



Hospital Barros
Luco Trudeau
Servicio de Salud
Metropolitano Sur

Ministerio de Salud

GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Hospital Barros Luco Trudeau



INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

	PRINCIPALES AGENTES ETIOLÓGICOS	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO	TRATAMIENTO	DURACIÓN	OBSERVACIONES	
IMPÉTIGO Y HERIDAS CUTÁNEAS SUPERFICIALES INFECTADAS	Extensión pequeña	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> (impétigo buloso)	<u>Tratamiento tópico:</u> Mupirocina 2% cada 8 horas o Ácido fusídico cada 8 horas	5 días	Medidas de control local: <ul style="list-style-type: none"> Lavado por arrastre suave con eliminación de cuerpos extraños Limpieza local con antisépticos 	
	Gran extensión o buloso		<u>Tratamiento sistémico:</u> Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 cada 12 horas VO +			
			<u>Tratamiento tópico:</u> Mupirocina 2% cada 8 horas o Ácido fusídico cada 8 horas			
INFECCIONES SUPURATIVAS (ABSCEOS, FURÚNCULOS, QUISTES INFECTADOS)	Leve	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> <i>Streptococcus b- hemolíticos</i>	Drenaje de la colección mediante incisión (más efectivo que punción)	Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 cada 12 horas VO	5 días y reevaluar según evolución clínica.	<u>Antibiótico sistémico empírico según gravedad solo si:</u> <ul style="list-style-type: none"> Tamaño ≥ 5 cm Múltiples abscesos Celulitis extensa circundante Compromiso sistémico (SIRS) Mala respuesta al drenaje Riesgo de endocarditis (valvulopatía, prótesis valvular o marcapasos) Material protésico cercano (prótesis articular o vascular)
	Moderado	Si perirrectal o vulvovaginal: enterobacterias y anaerobios	Solicitar cultivo intrapabellón post aseo quirúrgico (cultivo de secreción en sala o box tiene alto riesgo de contaminación por microbiota superficial)	Si riesgo de SAMR: Cotrimoxazol forte 2 comp/12 horas VO o Doxiciclina 100 mg/12 horas VO	Si mala evolución tras 72 horas evaluar nuevo drenaje y/o aseo quirúrgico	
	Grave (sepsis grave/ shock séptico)		Si fiebre, solicitar hemocultivos por punción periférica	Ver fascitis necrotizante Si shock tóxico: Clindamicina 900 mg/8 horas EV (dosis antitoxina)		

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

		PRINCIPALES AGENTES ETIOLÓGICOS	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO	TRATAMIENTO	DURACIÓN	OBSERVACIONES
INFECCIONES NO SUPURATIVAS (ERISPELA Y CELULITIS)	Leve	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i> <i>Streptococcus b-hemolíticos</i>	Si fiebre, solicitar hemocultivos por punción periférica	Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 cada 12 horas VO Si riesgo de SAMR: Cotrimoxazol forte 2 comp/12 horas VO o Doxiciclina 100 mg/12 horas VO	5 días y reevaluar según evolución clínica.	Medidas generales: • Mantener en elevación extremidad afectada (favorecer drenaje linfático) • Control de factores predisponentes (edema, alteraciones cutáneas, etc.)
	Moderada			Cloxacilina 2 gr/6 horas EV o Cefazolina 2 gr/8 horas EV		
	Grave			Ver fascitis necrotizante Si shock tóxico: Ceftriaxona 2 gr/día EV + Clindamicina 900 mg/ 8 horas (dosis antitoxina).		
FASCEITIS NECROTIZANTE	Adquirido en la comunidad o ≤ 7 días de hospitalización	Tipo I: polimicrobiana (incluye gangrena de Fournier) Tipo II: <i>S. pyogenes</i> , <i>S. aureus</i>	Evaluación por cirugía para aseo quirúrgico con toma de cultivos intrapabellón (cultivos de secreción en sala o box tienen alto riesgo de contaminación con microbiota superficial)	Ampicilina/sulbactam 3 gr/6 horas EV + Clindamicina 900 mg/8 horas EV (dosis antitoxina)	Según evolución clínica. Realizar interconsulta a infectología.	Si paciente se encuentra clínicamente estable y sin compromiso hemodinámico por al menos 48 horas, suspender clindamicina y modificar esquema según resultando de cultivos manteniendo cobertura para anaerobios.
	Intrahospitalaria (>8 días de hospitalización)		Hemocultivos por punción periférica	Vancomicina EV (ver tabla 1) + Imipenem EV (ver tabla 2)+ Clindamicina 900 mg/8 horas EV (dosis antitoxina) + inmunoglobulina EV 1gr/kg 1° día y 0.5 gr/kg 2° y 3° día.		

