

INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS NO SUPURADAS

INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS SUPURADAS

INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS NO SUPURADAS				INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS SUPURADAS			
LEVE Infección localizada. Sin elementos sistémicos de infección ni comorbilidades de riesgo. Área < 75 cc	CON FR PARA MALA EVOLUCIÓN O MODERADA 1 elemento de infección sistémica (*) + Hemodinamia estable. Área > 75 cm ² o paciente con comorbilidad: obesidad mórbida, diabetes, ERC, cirrosis, EPOC, insuficiencia venosa sintomática, arteriopatía periférica			SEVERA 3 o más elementos de infección sistémica(*), sospecha de infección necrotizante, sepsis o inmunosupresión (neutropenia, trasplante, inmunosupresores)	CON FR PARA MALA EVOLUCIÓN O MODERADA 1 elemento de infección sistémica + Hemodinamia estable. Paciente con comorbilidad: obesidad mórbida, diabetes, ERC, cirrosis, EPOC, insuficiencia venosa sintomática, arteriopatía periférica	LEVE Infección localizada. Sin elementos sistémicos de infección	
Ambulatorio	Internación domiciliaria/Internación			Internación	Internación domiciliaria/Internación	Ambulatorio	
Cultivos: no requiere	Cultivos: HC, cultivo aspirativo o de tejido de la lesión en mordedura o trauma abierto, cultivo si lesiones bullosas			Cultivos: HC y cultivos de la lesión (punción, muestras quirúrgicas)	Cultivo: HC y cultivos de la lesión	Cultivo: Si recidivante	
Celulitis/erisipela leve	Celulitis/erisipela	Celulitis mordedura humano, gato, perro.	Celulitis moderada a severa en exposición agua salada, agua dulce	Celulitis severa / necrotizante / gangrena de fournier/colecciones	Forúnculo / carbunclo / absceso	Forúnculo / carbunclo / absceso	
<i>Streptococcus pyogenes</i> y otros <i>Streptococcus spp.</i> SAMS SAMR (poco frecuente) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (herida punzante en planta de pie)	<i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Streptococcus spp.</i> SAMS SAMR <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (herida punzante en planta de pie)	Flora mixta: Anaerobios (<i>Peptostreptococcus spp.</i> , <i>Prevotella spp.</i> , <i>Fusobacterium spp.</i>) y Aerobia (<i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Streptococcus spp.</i> y <i>Staphylococcus aureus</i>). <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Capnocytophaga canimorsus</i> , <i>Eikenella corrodens</i>	Agua dulce: <i>Aeromonas spp.</i> , <i>Aeromonas hydrophila</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Edwardsiella tarda</i> . Agua Salada: <i>Vibrio vulnificus</i> , <i>Mycobacterium marinum</i>	Monomicrobiana: <i>Streptococcus spp.</i> , SAMS SAMR, <i>Aeromonas spp.</i> , <i>Aeromonas hydrophila</i> o <i>Vibrio spp.</i> en exposición a agua Polimicrobiana: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterobacterales</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , SAMS, SAMR Anaerobios Gangrena gaseosa <i>Clostridium spp.</i> Micosis (pacientes con neutropenia, lesiones rápidamente progresivas)	SAMS/SAMR Perianal Flora mixta, aerobia (<i>enterobacterales</i> , <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Enterococcus spp.</i>) y anaerobia (<i>Bacteroides spp.</i> , <i>Peptostreptococcus spp.</i> , <i>Fusobacterium spp.</i> , <i>Clostridium spp.</i>)		
cefradina o cefalexina 2000 a 3000 mg vo en 3 o 4 dosis o amoxicilina-clavulánico 875/125 mg vo c/ 12hs Alternativa en alergia grave a betalactámicos: clindamicina 300 mg vo cada 6hs	ampicilina-sulbactam 1500 a 3000 mg iv cada 6 hs + TMP-SMX 5-10 mg/kg iv día de componente TMP en 2-3 dosis Alternativa en alergia grave a betalactámicos: clindamicina 600 mg iv c/6hs	ampicilina-sulbactam 1500 a 3000 mg iv c/6hs Alternativa en alergia grave a betalactámicos: ciprofloxacina 400 mg iv c/12h + clindamicina 600mg iv c/8h Denuncia obligatoria y valorar necesidad de profilaxis antitetánica y antirrábica	ceftriaxona 2 gr iv día + doxiciclina 100 mg vo c/12 hs Alternativa en alergia grave a Betalactámicos: Ciprofloxacina 400 mg iv c/12 hs + doxiciclina 100 mg vo c/12 hs	piperacilina tazobactam 4,5 g iv c/6h o meropenem 2000 mg iv c/8h + vancomicina dosis carga 25 mg/kg d y luego 15-20 mg/kg c/12 asociado a clindamicina 600mg iv c/6h o piperacilina tazobactam 4,5 g iv c/6h o meropenem 2000 mg iv c/8h + Linezolid 600 mg iv c/12h. Alternativa en alergia grave a betalactámicos: ciprofloxacina 400 mg iv c/8h + Amikacina dosis carga de 20 mg/kg iv seguido de 15 mg/kg iv c/24h + Linezolid 600 mg iv c/12h o ciprofloxacina 400mg iv c/8h + Amikacina dosis carga 20 mg/kg iv seguido de 15 mg/kg iv c/24h + vancomicina dosis carga 25 mg/KG y luego 15/20 mg/kg c/12 asociado a clindamicina 600 mg iv c/6h	TMP-SMX 5-10 mg/kg iv día del componente TMP en 2-3 dosis Alternativa en alergia grave: clindamicina 600 mg iv c/6hs	TMP-SMX 160 mg de componente TMP y 800 de SMX vo c/12h Alternativa en alergia severa: clindamicina 300 mg vo c/8h o doxiciclina 100 vo c/12h	
Si FR de infección por SAMR clindamicina 300 mg cada 6-8h o asociar TMP-SMX 160 mg de componente TMP y 800 de SMX vo c/12h Si herida punzante en planta de pie agregar ciprofloxacina 500 mg vo c/12h Valorar necesidad de profilaxis antitetánica	Si herida punzante en planta de pie agregar ciprofloxacina 400mg iv c/12h Valorar necesidad de profilaxis antitetánica				Absceso perianal: Ampicilina sulbactam 1500 a 3000 mg iv c/6h +/- amikacina 15 mg/kg día	Absceso perianal: amoxicilina-clavulánico 875/125 mg vo c/12h	
Reposo y elevación del área afectada		Limpieza y debridamiento		Debridamiento amplio y precoz (primeras 6 h) y reexploraciones	Incisión y drenaje		
5 - 7 días		5 - 10 días		14 - 21 días hasta control de foco y respuesta clínica favorable	5 - 10 días		
		5 - 10 días			5 - 7 días		

