

PROAZA

Entidad clínica: Infección de piel y partes blandas (IPPB)

Equipo elaborador: PROA Hospital Virgen de la Concha. Dra. Cristina Martín Gómez (Infectología-S. de Medicina Interna). Complejo Asistencial de Zamora.

1. Introducción

La incidencia de la infección de piel y partes blandas es 200 casos/100.000 pacientes/año, siendo más frecuentes en la edad media o avanzada.

La mayoría de estas infecciones están causadas por gérmenes GRAM positivos, fundamentalmente *Streptococcus spp.* Y *Staphylococcus spp.* No obstante, en determinados escenarios clínicos pueden participar otras bacterias.

La IPPB se puede presentar como celulitis, abscesos o ambos.

La forma más grave de estas enfermedades es la infección necrotizante, y debe sospecharse si se aprecia dolor desproporcionado a la lesión, bullas violáceas, hemorragia cutánea, desprendimiento de la piel, anestesia, rápida progresión, gas en el tejido, pudiendo acompañarse de afectación del estado general, hipotensión, coagulopatía, confusión/agitación y fallo multiorgánico.

Factores de riesgo:

- Ruptura de la barrera cutánea: Traumática. No traumática (úlceras, tiña pedis, dermatitis, intertrigo infeccioso). Alteración del drenaje. Linfadenectomía axilar y pélvica. Safenectomía. Linfedema. Obesidad. Insuficiencia venosa crónica.
- Enfermedad arterial periférica.
- Condiciones que predisponen a la infección: Diabetes. Cirrosis. Neutropenia. VIH. Trasplante y tratamiento inmunosupresor. Abuso de alcohol. Asplenia. Enf. Cardiopulmonar. Debilidad. Diálisis. Enf. Hepatorrenal. Picaduras de insectos. Neuropatía periférica. Hospitalización prolongada. UDVP
- Personas sin techo.
- Historia de celulitis.
- Edad (niños y ancianos)

Definiciones

Erisipela: infección dermo-hipodérmica aguda con afectación linfática prominente. Aparición brusca de una tumefacción roja brillante, edematosa e indurada en la cara o extremidades con un borde de avance sobreelevado y bien delimitado que progresa rápidamente y que con frecuencia presenta fiebre e intenso dolor.

Celulitis : Inflamación de la piel que se extiende más profundamente que la erisipela, incluyendo la grasa del tejido celular subcutáneo y que no muestra límites bien definidos entre la piel sana y la infectada como ocurre con la erisipela. El cuadro clínico se caracteriza por dolor, calor, eritema (que aumenta rápidamente) y, con frecuencia, fiebre.

Piomiositis: Infección no necrosante del tejido muscular, caracterizado por la presencia de un absceso en su espesor. Los síntomas son dolor localizado en un único grupo muscular, sensibilidad muscular y fiebre.

Infección necrotizante: Infección de piel y partes blandas con dolor desproporcionado a la lesión observada, bullas violáceas, hemorragia cutánea, desprendimiento de la piel, anestesia, rápida progresión y/o gas en el tejido. Puede ser: *Angina de Ludwig:* infección del espacio fascial submandibular. *Síndrome de Lemierre:* tromboflebitis de la vena yugular.

- **Tipo I (70-80%):**

- o Polimicrobiana: Cocos Gram positivos. Enterobacterias. Anaerobios (bacteroides y *Peptoestreptococcus spp.*).
- o Frecuentemente en ancianos y pacientes con enfermedad de base.
- o Factores predisponentes: Úlceras diabéticas o por decúbito. Hemorroides. Fisuras rectales. Episiotomías. Cirugía colónica o urológica o procedimientos ginecológicos. Tras cirugía o instrumentación.
- o Variantes: Celulitis anaeróbica no clostridial. Celulitis necrotizante sinérgica.
- o Tratamiento empírico: Cefotaxima 1 gr/8 h iv ó Ceftriaxona 2 gr/24 h iv . Si alergia: Levofloxacino 500 mg/12 h iv o Aztreonam 1 gr/8 h iv + Metronidazol 500 mg/8 h o Clindamicina 600 mg/8 h iv. Riesgo de resistencias: Piperacilina/Tazobactam 4,5 g/8 h ó Meropenem 1 gr/8 h iv o Imipenem 1 gr/6-8 h iv ó

Ertapenem 1 gr/ 24 h iv. Sospecha de SARM: añadir Vancomicina 1 gr/12 h ó Linezolid 600 mg/12 h iv.
Si alergia: Tigeciclina 100 mg seguidos de 50-100 mg/12 h iv.

