión y la respuesta clínica de IPTB: inmunocompromiso, enfermedad hepática o renal, enfermedad vascular, asplenia o neuropatía.
- La presentación de fiebre (mayor a 40 grados o menor a 35°C), hipotensión, taquicardia (más de 100/min) o alteración del estado de conciencia, todos estos como representación de sepsis y posible compromiso profundo de la infección.
- Sitio de la lesión: compromiso de mano o cabeza representan gravedad • Tamaño de la lesión cualquier infección con compromiso mayor al 9% de área corporal total debe ser considerada como severa.
- Presencia de signos o síntomas específicos: bulas, hemorragias, dolor desproporcionado, crepito, anestesia, progresión rápida.
- Condiciones sociales y emocionales: pacientes sin red social de apoyo, psicológicamente inestables, con riesgo de no adherencia a la terapia o incapaces de seguir órdenes, no obstante, deberá evaluarse la pertinencia de manejo endovenoso vs oral durante la hospitalización

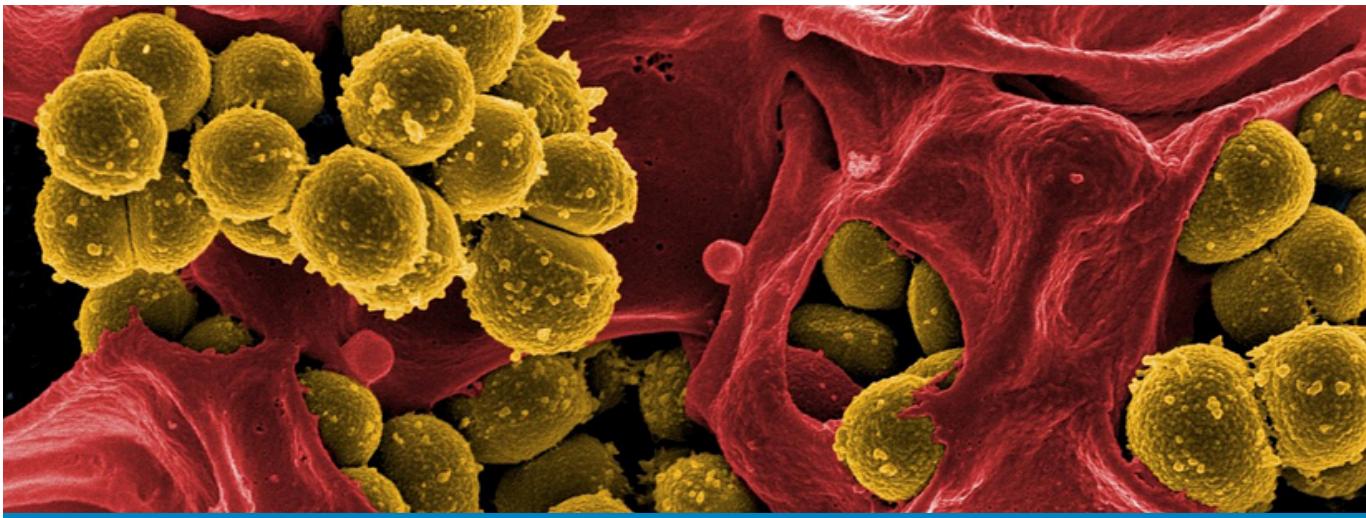


ESE Hospital
Regional de Duitama

• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

Tabla 2. Agentes más frecuentemente involucrados en las IPTB y factores de riesgo.

