

MANEJO DE LAS INFECCIONES CUTÁNEAS BACTERIANAS EN EL ÁMBITO AMBULATORIO

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO
- ▶ INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA
- ▶ HERIDAS POR MORDEDURAS

INTRODUCCIÓN

La piel y sus anejos constituyen la principal barrera estructural de defensa del organismo frente a agentes externos. Entre los factores que pueden alterar este equilibrio y favorecer las infecciones cutáneas destacan el deterioro de la integridad de la piel, la falta de higiene, el hacinamiento, la humedad y las inmunodeficiencias^{1,2}.

Las infecciones cutáneas constituyen un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria, tanto en adultos como en pediatría.

Las bacterias más prevalentes en las infecciones de la piel son *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) y *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*). El tratamiento es generalmente empírico y sólo ante determinadas circunstancias o mala evolución clínica se recomienda el estudio microbiológico¹.

Las infecciones superficiales pueden tratarse con medidas no farmacológicas (higiene, curas, etc.) y anti-sépticos tópicos; sin embargo, en ocasiones se debe recurrir a antibioterapia tópica (mupirocina o ácido fusídico). El tratamiento sistémico se reserva para formas extensas, graves o en presencia de otros factores de riesgo del paciente. El uso inadecuado de antibióticos conlleva un progresivo aumento de resistencias bacterianas³.

El objetivo de este boletín es revisar el manejo de las principales infecciones cutáneas bacterianas que pueden ser objeto de consulta a nivel ambulatorio, así como de la sobreinfección de las heridas por mordedura.

CRITERIOS PARA LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO³

En general, el tratamiento suele ser empírico. Al seleccionarlo se deben considerar los siguientes aspectos:

- Etiología de la infección. Perfil de sensibilidad y patrón de resistencias antibióticas locales de los microorganismos implicados.

Los microorganismos más habituales son bacterias gram positivas (*S. aureus* y *S. pyogenes*). Otros géneros gram positivos, gram negativos (*Pseudomonas aeruginosa*) y anaerobios son menos frecuentes.

S. pyogenes es siempre sensible a penicilina.

S. aureus: cerca del 90% de las cepas presentan resistencias mediadas por penicilinasas, por lo que se precisará de betalactámicos eficaces contra cepas productoras de betalactamasas. En caso de sospecha de *S. aureus* con resistencia a meticilina adquirida en la comunidad (SARM-C) se utilizará clindamicina o trimetoprima-sulfametoxazol (cotrimoxazol). En nuestro entorno, teniendo en cuenta los patrones de resistencia, se recomienda utilizar cotrimoxazol⁴.

- Localización, extensión y profundidad de la infección.
- Características del paciente: comorbilidad, estado inmunológico y edad.
- Características del antibiótico: espectro de acción (cuanto más amplio sea mayor probabilidad de aparición de resistencias), metabolismo, vía de administración, posología y sabor.
 - Antibióticos tópicos (mupirocina 2% y ácido fusídico 2%): poseen una eficacia igual o superior a la de los antibióticos por vía oral en el tratamiento de infecciones leves o limitadas. Son inductores de resistencias⁵. Son activos frente a SARM. No se recomiendan otros tratamientos tópicos como la bacitracina-neomicina-polimixina debido a que no han demostrado mayor eficacia y pueden producir reacciones alérgicas anafilactoides⁴.
 - Antibióticos sistémicos
 - Penicilina V: es activo frente a *S. pyogenes*, pero no frente a *S. aureus*.
 - Amoxicilina: es activo frente a *S. pyogenes*, pero no frente a *S. aureus*.
 - Cloxacilina: es activo frente a *S. aureus* productor de betalactamasas (pero no frente a SARM) y *S. pyogenes*.
 - Cefadroxilo: cefalosporina de primera generación, activa frente a cocos gram positivos sensibles a meticilina.
 - Cefuroxima-axetilo: cefalosporina de segunda generación, activa frente a enterobacterias.
 - Amoxicilina-clavulánico: es activo frente a *S. pyogenes* y *S. aureus* meticilín sensible (no para SARM). De especial relevancia en infecciones polimicrobianas.