- **Tipo II** (20-30%)
 - o Monomicrobiana: Gram positivos (frecuentemente *S. pyogenes*, seguido de SARM).
 - o Pacientes de cualquier edad y en personas sin enfermedad subyacente.
- **Tipo III**
 - o *Vibrios spp* (*Aeromonas hydrophila* y *Vibrio vulnificus*).
 - o Agua salada.
- **Mionecrosis o gangrena gaseosa**
 - o *Clostridium spp* (*perfringens* 80%, *septicum*, *hitolyticum*, *novyi*).
 - o Factores predisponentes: Lesiones penetrantes. Cirugía intestinal o biliar. Inyección de epinefrina intramuscular. Placenta retenida. Ruptura prolongada de membranas. Muerte fetal intrauterina.

Pie diabético: Cualquier infección inframaleolar en una persona con diabetes mellitus. Factores de riesgo: Hiperglucemia no controlada. Alteración de la barrera cutánea. Neuropatía diabética. Enfermedad arterial periférica. Trauma/presión. Afectación del sistema inmune. Enfermedad renal crónica.

Infección superficial y profunda de herida quirúrgica: Es la infección que se relaciona con el procedimiento quirúrgico y que se produce en la incisión quirúrgica o en su vecindad. Superficial: Infección en el lugar de la incisión que afecta sólo al tejido cutáneo o subcutáneo. Profunda: Infección en el lugar de la intervención que afecta a tejidos blandos profundos de la incisión (fascia y paredes musculares). Considerar que una infección de localización quirúrgica es profunda si además de los signos y síntomas locales, existe afectación sistémica (clínica o analítica).

Infección de úlcera por presión/sepsis: La infección de la úlcera se define por criterios clínicos y no por la positividad de los cultivos.

Clasificación IDSA:

- No infección
- Infección leve: Presencia de al menos 2 de los siguientes ítems: Tumoración. Eritema. Sensibilidad local o dolor. Calor. Secreción purulenta o sanguinolenta.
Es una infección local que afecta solo a la piel o tejido subcutáneo (sin afectación sistémica ni de tejidos profundos). Si existe eritema, éste es > 0,5 cm y < 2 cm alrededor de la úlcera. Una vez excluidas otras causas.
- Infección moderada/grave: Infección local con eritema > 2 cm alrededor de la úlcera o que afecta a estructuras más profundas de la piel o al tejido subcutáneo (abscesos, osteomielitis, fascitis,..) pero sin signos sistémicos de infección.
- Infección severa: Infección local acompañada de signos de respuesta inflamatoria sistémica, definidos por la presencia de 2 ó más de los siguientes ítems: $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ ó $< 36^{\circ}\text{C}$. $Fc > 90$ lpm. $Fr > 20$ rpm ó $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg. Leucocitos en sangre > 12.000 ó < 4.000 cel/uL, $\geq 10\%$ de formas inmaduras.

Clasificación de gravedad (ERON) y criterios de ingreso

- 1.- Pacientes afebriles y con buena situación.
- 2.- Enfermos con fiebre, escasa repercusión sistémica y sin comorbilidades.
- 3.- Toxicidad sistémica, comorbilidad y/o compromiso local de la extremidad.
- 4.- Sepsis, infecciones graves como fascitis necrotizante.

Precisan ingreso hospitalario todos los pacientes clasificados en el apartado 3 ó 4. Así mismo se aconseja para aquellos que no pueden realizar terapia vía oral, rápida progresión de los síntomas, no mejoría tras tratamiento ambulatorio, proximidad de la infección con material protésico, inmunodepresión severa o problema grave de seguimiento.

Fuentes de información:

Para el presente documento se han considerado las guías IDSA (Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014. Update by the Infectious Diseases Society of America), así como las guías del Hospital del Mar y del Servicio Murciano de Salud. Se han tenido en cuenta las resistencias locales del Área de Zamora actualizadas.