	Entidad	Localización	Característica / Factor de riesgo asociado	Agente Etiológico
Infecciones superficiales	Impétigo	Epidermis	Costroso- húmedo, principalmente localización facial	<i>S. pyogenes</i>
			Ampolloso- localizadas o diseminadas	<i>S. aureus</i>
	Ectima	Epidermis y dermis		<i>S. aureus- SAMR</i>
	Foliculitis	Folículo piloso superficial		
	Forúnculos	Folículos piloso profundo		
	Carbunclos	Dermis		
	Erisipela	Dermis		<i>Streptococcus pyogenes</i> Estreptococos grupo B, C y G <i>S.aureus</i> (occasional)
	Abscesos	Tejido celular subcutáneo	Recurrencia	<i>S.aureus. SAMR</i> <i>Streptococcus spp,</i> anaerobios
Infecciones Profundas	Celulitis común	Tejido celular subcutáneo	No asociados a puerta de entrada concreta	<i>Estreptococos β-hemolíticos</i>
			Asociada a forúnculos, abscesos y traumatismos	<i>S. aureus- SAMR</i>
	Celulitis severa	Tejido celular subcutáneo	Uso de drogas inyectadas	<i>S. aureus- SAMR</i> <i>Streptococcus spp</i> <i>Clostridium botulinum</i>
			Linfedema crónico	<i>Streptococcus spp</i>
			Secundaria a heridas traumáticas sucias o quirúrgicas	<i>Clostridium perfringens</i> Otras especies de <i>Clostridium spp</i>
			Heridas en agua fresca	<i>Aeromonas hydrophila</i>
			Herida con agua salada	<i>Vibrio vulnificus</i>
	Fascitis necrosante	Fascia		Polimicrobiana -Aerobios: <i>Streptococcus</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> Bacilos gram negativos -Anaerobios: <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Bacteroides</i> , <i>Clostridium spp</i> Monomicrobiana: <i>S.aureus</i> <i>S. pyogenes</i>
	Mionecrosis		Gangrena gaseosa	<i>Clostridium spp</i> <i>Clostridium perfringens</i>
	Piomiosistis	Músculo	Antecedentes de colonización, infección, hospitalización previa	<i>S. aureus</i> SAMR (90%) <i>S. pyogenes</i> <i>S. pneumoniae</i> Enterobacterias
	Infección de úlceras por presión			<i>S. aureus</i> Enterobacterias <i>P. aeruginosa</i> Anaerobios