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

		PRINCIPALES AGENTES ETIOLÓGICOS	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO	TRATAMIENTO	DURACIÓN	OBSERVACIONES
CELULITIS POR MORDEDURA	Leve	Humana: Polimicrobiana <u>Microbiota orofaríngea:</u> <i>Streptococcus spp., Moraxella spp., Haemophilus spp., anaerobios (Eikenella corrodens, Fusobacterium spp., Peptostreptococcus spp., Prevotella spp.)</i> <u>Microbiota cutánea:</u> <i>Streptococcus spp., S. aureus, Corynebacterium spp.</i> Animal: Considerar otros anaerobios (<i>Pasteurella spp., Bacteroides spp., Fusobacterium spp., Capnocytophaga spp.</i>).		Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 cada 12 horas VO	5 días y reevaluar según evolución clínica.	Recordar profilaxis antitetánica
	Moderada			Ampicilina/sulbactam 3gr/6 horas EV		
	Grave			Ver fascitis necrotizante Si shock tóxico: Ampicilina/sulbactam 3gr/6 horas EV + Clindamicina 900 mg/8 horas EV (dosis antitoxina)		
PIE DIABÉTICO NO COMPLICADO		<i>S. aureus, S. pyogenes, Enterococcus spp.</i>		Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 cada 12 horas VO	7 días y reevaluar según resolución de signos de infección	<ul style="list-style-type: none"> Lesión < 2 cm Sin sospecha de osteomielitis Sin signos sistémicos de infección
PIE DIABÉTICO COMPLICADO	Adquirido en la comunidad	<i>S. aureus, S. pyogenes, Enterococcus spp, Enterobacterias, P. aeruginosa, Anaerobios.</i>		Ampicilina/sulbactam 3gr/6 horas EV	Variable según clínica, necesidad de aseos quirúrgicos a repetición o amputación	<ul style="list-style-type: none"> Descartar osteomielitis Evaluar necesidad de desbridamiento quirúrgico Considerar estudio vascular
	Intrahospitalario			Vancomicina EV (ver tabla 1) + Imipenem EV (ver tabla 2)		

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

		PRINCIPALES AGENTES ETIOLÓGICOS	ESTUDIO MICROBIOLÓGICO	TRATAMIENTO	DURACIÓN	OBSERVACIONES
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO (HERIDA QUIRÚRGICO)	Cabeza y cuello	ORL/Maxilofacial: <i>S. aureus</i> , microbiota orofaríngea (<i>Streptococcus</i> spp., anaerobios), Enterobacterias.		Si hospitalización ≤ 7 días: Ampicilina/sulbactam 3gr/6 horas EV Si hospitalización ≥ 8 días: Vancomicina EV (Ver tabla 1) + Imipenem EV (Ver tabla 2)	Variable según extensión (compromiso óseo), presencia de colecciones y/o material protésico	En caso de mala evolución considerar nuevos aseos quirúrgicos e imagen para evaluar infección profunda o colecciones que requieran manejo quirúrgico.
	Tórax y extremidades	Tórax (Cardíacas, pulmón, pleura): <i>S. aureus</i> , <i>Staphylococcus</i> coagulasa-negativos (Ej: <i>S. epidermidis</i>), <i>S. pneumoniae</i> (no-cardíacas).		Si hospitalización ≤ 7 días: Cefazolina 2 gr/8 horas EV o Cloxacilina 2 gr/6 horas EV Si hospitalización ≥ 8 días: Vancomicina EV (Ver tabla 1) + Imipenem EV (Ver tabla 2)		
	Abdomen (incluye tracto gastrointestinal o genitourinario)	Abdomen o tracto gastrointestinal: Microbiota mixta (Aerobios Gram-positivos, negativos y anaerobios). Extremidades: <i>S. aureus</i> , <i>Staphylococcus</i> coagulasa-negativos (Ej: <i>S. epidermidis</i>), Bacilos Gram-negativos.		Si hospitalización ≤ 7 días: Piperacilina/tazobactam 4,5 gr/6 horas EV Si hospitalización ≥ 8 días: Vancomicina EV (Ver tabla 1) + Imipenem EV (Ver tabla 2)		

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Tabla 1. Dosificación y monitorización de vancomicina

1. Utilizar peso real en pacientes con IMC <30 y peso ajustado en pacientes ≥ 35 .
2. Estimar aclaramiento renal y evaluar diuresis
3. Seleccionar dosis inicial de acuerdo a peso y función renal:

Peso Ajustado	Dosis de carga	Clcr > 90 ml/min	Clcr 89-60 ml/min	Clcr 59-30 ml/min	Clcr <30 ml/min
50-59 kg	1250 mg infusión 2 h	1000 mg cada 12 h (12 h)	750 mg cada 12 h (12 h)	750 mg cada 12 h (12 h)	Tomar peak y basal tras dosis de carga
60-79 kg	1500 mg infusión 3 h	1000 mg cada 8 h (8 h)	750 mg cada 12 h (12 h)		
80-99 kg	1750 mg infusión 3 h	1250 mg cada 8 h (8 h)	1000 mg cada 12 h (12 h)		
≥ 100 kg	2000 mg infusión 3 h	1500 mg cada 8 h (8 h)	1250 mg cada 12 h (12 h)		

En pacientes con peso <50 kg utilizar 20 mg/kg

En paréntesis cuanto tiempo tiene que pasar para iniciar la dosis de mantención desde que comenzó la dosis de carga

Objetivo pk/pd: Área bajo la curva >400 mg*h/L

4. Monitorización de niveles plasmáticos:
 - 1° muestra: 2 horas después de finalizada la infusión (C_{máx})
 - 2° muestra: 30 minutos antes de la siguiente dosis o justo antes de la siguiente dosis (C_{basal})

Tabla 2. Dosificación de imipenem

Clcr (ml/min)	Dosis
>130	Frente a sospecha de paciente hiperfiltrador, se recomienda objetivar función renal con clearance con recolección de orina de 24 horas y realizar interconsulta a equipo QF clínico para optimizar dosificación.
60-130	1 g cada 8 h, en infusión de 1 hora
30-60	500 mg cada 6 h, en infusión de 1 hora
15-30	500mg cada 8 h, en infusión de 1 hora
<15	500mg cada 12 horas, en infusión de 1 hora



Hospital Barros
Luco Trudeau
Servicio de Salud
Metropolitano Sur

Ministerio de Salud

GUÍA DE TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Hospital Barros Luco Trudeau