- Clindamicina: amplio espectro, alternativa en pacientes alérgicos a betalactámicos, activo frente a SARM (con un 23,5% de resistencias)⁴. Sólo está disponible en cápsulas (para pacientes pediátricos puede ser necesaria una fórmula magistral).
- Cotrimoxazol: amplio espectro, activo frente a SARM (solo 3,4% de resistencias)⁴, no activo frente a *S. pyogenes* (en estos casos, se debería asociar penicilina V o amoxicilina).
- Macrólidos (eritromicina, claritromicina, azitromicina): alto potencial de inducir resistencias (20% *S. aureus* meticilín sensible, 50% SARM y 7% de los *S. pyogenes* son resistentes)⁴. Considerar su uso en caso de alergia a betalactámicos.

S. aureus con resistencia a meticilina adquirida en la comunidad (SARM-C)

La aparición de cepas de *S. aureus* con resistencia a meticilina adquirida en la comunidad (SARM-C) constituye ya un problema de salud pública en países del continente americano, Asia, Australia, Nueva Zelanda y algunos de Europa^{3,6-8}. Los estudios muestran una relación significativa entre el incremento del uso de antibióticos tópicos (mupirocina y ácido fusídico) y el rápido aumento de las resistencias antibióticas, por lo que en algunos países se están recomendando restricciones de uso para los antibióticos tópicos⁶. Puede haber resistencias cruzadas entre el ácido fusídico y la meticilina, recomendándose reservar el uso de mupirocina tópica en SARM⁶. Ante la baja incidencia de SARM-C en nuestro entorno (11,5% en Atención Primaria de Gipuzkoa en 2017⁴), no se recomienda modificar el tratamiento empírico, salvo en circunstancias de especial gravedad, recurrencia o antecedente epidemiológico y en inmigrantes procedentes de países con elevada incidencia de SARM-C, en cuyo caso el tratamiento recomendado es cotrimoxazol o clindamicina¹. Los factores de riesgo de presentar SARM son: ser portador conocido de SARM o conviviente de portador de SARM, pacientes institucionalizados, úlceras cutáneas crónicas, hospitalizados, inmunodeprimidos, portadores de catéter u otro dispositivo médico^{5,9}.

Descolonización¹⁰: En pacientes con colonización exclusivamente nasal se recomienda utilizar mupirocina, realizando monitorización previa de su sensibilidad. En cepas resistentes, se recomienda utilizar ácido fusídico tópico o bacitracina tópica más cotrimoxazol oral.

Pauta de descolonización: Mupirocina nasal al 2%, 1 aplicación en cada fosa nasal 3 veces al día durante 5 días. Algunas guías recomiendan la higiene del paciente con jabón (o esponjas desechables) de clorhexidina al 4% durante 5 días, siempre por debajo de la línea de la mandíbula, teniendo cuidado en no macerar zonas de piel no íntegra y prestando especial atención a la higiene de axilas, ingles y área perineal. Tras haber completado 5 días de tratamiento, el paciente debe permanecer al menos 72 horas sin recibir ninguna dosis de antibiótico tópico, y posteriormente se deben tomar muestras microbiológicas para comprobar la eficacia de la descolonización. Si el frotis nasal es positivo, valorar repetir una nueva tanda según antibiograma.

En cuanto a la erradicación extranasal, varias guías recomiendan los antibióticos tópicos o sistémicos aunque no hay evidencia suficiente para ello.

INFECCIONES BACTERIANAS DE LA PIEL Y PARTES BLANDAS MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Existen diversas páginas con material gráfico interesante sobre estas patologías: Dermapixel (<http://www.dermapixel.com>) o Atlas de dermatología (<http://dermis.net/dermisroot/es/home/index.htm>), por ejemplo.