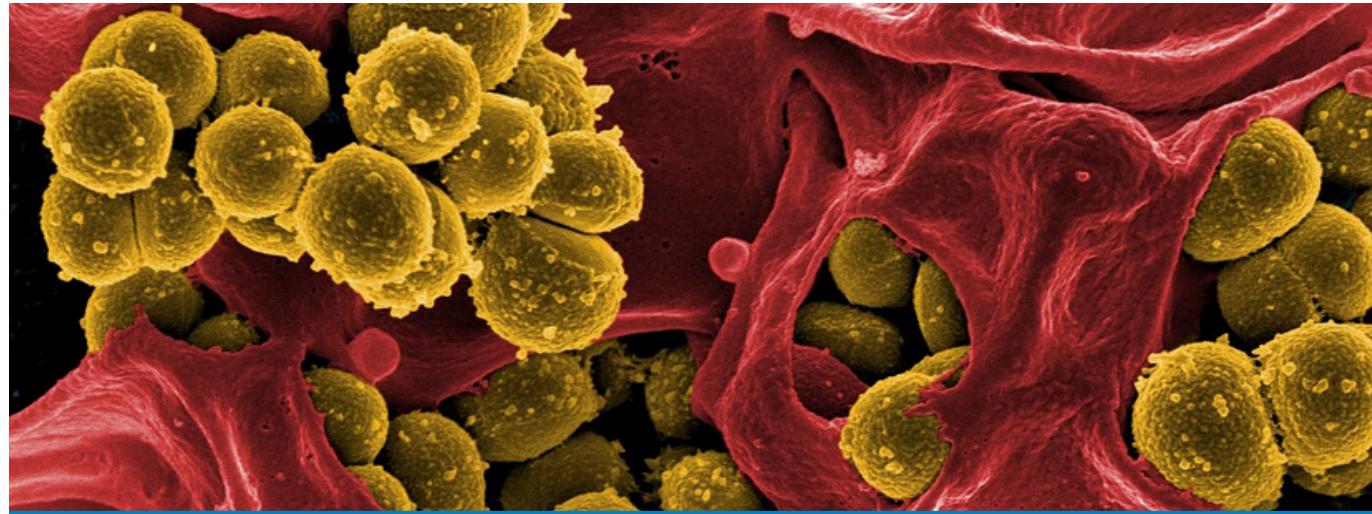
ESE Hospital
Regional de Duitama

• • •
*Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.*

Tabla 4. Dosis de antimicrobianos para el manejo de IPTB

Tipo de terapia	Antibiótico	Dosis	Intervalo de dosificación	Ajuste en Falla renal
ORAL	Amoxacilina/clavulanato	875/125 mg 500/125 mg	Cada 12 h Cada 8 h	TFG 10-50: 250-500 mg c/12 h TFG <10: 250-500 mg c/24 h
	Cefalexina	500 mg - 1 g	Cada 6 h	TFG 10-50: 500 mg c/12 h TFG<10: 150 mg c/12 h
	Clindamicina	300 mg	Cada 8 h	No requiere ajuste renal
	Dicloxacilina	500 mg	Cada 6 h	No requiere ajuste renal. Dar una dosis despues de hemodialisis
	Doxicilina	100 mg	Cada 12 h	No requiere ajuste renal.
	Linzezolid	600 mg	Cada 12h	No requiere ajuste renal.
	Trimetoprim/sulfametoxazol	160/800 mg (tableta)	1 a 2 tabletas cada 12 h	TFG 30-90: 5-20 mg/kg/d TFG 10-29: 5-10 mg/kg/día, c/12 h TFG<10: No recomendada
INTRAVENOSA	Cefazolina	1- 2 g	Cada 8 h	TFG 10-50: 1-2 g c/12 h TFG <10: 1-2g c/24-48 h
	Clindamicina	600 a 900 mg IV c/8h	Cada 8 h	No requiere ajuste renal
	Daptomicina	6-10 mg/kg/d	Cada 24 h	TFG < 30 c/ 48 horas
	Linzezolid	600 mg	Cada 12 h	No requiere ajuste renal.
	Oxacilina	2 g	Cada 4 h	No requiere ajuste de dosis renal
	Trimetoprim/sulfametoxazol	8-10 mg/kg/d	Cada 6 a 12 h	TFG 30 - 90: 5 - 20 mg/kg/d TFG 10-29: 5-10 mg/kg/d, c/12h TFG<10: No recomendada
	Vancomicina	15 – 20 mg/Kg/dosis	Cada 12 h	TFG10-50: c/24-96 h Hemodialisis/CAPD 7,5 mg/Kg, c/2-3d

d: día; g: gramo; h: hora; TFG: tasa de filtración glomerular;



ESE
Hospital
Regional de Duitama

• • •
Cuidar tu salud,
nuestra prioridad.

Alguna de las siguientes comorbilidades:
enfermedad renal/hepática crónica,
inmunosupresión, neuropatía periférica, tabaquismo,
DM
Afectación de cabeza o mano
Más del 9% SCT afectada
Signos de infección necrozante
Pobre red de apoyo social
Hipotensión, alteración conciencia, hipotermia

Evaluación y
clasificación IPTB

¿Requiere inicio
de antibiótico?

Si

No

¿necesita
hospitalización?

Si

Evaluar respuesta
en 48 a 72 hrs

No Mejoría

Considerar
complicaciones o
necesidad de cambio
de antibiótico

Mejoría

Hospitalización
domiciliaria

Alta temprana

Egreso normal

No

¿Candidato a
hospitalización
domiciliaria?

Si

No

Tto oral

Figura 1. Algoritmo para la decisión del manejo hospitalario en pacientes con IPTB