ABREVIATURAS:

ERC: Enfermedad Renal Crónica

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FR: Factores de riesgo

HC: Hemocultivo

SAMS: *Staphylococcus aureus* meticilino sensible

SAMR: *Staphylococcus aureus* meticilino resistente

TMP-SMX: Trimetoprim-sulfametoxazol. El cálculo de la dosis está referida al componente TMP de la coformulación (cada ampolla contiene 80 mg de TMP y los comprimidos contienen 80mg o 160 mg)

ACLARACIONES:

(*) Elementos sistémicos de infección:

- Tax mayor a 38°C
- FC mayor a 100 cpm
- Polipnea mayor a 24 rpm
- GB mayor a 12000 o menor a 4000

ACLARACIONES DE INFECCIONES SEVERAS DE PARTES BLANDAS:

- Sospechar infección necrotizante si: presencia de dolor intenso, desproporcionado a la lesión visible, anestesia de la zona, compromiso sistémico, repercusión hemodinámica, flictenas, crepitación, induración más allá de la zona eritematosa, necrosis de piel o equimosis, acidosis láctica progresiva.
- Los pacientes con infección de partes blandas severas, celulitis de Fournier o sospecha de infección necrotizante requieren consulta inmediata con cirujano y urólogo (en el caso de C. de Fournier). No se debe retrasar la consulta ni demorar la intervención quirúrgica por estudios diagnósticos imagenológicos. Los estudios imagenológicos ecografía de partes blandas o TAC o RNM se pueden considerar para valorar la extensión pero no deben retrasar la debridación quirúrgica y pueden tener falsos negativos en caso de infección necrotizante. Suelen ser necesarias varias intervenciones quirúrgicas, desbridación para estabilizar al paciente.
- En los pacientes oncológicos neutropénicos la etiología de las infecciones de partes blandas puede ser cocos gram positivos o bacilos gram negativos resistentes así como hongos como *Cándida*, *Fusarium*, *Aspergillus* o mucorales. Deben ser evaluados por infectólogo y dermatólogo. Puede ser necesario el agregado de tratamiento empírico antifúngico.
- El agregado de clindamicina en las infecciones graves es por el efecto antitoxina de este fármacos en caso de tratarse de infecciones por *Streptococcus spp.* o *Staphylococcus aureus*. El uso de linezolid suma cobertura contra estos microorganismos y el efecto antitoxina.
- Si se confirma fascitis necrotizante por *Streptococcus pyogenes* el tratamiento de elección es penicilina más clindamicina dado la acción antitoxina de la clindamicina.
- La duración del tratamiento antibiótico para las infecciones severas es de al menos 14 días, hasta que el paciente no requiera más cirugía de desbridación, presente mejoría clínica y sin fiebre por al menos 48 a 72 horas.
- Con los cultivos se puede decalar a un espectro antimicrobiano más reducido. Se puede suspender la clindamicina cuando haya estabilidad clínica e infección confirmada por otros microorganismos no toxigénicos.

CONSIDERACIONES:

- Todos los pacientes deben ser re-evaluados a las 48-72 horas en cuanto a posibilidad de pasaje a la vía oral, considerar desescalar o eventualmente escalar si presenta mala evolución. Considerar necesidad de drenaje de colecciones si persistieran.
- SAMR puede presentar resistencia a la clindamicina, por lo que se debe controlar a los pacientes que reciben este fármaco para cobertura de *Staphylococcus* y eventualmente escalar a vancomicina o cambiar a TMP-SMX en caso de mala evolución. En el Hospital de Clínicas el 20% de *Staphylococcus aureus* aislado de las infecciones de piel y partes blandas presentaban resistencia a la meticilina (SAMR), el 6,5 % resistencia a clindamicina y el 34% presentaban resistencia a eritromicina. Esto puede tener un sesgo por cultivo de infecciones más graves o recidivantes.
- En los abscesos perianales si sospecha origen cutáneo se debe agregar cobertura para SAMR y tomar muestra para cultivo.
- Se debe solicitar imagenología (TAC o RNM) en caso de celulitis periorbitaria y celulitis de piso de boca (angina de Ludwig) y consulta urgente con oftalmólogo en celulitis periorbitaria y otorrinolaringólogo en celulitis periorbitaria y en angina de Ludwig.

FACTORES DE RIESGO PARA SAMR

- Inmunodepresión
- Colonización o infección por SAMR en los últimos 12 meses
- Contacto domiciliario de persona con SAMR
- Uso de antibióticos previos y no respuesta a primera línea
- Hospitalización reciente, residencia en Centros de larga estancia
- Hemodiálisis
- Infección por VIH
- Usuario de Drogas intravenosas
- Situación de calle, población privada de Libertad
- Trabajadores de la salud