Impétigo leve no ampolloso^{1-3,5,11}: es una infección altamente contagiosa (por autoinoculación o contacto directo o mediante objetos contaminados) que afecta a la epidermis, generalmente en zonas expuestas. Es la infección de piel más frecuente en niños, especialmente de 2-5 años. Produce lesiones no cicatriciales, bien delimitadas, que evolucionan de mácula a pápula, vesícula y pústula que termina en costra melicérica gruesa. Puede ocurrir sobre piel sana o sobre piel previamente lesionada (impetiginización). Como medidas preventivas requiere un cierto aislamiento cutáneo, no intercambiar toallas ni objetos personales y en niños en edad escolar evitar ir al colegio como mínimo durante las primeras 48 h de tratamiento. Existe una forma ampollosa en la que las lesiones evolucionan a vesículas y éstas a ampollas de contenido amarillento, turbio e incluso purulento, que se rompen con facilidad y se cubren de costra fina marrón. La principal complicación es la propagación local (celulitis, linfadenitis) o sistémica (neumonía, osteoartritis, sepsis).

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo	Observaciones
<i>S. aureus</i> y/o <i>S. pyogenes</i>	Lesión leve y no extendida Mupirocina 2% o ácido fusídico 2% tópico 1 aplicación cada 8 h, durante 5-7 días		
	En lesiones extensas o progresión de las lesiones: Antibiótico oral durante 5-7 días: Cloxacilina A: 500 mg/6 h P: 50-100 mg/Kg/día, en 4 tomas Cefadroxilo A: 500 mg-1 g/8-12 h P: 50 mg/Kg/día, en 2 tomas	Amoxicilina-clavulánico oral durante 5-7 días A: 875/125 mg/8 h P: 20-60 mg/Kg/día, en 3 tomas En caso de desabastecimiento de presentaciones pediátricas orales de cefadroxilo: Cefuroxima axetilo P: 15-30 mg/Kg/día, en 2 tomas	Alérgicos a betalactámicos: A: Clindamicina oral 300-600 mg/8 h durante 10 días P: Azitromicina 10 mg/Kg/día durante 5 días o claritromicina 15 mg/Kg/día, en 2 tomas, durante 7 días Si riesgo de SARM: Cotrimoxazol durante 5-10 días A: 160/800 mg/12 h P: 6-12 mg TMP/30-60 mg SMX /Kg/día, en 2 tomas durante 5-10 días

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría. TMP: trimetoprima. SMX: sulfametoxazol.

Erisipela^{2,13}: infección que afecta a la dermoepidermis, que se presenta como una tumefacción roja, brillante, dolorosa, indurada, edematosa, con borde sobreelevado bien delimitado. Es más frecuente la localización en extremidades inferiores y cara. Cursa con clínica de afectación general (fiebre, escalofríos, malestar general) y pueden aparecer ampollas flácidas. Requiere realizar un diagnóstico diferencial con la celulitis.

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo	Observaciones
<i>S. pyogenes</i> Otros estreptococos (<i>S. aureus</i> menos frecuente)	Antibiótico oral durante 5-10 días (según evolución clínica) Amoxicilina A: 500 mg /8 h P: 50-60 mg/Kg/día, en 3 tomas Penicilina V A: 500-1000 mg/6-8 h P: 25-50 mg/Kg/día, en 4 tomas	Cefadroxilo durante 5 días A: 500 mg/8 h P: 50 mg/Kg/día, en 2 tomas	Alérgicos a betalactámicos: A: Clindamicina oral 300- 600 mg/8 h durante 7-10 días P: Azitromicina 10 mg/Kg/día durante 5 días o claritromicina 15 mg/Kg/día, en 2 tomas, durante 7 días

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría.

Celulitis no complicada^{2,5,12,13}: infección localizada en la dermoepidermis que se presenta como placa eritematosa, caliente y dolorosa, con límites mal definidos. En ocasiones, presenta flictenas, petequias o necrosis local y puede acompañarse de linfadenitis y síntomas sistémicos. Es importante realizar diagnóstico diferencial con erisipela.