Recomendaciones terapéuticas:

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
IMPÉTIGO		
Microvesículas, costras melicéricas y exudación (impétigo contagioso) Ampollas flácidas o superficie erosiva (si se han roto) sobre una base eritematosa (impétigo ampolloso). <i>S. aureus</i> . <i>S. pyogenes</i> (grupo A), otros estreptococos del grupo C y G.	<u>Medidas no farmacológicas:</u> Higiene exhaustiva y aislamiento cutáneo. <u>Medidas farmacológicas:</u> Solo si diseminado. .- Acido fusídico (1 aplic/8 h) ó mupirocina 2% (una aplic/12 h). .- Muchas lesiones: Cefadroxilo 500 mg/8 h vo ó Cefalexina 500 mg/6 h ó Amoxicilina-Clavulánico 875/125 mg/8 h vo. <u>Alternativa:</u> Clindamicina 300-600 mg/8 h vo ó Cotrimoxazol 800/160 (1 comp/12 h vo) ó Doxiciclina 100 mg/12 h vo.	No indicación de estudios microbiológicos ni estudios adicionales. <u>Duración del tratamiento:</u> hasta curación de las lesiones (aprox. 5 días si tratamiento tópico, 7 días en resto de los casos.
ERISPELA / CELULITIS		
Puede asociarse a linfangitis y/o acompañarse de clínica sistémica como fiebre y malestar general. Estreptococcus β -hemolíticos (la mayoría de los casos de erisipela son por <i>S. pyogenes</i>) (grupo A, B, C, G y F). Menos frecuente <i>S. aureus</i> (frecuente en la celulitis) y raro bacilos Gram negativos (en inmunodeprimidos y hepatópatas).	Erisipela: Amoxicilina 500 mg/8 h vo x 5 d. Celulitis: Cefadroxilo 500 mg/8 h vo ó Cefalexina 500 mg/6 h vo ó Cloxacilina 500 mg/8 h vo. <u>Alternativa:</u> Clindamicina 300 mg/8h vo ó Levofloxacino 500 mg/24 h vo.	Hemocultivos seriados si toxicidad sistémica, inmunodeprimidos o sospecha de multirresistencia. Celulitis: cultivo de punción-aspiración o biopsia en zona de crecimiento y fluctuación (enviar en Portagerm®). Absceso: drenaje quirúrgico y cultivo.
Celulitis no complicada en paciente con comorbilidades ⁽¹⁾ :	Cloxacilina 2 gr iv/4-6 h + Ceftriaxona 2 gr/24 h iv. <u>Alternativa:</u> Clindamicina 600-900 mg/8 h iv + Gentamicina 5-7 mg/kg/d.	Evitar recogida de cultivos en torundas. Analítica que incluya Hemograma y PCR.
Infecciones complicadas ⁽²⁾	Cloxacilina 2 gr/4-6 h iv o Cefazolina 1 gr/8 h iv \pm Ceftriaxona 1-2 gr/24 h iv.	<u>Duración del tratamiento:</u> 5-7 días en infección no complicada. 7-14 días en paciente neutropénico. 10-14 días en infección complicada.
Celulitis grave	Amoxicilina-clavulánico 2 gr/8 h iv + Clindamicina 600-900 mg/8 h o Piperacilina/Tazobactam 4,5 gr/8 h iv o Ertapenem 1 gr/24 h iv. <u>Alternativa:</u> Levofloxacino 500/12 h ó Clindamicina 600-900 mg/8 h iv.	Profilaxis antibiótica para celulitis recurrente: 3-4 episodios /año, a pesar de manejo adecuado de condiciones predisponentes: Eritromicina, penicilina. Penicilina vo o eritromicina dos veces al día de 4 a 52 semanas, o penicilina benzatina im cada 2-4 sem.
Si sepsis/shock séptico ó paciente diabético con formas moderadas-graves	Piperacilina-Tazobactam 4,5 gr/6 h iv en PE ó Meropenem 1 gr/8 h iv en PE + Vancomicina 15-20 mg/kg/8-12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h vo ó iv. <u>Alternativa:</u> Aztreonam 2 gr/6 h iv + Vancomicina 15-20 mg/8-12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv.	
Sospecha de SARM ⁽³⁾ y/o absceso y/o celulitis purulenta	Cotrimoxazol 160/800 mg/12 h vo o Linezolid 600 mg/12 h vo o iv ó Vancomicina 1 gr/12 h iv ó Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h iv. <u>Alternativa:</u> Clindamicina 300-600 mg/8 h ó Levofloxacino 500-1000 mg/24 h ó Cotrimoxazol 160/800 1-2 comp/12 h vo.	
Sospecha de Ps. Aeruginosa	Meropenem 1 gr/8 h iv.	

