

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	MODERADA		SEVERA			MODERADA	LEVE
Infección localizada. Sin elementos sistémicos de infección. Área < 75 cm ²	Elementos de infección sistémica (*) con hemodinamia estable. Área >75 cm ² o pte inmunodeprimido (ERC, DM, cirrosis, etc)		> a 2 elementos de infección sistémica (*), sepsis, sospecha de infección necrotizante o inmunosuprimido (neutropenia, trasplantado, inmunosupresores) ver al dorso aclaraciones a, b y c			Elementos de infección sistémica (*) con hemodinamia estable o pte inmunodeprimido (ERC, DM, cirrosis, etc)	Infección localizada. Sin elementos sistémicos de infección.
Ambulatorio	Amb/int		Internación	Internación		Amb/Int	Ambulatorio
Cultivos: no requiere	Cultivos: no requiere	Cultivos: requiere	Hemocultivos y cultivos de la lesión (punción, muestras quirúrgicas)			HC y cultivos de la lesión en inmunodeprimidos	Cultivo: si recidivante o pte inmunodeprimido
CELULITIS/ERISPELA LEVE	CELULITIS/ERISPELA MODERADA	Celulitis por mordedura humano, gato, perro.	Celulitis moderada a severa en exposición agua salada, agua dulce	GANGRENA DE FOURNIER	INFECCIÓN SEVERA / NECROTIZANTE / COLECCIONES	FORÚNCULO / ABSCESO/ CARBUNCO	FORÚNCULO / ABSCESO/ CARBUNCO
<i>Streptococcus Grupo A</i> (a veces G,C,B), SAMS SAMR (poco frecuente) <i>P. aeruginosa</i> (herida punzante en planta de pie)	<i>Streptococcus</i> sp SAMS SAMR <i>P. aeruginosa</i> (herida punzante en planta de pie)	Flora mixta: <i>Anaerobios</i> (<i>Peptoestreptococcus</i> , <i>Prevotella</i> , <i>Fusobacterium</i>) y <i>Aerobia</i> (<i>Streptococcus</i> sp y <i>S.aureus</i>) * <i>P.multocida</i> y <i>Capnocytophaga canimorsus</i> en animales * <i>E.corrodens</i> en humanos	Agua dulce: <i>A. hydrophila</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>E. coli</i> , <i>Edwardsiella tarda</i> . Agua Salada: <i>Vibrio vulnificus</i> .	Flora mixta, aerobia (<i>enterobacterias</i> , <i>Streptococcus</i> sp, <i>Enterococcus</i>) y anaerobia (<i>Bacteroides</i> sp, <i>Peptoestreptococcus</i> , <i>Fusobacterium</i> , <i>Clostridium</i> sp)	<i>Streptococcus</i> sp, SAMS SAMR <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterobacterias</i> Anaerobios Micosis (neutropenia) ver al dorso (c)	SAMS/SAMR EN PERIANAL Flora mixta, aerobia (<i>enterobacterias</i> , <i>Streptococcus</i> sp, <i>Enterococcus</i> sp) y anaerobia (<i>Bacteroides</i> sp, <i>peptoestreptococcus</i> , <i>fusobacterium</i> , <i>Clostridium</i> sp)	
Amoxicilina-clavulánico 875/125 vo c/ 12hs o Cefradina 500 mg vo c/6h	Ampicilina-sulbactam 1.5-3 g iv cada 6 h o Cefazolina 1-2gr c/8h +/- TMP SMX 10 mg/kg día (de TMP), si trauma penetrante o factor de riesgo para SAMR Alternativa: Clindamicina 600 mg c/6hs iv/vo	Ampicilina-sulbactam 1.5 gr iv c/6h 48-72 h, decalar con Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg vo c/8hs. Alternativa: Ciprofloxacina 400 mg iv o 500 mg vo c/12h + Clindamicina 600 mg iv/vo c/8h o Moxifloxacina 400 mg vo/iv día.	Ceftriaxona 2 gr iv día + Doxiciclina 100 mg vo c/12 hs Alternativa: Levofloxacina 500 mg iv/día o Ciprofloxacina 400 mg/12 hs iv + Doxiciclina 100 mg c/12 hs	Piperacilina-Tazobactam 4.5 gr iv c/6 hs + Amikacina 20 mg/kg día una vez al día. Alternativa: Ciprofloxacina 400 mg iv c/8h + Metronidazol 500 mg iv c/8h + Amikacina 15-20 mg/kg/día o Gentamicina 3-5 mg/kg/día.	Piperacilina tazobactam 4,5 g iv c/6h + Vancomicina dosis carga 30 mg/kg y luego 15-20 mg/kg c/12 h Considerar agregado de Clindamicina o Linezolid en caso de sospecha de shock tóxico. Alternativa: Ciprofloxacina 400 mg iv/12h + Clindamicina 600 mg c/6h + Amikacina 20 mg/kg/d.	TMP/SMX 10 mg/kg iv/vo (de TMP) Alternativa: Clindamicina 600 mg iv/vo c/6hs (embarazada) o Doxiciclina 100 mg vo/12 hs. Perianal: Ampicilina-sulbactam 1,5 gr iv/6 h +/- aminoglucósido por 48-72 h. Si buena evolución completar vo.	TMP/SMX 5 mg/kg (de TMP) vo d. Alternativa: Clindamicina 300 mg c/8h vo (elección embarazadas y alergia a sulfas) Doxiciclina 100 mg c/12 h vo. Perianal: Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg c/12 h.
Si trauma penetrante o FR de infección por SAMR agregar TMP-SMX 10mg/kg/d (de TMP) vo ó Clindamicina 300 mg cada 6-8h. Valorar vacunación.	Si herida punzante en planta de pie agregar Ciprofloxacina 500 mg vo/iv c/12h, valorar vacunación	Denuncia obligatoria, valorar vacuna antitrábrica y d T					
REPOSO Y ELEVACIÓN DEL ÁREA AFECTADA	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO	DESBRIDAMIENTO AMPLIO Y PRECOZ			INCISIÓN Y DRENAJE		
5-7 días	10-14 días	5-14 días	5-14 días	14-21 días (ver aclaraciones al dorso) (e)		10-14 días	5-10 días

ABREVIATURAS:

SAMS (*S.aureus* metilino sensible)

SAMR (*S.aureus* metilino 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).

FR: Factores de riesgo.

CONSIDERACIONES:

- Todos los pacientes deben ser re-evaluados a las 48-72 horas en cuanto a evolución bajo antibioticoterapia, 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 los abscesos perianales si sospecha origen cutáneo se debe agregar cobertura para SAMR y tomar muestra para cultivo.

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:

- a. 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.
- b. 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 pueden tener falsos negativos en caso de infección necrotizante. Suelen ser necesarias varias intervenciones quirúrgicas, desbridación para estabilizar al paciente.
- c. 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
- d. Si se confirma fascitis necrotizante por *Streptococcus pyogenes* el tratamiento de elección es penicilina más clindamicina dado la acción antitoxina de la clindamicina.
- e. 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.