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo	Observaciones
<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Otros estreptococos	Cloxacilina oral 5 días A: 500 mg/6 h P: 50-100 mg/Kg/día, en 4 tomas Cefadroxilo oral 5 días: A: 500 mg/8 h P: 50 mg/Kg/día, en 2 tomas	Amoxicilina-clavulánico oral 5-10 días (según evolución clínica) A: 875/125 mg/8 h P: 20-60 mg/Kg/día, en 3 tomas	Alérgicos a betalactámicos: A: Clindamicina oral 300- 600 mg/8 h durante 7-10 días P: Azitromicina 10 mg/Kg/día durante 5 días o claritromicina 15 mg/Kg/día, en 2 tomas, durante 7 días Si riesgo de SARM: Cotrimoxazol durante 5-10 días A: 160/800 mg /12h durante 10 días P: 6-12 mg TMP/30-60 mg SMX /Kg/día, en 2 tomas, durante 5-10 días En celulitis recurrente (3-4 episodios al año), valorar tratamiento profiláctico

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría. TMP: trimetoprima. SMX: sulfametoxazol.

Foliculitis¹⁻³: infección del folículo piloso superficial, por lo que se presenta en zonas pilosas (cara, cuero cabelludo, axilas, ingles y extremidades). A menudo es secundaria a la depilación. Cuando se localiza en partes cubiertas por el bañador se debe sospechar la presencia de *Pseudomonas aeruginosa*. Las lesiones son pápulas-vesículas con base eritematosa. Debe realizarse diagnóstico diferencial con el acné vulgar y la candidiasis. La foliculitis puede extenderse a la dermis profunda (forúnculo) o afectar al tejido celular subcutáneo circundante (ántrax).

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Observaciones
<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	Antiséptico tópico y Mupirocina 2% tópica 1 aplicación/8 h o Ácido fusídico 2% tópico 1 aplicación/8 h durante 5-7 días. Para formas recurrentes o extensas, en localización en tercio medio facial o en presencia de fiebre añadir antibiótico oral 7-10 días: Cloxacilina A: 500 mg/6 h P: 50-100 mg/Kg/día, en 4 tomas Amoxicilina-clavulánico A: 875/125 mg/8 h P: 20-60 mg/Kg/día, en 3 tomas Clindamicina A: 300-600 mg/8 h P: 10-30 mg/kg/día, en 3 tomas	No utilizar antibióticos en todos los casos: compresas calientes, etc. En caso de sospecha de <i>Pseudomonas</i> : solución tópica de ácido acético 1-5% durante 15-30 minutos varias veces al día y en caso de lesiones extensas, ciprofloxacino oral A: 500mg/8 h durante 7 días Foliculitis profundas: es preciso realizar incisión y drenaje, y comenzar con tratamiento antibiótico precoz para evitar complicaciones. Se recomienda realizar cultivo con antibiograma.

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría.

Eritrasma^{1,2,5}: infección causada por *Corynebacterium minutissimum* que afecta a pliegues corporales húmedos (espacios interdigitales de los pies, ingles, axilas, áreas inframamaria e interglútea). Son factores predisponentes el calor, la humedad, la obesidad, la maceración cutánea, la diabetes mellitus y la falta de higiene. Se presenta como lesiones de color rojo/marrón de bordes irregulares y bien definidos, algo descamativas. Producen prurito leve. Diagnóstico diferencial con intertrigo micótico (tratamiento con clotrimazol tópico).

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo
<i>Corynebacterium minutissimum</i>	Casos leves: tratamiento tópico para lesiones limitadas y localizadas: Eritromicina tópica 1 aplicación/12 h durante 15 días	Clotrimazol tópico 1 aplicación/12 h durante 15 días Ácido fusídico 2% tópico 1 aplicación/12 h durante 7 días
	Casos extensos y recidivas: antibiótico oral durante 7-10 días: Eritromicina A: 500 mg/6 h P: 30-50 mg/Kg/día, en 4 tomas	Claritromicina A: 500 mg/12 h P: 15-20 mg/Kg/día, en 2 tomas

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría.