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
Situaciones de riesgo	<p>Toxicidad sistémica: tratar como infección necrotizante.</p> <p>Diabetes Mellitus: tratar anaerobios y Gram negativos: Amoxicilina-Clavulánico 2 gr/8 h iv ó Piperacilina Tazobactam 4,5 gr/8 h iv.</p> <p><u>Alternativa:</u> Levofloxacino 750 mg/24 h + Metronidazol 500 mg/8 h vo ó iv</p> <p>Inmunodeprimidos: tratar Gram negativos: Piperacilina-Tazobactam 4,5 gr/8 h iv.</p> <p><u>Alternativa:</u> Levofloxacino 750 mg/24 h + Metronidazol 500 mg/8 h vo ó iv.</p> <p>Crepitación/maloliente: sospechar y tratar como infección necrotizante</p>	
PIOMIOSITIS		
<i>S. aureus</i> (90%). <i>St. Pyogenes</i> . <i>St. Pneumoniae</i> . Enterobacterias (raro)	Drenaje precoz del material purulento. Inicialmente tratamiento intravenoso: Amoxicilina-Clavulánico 1-2 gr/8 h iv.:	Prueba de imagen más recomendada: RM. Podría realizarse TAC o ecografía. Paso a vo una vez que exista mejoría clínica, si aclaramiento de bacteriemia precoz y ausencia de endocarditis o absceso metastásico.
Si SAMS	Cefazolina 2 gr/8 h o penicilina antiestafilocócica. Alternativa: Vancomicina 1 gr/12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv.	Duración de tratamiento : 2-3 semanas.
Pacientes inmunocomprometidos o tras traumatismo abierto de los músculos.	Añadir cobertura frente a BGN	
INFECCIÓN NECROTIZANTE		
<i>S. pyogenes</i> (grupo A) ó estreptococos grupo B. <i>Clostridium spp</i> , flora mixta aerobia-anaerobia. Raro <i>S. aureus</i> . Polimicrobianas.	Urgencia médica y quirúrgica. <u>Empírico:</u> Piperacilina/Tazobactam 4 gr/0,5 mg /8 h iv + Clindamicina 600-900 mg/8h iv + Linezolid 600 mg/12 h iv o Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h iv. Sustituir Clindamicina por Metronidazol si se sospecha Bacteroides (periné ó pared abdominal). <u>Alternativa:</u> Aztreonam 2 gr/ 8 h iv + Metronidazol 500 mg/ 8 h iv o Clíndamicina 600 mg/8 h iv + Linezolid 600 mg/12 h iv ó Vancomicina 1 mg/kg/12 h.	Solicitar hemograma, perfil hepático y renal; gasometría venosa, CK, LDH y calcemia. Ante la sospecha: Rx simple y/o eco. TAC/RMN. Hemocultivos seriados siempre. Aspirado o biopsia quirúrgica para Gram urgente y cultivo aerobio/anaerobio. Duración del tratamiento: en función de evolución clínica: 10-14 días, con tratamiento intravenoso hasta desaparición de la clínica sistémica y desbridamiento completo del tejido necrosado
Si afectación perineal	Meropenem 1 gr /8 h iv.	
Tinción Gram con cocos Gram positivos en cadenas	Penicilina G 4 MU/4 h iv + Clindamicina 600 mg/8 h iv.	
Riesgo de SARM	Vancomicina 1 mg/kg/12 h. Como alternativa Linezolid 600 mg/12 h iv en lugar de clindamicina.	
Riesgo de BLEE	Meropenem 1 gr/ 8 h iv + Clindamicina 600-900 mg/8 h iv ± Linezolid 600 mg/12h iv ó Daptomicina 6-8 mg/kg /24 h iv.	