Paroniquia^{1,3} (o panadizo ungueal): infección aguda de cualquier porción del dedo vaya o no acompañada de infección de estructuras osteotendinosas. Puede presentarse como panadizo periungueal, cuando la infección se localiza en el contorno del surco ungueal, con signos inflamatorios evidentes, piel roja, edematosa y muy dolorosa, que, si progresa, desarrolla una pequeña zona purulenta en el fondo del surco que se extiende y compromete la raíz de la uña. Está causada por la manipulación con instrumentos contaminados de los llamados "padrastros". El panadizo subungueal está normalmente causado por una herida punzante en el pulpejo bajo la uña o puede deberse a una extensión del panadizo periungueal. Cursa con dolor del pulpejo y material purulento que puede llegar a drenar espontáneamente en el surco periungueal.

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Observaciones
<i>S. aureus</i> <i>Candida albicans</i> * Microbiota de la orofaringe (polimicrobiana y mixta)	Superficial: aplicación de compresas húmedas calientes, 2-3 veces al día. Mupirocina 2% o ácido fusídico 2% tópico 1 aplicación cada 8 h, durante 5-7 días	
	Profunda: es preciso realizar incisión y drenaje, y comenzar con tratamiento antibiótico oral precoz para evitar complicaciones (necrosis, osteomielitis). Amoxicilina-clavulánico durante 7 días A: 875/125 mg/8 h P: 20-60 mg/Kg/día, en 3 tomas Cefadroxilo durante 7 días A: 500 mg-1 g/8-12 h P: 50 mg/Kg/día, en 2 tomas Cloxacilina durante 10 días A: 500 mg/6 h P: 50-100 mg/Kg/día, en 4 tomas	En alérgicos a betalactámicos: A: Clindamicina oral 300- 600 mg/8 h durante 10 días P: Azitromicina 10 mg/Kg/día durante 5 días o claritromicina 15 mg/Kg/día, en 2 tomas, durante 7 días

* En personas que tienen las manos en contacto repetido con el agua.
A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría.

Hidrosadenitis^{1,3}: la hidrosadenitis supurativa (conocida como "golondrino") es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las glándulas apocrinas (axilas, ingles, región perianal, perineal, región púbica, etc.). Suele comenzar durante la pubertad, principalmente en mujeres. La colonización bacteriana (estafilococo coagulasa negativo o *S. aureus*) se considera secundaria. El síntoma inicial es dolor intermitente e hipersensibilidad, prurito e hiperhidrosis local. Posteriormente aparece una lesión nodular de color purpúreo-violáceo que se extiende y puede drenar material purulento. Pueden aparecer cicatrices hipertróficas o fístulas, y la recidiva es muy frecuente. La mayoría de los casos son autolimitados, por lo que no precisan antibioterapia.

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo	Observaciones
<i>S. aureus</i> Anaerobios de la orofaringe	Medidas higiénicas rigurosas, compresas calientes y utilizar prendas amplias + antisépticos o antibióticos tópicos (mupirocina 2% o ácido fusídico 2% tópico 1 aplicación cada 8 h) + Cloxacilina oral A: 500 mg/6 h P: 50-100 mg/Kg/día, en 4 tomas o Cefadroxilo oral A: 500 mg-1 g/8-12 h P: 50 mg/Kg/día, en 2 tomas	Si no hay mejoría: amoxicilina-clavulánico oral durante 10 días A: 875/125 mg/8 h P: 20-60 mg/Kg/día, en 3 tomas	En alérgicos a betalactámicos: A: Clindamicina oral 300- 00 mg/8 h durante 10 días P: Azitromicina 10 mg/Kg/día durante 5 días o claritromicina 15 mg/Kg/día, en 2 tomas, durante 7 días

A: pauta en adultos P: pauta en pediatría.

Queratólisis punctata^{1,14}: infección localizada en las plantas de los pies. Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, y es más frecuente en zonas cálidas y húmedas. Los principales síntomas son hiperhidrosis, mal olor y prurito. Aparecen depresiones superficiales de la epidermis (*punctata*), a veces con patrón lineal (*sulcatum*), y el diagnóstico es clínico, basado en la tríada hiperhidrosis, bromhidrosis y las lesiones dermatológicas descritas. El diagnóstico diferencial se debe realizar con las tiñas o verrugas plantares.

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo
<i>Corynebacterium</i> sp. Otros: <i>Dermophilus congolensis</i> y <i>Kytococcus sedentarius</i>	Tratamiento de la hiperhidrosis + lavados con jabón antiséptico + antibióticos tópicos 2 aplicaciones diarias durante 2-4 semanas o hasta resolución clínica (eritromicina 3%, clindamicina, ácido fusídico 2% o mupirocina 2%)	Peróxido de benzoilo tópico 1 ó 2 aplicaciones diarias durante 2-4 semanas o hasta resolución clínica

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo
<i>Corynebacterium</i> sp. Otros: <i>Dermatophilus congolensis</i> y <i>Kytococcus sedentarius</i> (continuación)	En lesiones extensas o las que no responden a tratamientos tópicos, antibióticos orales al menos durante 10 días: Eritromicina A: 250-500 mg/6 h P: 20-40 mg/Kg/día, en 4 tomas Clindamicina A: 300-600 mg/8 h P: 10-30 mg/Kg/día, en 3 tomas	

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría.

Dermatitis perianal bacteriana^{1,3}: Afecta a niños de entre 6 meses y 10 años de edad, con un pico de incidencia a los 3-5 años. Se cree que la transmisión es por contacto, ya sea por autoinoculación (infección o portador asintomático faríngeo o cutáneo) o por contagio intrafamiliar, en especial si se comparte el agua de la bañera o si algún familiar ha presentado faringoamigdalitis aguda o dermatitis perianal. Clínica: eritema no elevado de unos 2-3 cm alrededor del ano, de bordes bien definidos y que puede asociar prurito, defecación dolorosa, estreñimiento, incontinencia por rebosamiento, hematoquecia o fisuras. En los niños puede haber balanopostitis y en las niñas vulvovaginitis con secreción y disuria. En la fase aguda la lesión es roja, brillante, húmeda, dolorosa y puede presentar una membrana blanquecina. Sin tratamiento las lesiones se cronican, con fisuras dolorosas, secreción mucosa o placas psoriasiformes con costra periférica amarillenta. El diagnóstico es clínico, pero precisa confirmación bacteriológica, por lo que se deben recoger muestras de la región perianal y de la faringe, si hay síntomas a este nivel.

Microorganismo más frecuente	Tratamiento 1ª elección	Tratamiento alternativo	Observaciones
<i>S. pyogenes</i> y con menor frecuencia <i>S. aureus</i> solo o asociado al anterior	Amoxicilina oral durante 10 días A: 500 mg/8 h P: 50-60 mg/Kg/día, en 3 tomas Penicilina V oral durante 10 días A: 500-1000 mg/6-8 h P: 25-50 mg/Kg/día, en 4 tomas	Si no responde al tratamiento inicial, y en espera del antibiograma: Amoxicilina-clavulánico oral A: 875/125 mg/8 h P: 40-50 mg/Kg/día, en 3 tomas	Alérgicos a betalactámicos: A: Clindamicina oral 300- 600 mg/8 h durante 10 días P: Azitromicina 10 mg/Kg/día durante 5 días o claritromicina 15 mg/Kg/día, en 2 tomas, durante 7 días Recurrencias: Cefuroxima-axetilo oral 7-10 días. A: 250-500 mg/8-12 h P: 15-30 mg/Kg/día, en 2 tomas

A: pauta en adultos P: pauta en pediatría.

HERIDAS POR MORDEDURAS^{1,3,9}

La mayoría de las sobreinfecciones de heridas por mordedura producen manifestaciones clínicas en las primeras 12 horas, generalmente eritema, dolor o secreción.

Las mordeduras más susceptibles de infectarse son las de gato (50-80%), por lo afilado de sus dientes, y en menor proporción las de perro (10-20%). Las humanas casi siempre se infectan localmente. La microbiota presente suele ser polimicrobiana: estreptococo, *S. aureus*, anaerobios...