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
PIE DIABÉTICO		
<p><i>S. aureus. St. Agalactiae. S.pygoenes. Enterobacterias. Ps. Aeruginosa. Anaerobios</i></p>	<p><u>Infección leve:</u> Limpiar y desbridar la zona + Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg / 8 h vo.</p> <p>Alternativa: Levofloxacino 500 mg /24 h vo. Moxifloxacino. Clindamicina. cotrimoxazol 800/160 mg /12 h vo</p>	<p>Solo realización de pruebas complementarias en afectación moderada o grave o pus franco.</p> <p>Gram y cultivo por aspiración o curetaje de la base de la úlcera.</p>
<p>Riesgo de SARM o ECN</p>	<p>Cotrimoxazol 800/160 mg /12 h vo o linezolid 600 mg/12 h vo.</p> <p>Alternativa: Levofloxacino 500 mg /24 h vo. Moxifloxacino. Clindamicina. cotrimoxazol 800/160 mg /12 h vo</p>	<p>Siempre descartar osteomielitis (sondaje óseo).</p> <p>Si osteomielitis: estudio anatomopatológico y cultivo óseo.</p>
<p>Infección moderada/grave</p>	<p>Evaluar limpieza quirúrgica y revascularización si enfermedad arterial periférica + Ertapenem 1 gr/24 h iv ó Ceftriaxona 2 gr/24 h iv + Metronidazol 1.500 mg/24 h iv ó Amoxicilina-Clavulánico 2 gr/8 h iv ó Levofloxacino 500 mg/24 h iv + Metronidazol 1.500 mg/24 h iv</p>	<p>Duración de tratamiento según evolución clínica: Si leve: 5 días. Si osteomielitis : 6 semanas. Si no afectación ósea, drenaje/desbridamiento satisfactorio y buena evolución: 7-10 días.</p>
<p>Alta sospecha de <i>Ps. Aeruginosa</i></p>	<p>Piperacilina-Tazobactam 4,5 gr/8 h ó Meropenem 1 gr/8 h iv.</p>	
<p>Alta probabilidad de SARM</p>	<p>Añadir Daptomicina 6-10 mg/ 24 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv ó Vancomicina 1 gr/12 h iv.</p>	
<p>Sospecha de BLEE</p>	<p>Añadir Tigeciclina 100 mg iv (dosis de carga) seguido de 50 mg/12 h iv; ó sustituir Piperacilina/Tazobactam por Meropenem 1 gr/8 h iv.</p>	
<p>Si toxicidad sistémica</p>	<p>Cubrir Pseudomonas: Piperacilina/Tazobactam 4/05 mg/8 h iv o Meropenem 2 gr iv / 8 h en perfusión extendida + Amikacina 15 mg/kg/24; y SARM: Vancomicina 1 gr/12 h iv o Linezolid 600 mg/12 h iv ó Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h</p>	
MORDEDURA HUMANA O ANIMAL		
<p>En general son polimicrobianas.</p> <p>Humana: Flora mixta orofaríngea (<i>Eikenella corrodens, Fusofacterium, Prevotella, Estreptococos</i> (grupo viridans). <i>S. aureus</i>. Anaerobios). Animal: Flora mixta orofaríngea y <i>Pasteurella multocida</i>. Perro: <i>P. multocida. Capnocytophaga canimorsus</i>. Gato: <i>Pasteurella spp, Bartonella henselae</i> y <i>Francisella tularensis</i>. Rata : <i>Spirillum minor</i>.</p>	<p>Tratamiento ambulatorio: Amoxicilina/Clavulánica 875/125 mg/ 8 h vo.</p> <p>Alternativa: Moxifloxacino 400 mg/24 h vo.</p>	<p>Realizar limpieza, desinfección y desbridamiento del tejido necrótico.</p> <p>⁽⁵⁾ Valorar profilaxis antitetánica y antirrábica⁽⁶⁾ .</p> <p>Profilaxis antibiótica ⁽⁷⁾ en paciente ambulatorio: Amoxicilina-Clavulánico 875/125 mg/8 h vo.</p>

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
Tratamiento en paciente ingresado	Amoxicilina/Clavulánico 2 gr/8 h iv o Ceftriaxona 2 gr/24 h iv + Clindamicina 600 mg/8 h iv. Alternativa: Moxifloxacino 400 mg/24 h vo.	Alternativa a profilaxis: Levofloxacino 500 mg/24 h vo + Clindamicina 300 mg/6-8 h vo. Duración de profilaxis: 3-5 días. Duración de tratamiento: 7-10 días.
INFECCIÓN DE HERIDA EXPUESTA A AGUA CONTAMINADA		
<i>Vibrio Vulnificus</i> (agua salada), <i>Aeromonas spp</i> , <i>Ps. Aeruginosa</i> , micobacterias (agua dulce)	No gravedad: Ciprofloxacino 400 mg/12 h vo + Doxiciclina 100 mg/12 h Gravedad: Ciprofloxacino 750/12 h vo o Ceftazidima 2 gr/8 h iv en PE.	Cultivo de aspirado de herida Duración: 7-10 días.
INFECCIÓN DE HERIDAS TRAS MANIPULAR CARNE O PESCADO		
<i>Erysipelotrix rhusiopathiae</i>	Amoxicilina 1 gr/8 h vo ó Ceftriaxona 2 gr/24 h iv Alternativa: Ciprofloxacino 500 mg/12 h vo	Duración de tratamiento: 7-10 días.
INFECCIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA DE HERIDA QUIRÚRGICA		
SUPERFICIAL <i>S. aureus</i> . ECN. <i>Streptococcus spp</i>	No precisa tratamiento antibiótico salvo infección sobre prótesis (malla/vascular): Cefadroxilo 500-1000 mg/12-24 h vo Alternativa: Clindamicina 300-600 mg/8 h vo o Levofloxacino 500 mg/24 vo.	Realización de pruebas de imagen (ECO/TAC). Apertura de la herida, desbridamiento local y envío de muestras a microbiología
PROFUNDAS Área ORL/máxilo-facial: cocos Gram positivos anaerobios, enterobacterias, <i>S. aureus</i> . <i>Pseudomonas</i> .	Ceftazidima 1-2 gr/8 h iv (preferiblemente en PE) ó Cefepime 2 gr /8 h iv + Metronidazol 500 mg/8 h iv ó Piperacilina/Tazobactam 4/05 g/8 h iv (en PE). Alternativa: Aztreonam 1-2 gr/ 8 h iv + Vancomicina ó Linezolid 600 mg/12 h iv ó Tigeciclina 100 mg en DC seguidos de 50 mg/12 h iv. Si necesidad de cubrir anaerobios: Metronidazol 500 mg/8 h iv.	
Tórax: <i>S. aureus</i> , <i>S. epidermidis</i> (si cirugía cardiaca), bacilos gran negativos.	Vancomicina 1 gr/12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv + Cefepime 2 gr/8 h iv ó Piperacilina-Tazobactam 4 gr/6 h iv + Ceftazidima 1-2 gr/8 h (en PE) Alternativa: Tigeciclina 100 mg en DC + 50 mg/12 h iv + Levofloxacino 750 mg/24 h iv ó Aztreonam 2 gr/6-8 h iv + Clindamicina 600 mg/6-8 h iv ó Metronidazol 500 mg/8 h iv.	
Abdomen: mixta.	Si cirugía digestiva : como peritonitis postquirúrgica.	

Tipo de infección/Etiología	Tratamiento	Comentarios
Si riesgo de BLEE o sepsis grave/shock séptico	Meropenem 1 gr /8 h iv. Añadir Vancomicina 1 gr/12 h iv. Alternativa: Aztreonam 1-2 gr/ 8 h ó Amikacina 15 mg/kg/24 iv + Tigecilina 100 mg en DC seguido de 50 mg/12 h ± Fluconazol si factores de riesgo de Cándida	
Si 2 ó más factores de riesgo de Cándida y/o perforación TGI superior no tratada en primeras 24 h añadir	Fluconazol 800 mg en DC seguido de 400 mg/24 h iv. Alternativa: Aztreonam 1-2 gr/ 8 h ó Amikacina 15 mg/kg/24 iv + Tigecilina 100 mg en DC seguido de 50 mg/12 h ± Fluconazol si factores de riesgo de Cándida	
Extremidades: <i>S. aureus</i> , <i>S. epideermidids</i> (si implante), bacilos Gram negativos	Vancomicina 1 gr/12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv + Cefepime 2 gr/8 h iv ó Piperacilina-Tazobactam 4 gr/6 h iv + Ceftazidima 2 gr/8 h iv (en PE).	
Si necesidad de cubrir anaerobios	Metronidazol 500 mg/8 h iv.	
Si riesgo de SARM	Vancomicina 1 gr/12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv.	
Si riesgo de multirresistentes o shock séptico	Considerar añadir amikacina 15-20 mg/kg/24 h iv	
Axila o periné	Metronidazol 500 mg/8 h iv + Ciprofloxacino 400 mg/12 h iv ó levofloxacino 750 mg/24 h iv.	
INFECCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN/SEPSIS		
Flora mixta aerobia/anaerobia. <i>Streptococcus spp. Enterococcus spp. Staphylococcus spp.</i> Bacilos Gram negativos. Anaerobios	Drenaje/curetaje quirúrgico. Las infecciones superficiales no precisan tratamiento antibiótico, solo cuidado de la herida. Sin datos de sepsis: esperar a Gram/cultivos.	Desaconsejado cultivo con torunda excepto tras retirar escara. Cultivar el aspirado profundo en Portagerm ® o biopsia. Duración del tratamiento: 7-10 días (en función de la evolución clínica)
Con datos de sepsis iniciar antibiótico	Piperacilina/Tazobactam 4/0,5 g/8 h iv + uno de los siguientes si sospecha de SARM: Vancomicina 1 gr/12 h iv ó Linezolid 600 mg/12 h iv o Daptomicina 6-8 mg/kg/24 h.	Si colonización previa por germen multirresistente considerarlo para el tratamiento empírico.
INFECCIÓN DE HERIDA POR PUNCIÓN EN PLANTA DE PIE		
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> . Menos frecuente <i>S. aureus</i>	Ciprofloxacino 750 /12 h vo ó Ceftazidima 2 gr /8 h iv.	Cultivo de aspirado de herida. Duración de tratamiento: 7-10 días.
HERPES ZOSTER		
Virus varicela-zoster	Inmunocompetentes o cuadro leve: Aciclovir 800 mg, 5 dosis al día vo (respetando descanso nocturno). Inmunodeprimidos o cuadro grave_ (> 1 dermatoma, diseminado, facial): Aciclovir 10 mg/kg/8 h iv. Alternativa: Valaciclovir 1 gr/ 8 h vo ó Famciclovir 500 mg / 8 h.	Si hay dudas diagnósticas: citología de Tzanck y PCR en muestra de vesícula. Duración del tratamiento: 7 días.

- (1) Comorbilidades: Anciano encamado o con edema crónico de MMII, DM, IRC, cirrosis hepática, otros estados de inmunodepresión.
- (2) Se define infección complicada aquella con afectación del estado general, toxicidad sistémica, inmunodepresión ó comorbilidad significativa.
- (3) Riesgo de SARM: Colonización/infección previa. Residencia en centro socio-sanitario. Múltiples ingresos o ingresos en otros hospitales. Pacientes inmigrantes con lesiones necróticas. Hemodiálisis. VIH avanzado. Quinolonas o cefalosporinas en los 3 meses previos.
- (4) Tipo de fascitis necrotizante:
 - a. Tipo I: Cefotaxima 1 gr/8 h iv ó Ceftriaxona 2 gr/24 h iv . Si alergia: Levofloxacino 500 mg/12 h iv o Aztreonam 1 gr/8 h iv + Metronidazol 500 mg/8 h o Clindamicina 600 mg/8 h iv.
 - b. Tipo II: Penicilina G sódica 2-4 MU/4-6 h o Amoxicilina-clavulánico 2 gr/8 h iv + Clindamicina 600-900 mg/8 h iv.
 - c. Tipo III: Cefotaxima 1 gr/8 h iv ó Ceftriaxona 2 gr/24 h + Doxiciclina 100 mg/12 h iv.
 - d. Mionecrosis o gangrena gaseosa: Penicilina G sódica 2-4 MU/4-6 h + Clindamicina 600-900 mg/8 h iv.
- (5) Vacunación antirrábica: En persona no vacunada, con mordedura única o múltiples, arañazo que perfora la dermis, independientemente de su localización, lamido de membranas mucosas y lamidos en heridas abiertas o en vías de cicatrización y cualquier exposición a murciélagos: administrar 4 dosis de vacuna IM. Además asociar inmunoglobulina específica en las primeras 24 horas. En persona vacunada: dos dosis de vacuna los días 0 y 3.
- (6) Vacunación antitetánica: en persona no vacunada o vacunación dudosa o menos de 3 dosis, si herida limpia: vacunación. Cualquier otra herida: vacunación + inmunoglobulina. En persona con vacunación completa (3 ó más dosis), si herida limpia: vacunar si hace más de 10 años de la última dosis. Cualquier otra herida: vacunar si hace más de 5 años de la última dosis
- (7) Indicación de profilaxis: Profunda (p.ej: mordedura de gato). Afectación significativa de partes blandas. Mordedura en mano, genitales, cara y en zonas próximas a articulaciones. Mordeduras en extremidades en pacientes con compromiso vascular/linfático. Inmunodeprimidos y diabéticos. Cuando requieren sutura. Asplenia. Enfermedad hepática avanzada. Edema preexistente o resultante.