Pautas generales de actuación:

- Lavar la herida lo antes posible con abundante agua o suero salino.
- El uso de antisépticos y antibióticos tópicos es controvertido.
- Recoger cultivo de la herida sólo si han transcurrido más de 12 h tras la mordedura o hay signos de infección.
- Considerar medidas estándares de profilaxis frente a la rabia, el tétanos (todas las mordeduras son teta-nígenas) y el resto de enfermedades transmitidas a través de las heridas.
- La profilaxis antibiótica está indicada en los siguientes casos:
 - Mordeduras de gato y humanas
 - Mordeduras en cara, manos, pies o área genital

- Mordeduras con retraso de atención de 8-12 h (consulta médica retrasada más de 8-12 h después de la mordedura)
 - Comorbilidad: inmunosupresión, riesgo de endocarditis, neumopatía crónica, hepatopatía crónica, diabetes mellitus
 - Lactantes, niños inmunodeprimidos o asplénicos
- Solicitar asesoramiento quirúrgico en heridas profundas, amplias, desvitalizadas, infectadas, con afectación ósea o articular.

Tratamiento 1ª elección	Observaciones
Amoxicilina-clavulánico oral durante 5-10 días A: 875/125 mg/8 h P: 20-60 mg/kg/día en 3 tomas	Alérgicos a betalactámicos, si toleran cefalosporinas: Cefuroxima-axetilo durante 5-10 días A: 250-500 mg/8-12 h P: 15-30 mg/Kg/día, en 2 tomas Alérgicos a betalactámicos, si no toleran cefalosporinas: Clindamicina + ciprofloxacino durante 5-10 días A: 300-600 mg/ 8h + 500 mg/ 12 h o clindamicina + cotrimoxazol durante 5-10 días A: 300-600 mg/ 8h + 160/800 mg/12 h P: 10-30 mg/kg/día en 3-4 tomas + 6-12 mg TMP/ 30-60 mg SMX /Kg/día, en 2 tomas

A: pauta en adultos. P: pauta en pediatría, TMP: trimetoprima. SMX: sulfametoxazol.

Si hay mala evolución, solicitar cultivo y valorar ingreso hospitalario³.

Agradecemos a José María García-Arenzana, médico del Servicio de Microbiología de la OSI Donostialdea, la revisión del texto así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr. 2016;84:121.e1-121.e10. Disponible en: www.analesdepediatria.org
2. García D, Ballester M, Valle E. Infecciones cutáneas. AMF. 2018;14(4):184-197.
3. Uso adecuado de antibióticos en pediatría. Infecciones cutáneas. Bolcan. 2016; 7(4):1-8. Servicio Canario de la Salud.
4. Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en Atención Primaria. OSI Donostialdea. Osakidetza. 2018
5. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área de Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guia terapeutica aljarafe/guia Terapeutica Aljarafe/guia/guia_find_hsd.asp
6. Bacterial skin and soft tissue infections. Aust Prescr. 2016;39:159-163.
7. Topical antibiotics for skin infections: should they be prescribed at all? Bpac. 2017. Disponible en: <https://bpac.org.nz/2017/topical-antibiotics-1.aspx>
8. Topical antibiotics for skin infections: when are they appropriate? Bpac. 2017. Disponible en: <https://bpac.org.nz/2017/topical-antibiotics-2.aspx>
9. Guía de tratamiento empírico de las enfermedades infecciosas (2ª edición). 2017. Comité de Política Antibiótica. OSI Donostialdea. Osakidetza
10. Protocolo de Aislamiento. Recomendaciones para prevenir la transmisión de infecciones en las Organizaciones Sanitarias Integradas. Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza 2018 Disponible en: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-apoyo/seg-clinic/seg-pac-iras/Paginas/default.aspx>
11. Kosar L, Laubscher T. Management of impetigo and cellulitis. Can Fam Physician. 2017;63:615-8.
12. IDSA. Practice Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America.
13. Guía PRIOAM del Hospital Virgen del Rocío. <http://guiaprioam.com>
14. Barankin B, Leung A. Pitted keratolysis. Uptodate® 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pitted-keratolysis?search=skin%20and%20soft%20tissue%20infections%20queratolisis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Libe Moraza, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales