

Infeccions de pell i teixits tous adquirides a la comunitat	Agent causal freqüent	Tractament empíric	Durada	Comentaris
Impetigen	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	<u>Localitzat (tòpic):</u> àcid fusídic o mupirocina 2% <u>Impetigen extens o no resposta terapèutica o èctima:</u> Cefadroxil OR	5 (-7) dies	
Èctima	<i>S. pyogenes</i> <i>S. aureus</i>	<u>Necessitat d'ingrés¹ o intolerància oral:</u> Cefazolina IV	7 (-10) dies	
Èctima gangrenós	<i>P. aeruginosa</i>	Ceftazidima o piperacil·lina-tazobactam IV	7-10 dies	Valorar drenatge quirúrgic
Erisipela	<i>S. pyogenes</i> Estreptococs grup B, C i G <i>S. aureus</i>	Penicil·lina , amoxicil·lina o cefadroxil OR <u>Si lactant, > 5cm o afectació de l'estat general:</u> Penicil·lina G o ampil·lina o cefazolina IV	7-10 dies	
Cel·lulitis	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> <u>Planta peu, ferida punxant o pavelló</u>	Cefadroxil OR Sospita <i>P. aeruginosa</i> : ciprofloxacina Sospita SARM: Cotrimoxazol <u>Necessitat d'ingrés¹:</u>	5-7 dies	

	<p><u>auricular</u>: <i>P. aeruginosa</i> <u>Nounats</u>: <i>S. agalactiae</i> i BGN <u>Immunodeprimits</u>: enterobacteris</p>	<p>Cefazolina o cloxacil·lina EV Nounat: cloxacil·lina + gentamicina</p>		
<p>Adenitis bacteriana i adenoflegmó</p>	<p><i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Menys freqüent: anaerobis, (afectació odontògena), <i>S. agalactiae</i> (nounats)</p>	<p><u>Sense ingrés</u>: cefadroxil OR <u>Amb ingrés</u>: cefazolina IV</p> <p><u>Si malaltia periodontal</u>: amoxicil·lina-clavulànic o clindamicina IV/OR</p>	7-10 dies	
<p>Abscés subcutani</p>	<p><i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i></p> <p><u>Prop de mucoses</u> (peribucal, perianal): Anaerobis Enterobacteris</p>	<p>Drenatge local</p> <p><u>Sense ingrés</u>: Cefadroxil OR</p> <p><u>Amb ingrés</u>: Cefazolina EV</p> <p><u>Peribucal o perianal</u>: amoxicil·lina-clavulànic OR/EV</p>	5-7 dies	<p>En casos d'abscessos petits (<4cm) amb bona evolució post-drenatge valorar retirada d'antibiòtic als 3 dies</p>
<p>Fascitis necrotitzant</p>	<p><i>S. pyogenes</i> (més freqüent en pediatria)</p> <p>Polimicrobianes (anaerobis i aerobis)</p>	<p>Desbridament quirúrgic precoç</p> <p>Ceftriaxona IV + clindamicina IV Un cop confirmat <i>S. pyogenes</i>: penicil·lina G o ampil·lina + clindamicina</p> <p><u>Si mala evolució o origen nosocomial</u>:</p>		<p>Revisions quirúrgiques freqüents.</p> <p>Descrita l'associació de gammaglobulines³ IV</p>

		meropenem o piperacil·lina-tazobactam IV + vancomicina + clindamicina (linezolid pot ser alternativa a la combinació de vanco + clinda)			
Piomiositis	<i>S. aureus</i> Menys freqüent: BGN, estreptococs.	Cefazolina o cloxacil·lina IV + clindamicina IV en casos greus o abscessos		3-4 setmanes	<u>Pas a via OR</u> : si millora clínica i analítica a les 24h (cefadroxil OR). <u>Si abscess/sos</u> : drenatge quirúrgic
Síndrome de la pell escaldada	<i>S. aureus</i>	Cloxacil·lina o cefazolina ev		7-10 dies	Control hidroelectrolític i del dolor. Cures cutànies amb gases i vaselina. Si conjuntivitis supurada: coliri d'aureomicina <u>Pas a via OR</u> si afebril 24h i bona evolució (cefadroxil o cloxacil·lina OR).
Síndrome xoc tòxica estafilocòccica	<i>S. aureus</i>	<u>Xoc tòxica sense aïllament microbiològic i sense signes suggestius de xoc estafilocòccic</u> (eritrodèrmia, presència de tampons...):	Cloxacil·lina + clindamicina IV <u>Alternatives</u> : cefazolina o cefuroxima + clindamicina IV	7-14 dies	Maneig a <u>unitat de cures Intensives</u> (UCI) Tractament del xoc. Resoldre focus (retirar tampó...) No evidència clara sobre gammaglobulinas IV. Pot ser útil en casos refractaris.
Síndrome xoc tòxica estreptocòccica (revisar protocol específic)	<i>S. pyogenes</i>	Ceftriaxona ev + clindamicina ev	Penicil·lina o ampicil·lina o cefalosporina de 3a generació + clindamicina IV	10-14 dies	Maneig a <u>unitat de cures Intensives</u> (UCI) Tractament del xoc.

				Resoldre focus (desbridament abscessos...) Associar gammaglobulina ² IV
Infecció per mossegada	<p><i>S. aureus, S. pyogenes, anaerobis i enterococs.</i></p> <p>Gos: <i>Pasteurella canis, Capnocytophaga canimorsus.</i></p> <p>Gat: <i>P. multocida, Bartonella henselae.</i></p> <p>Humà: <i>S. anginosus, Eikenella corrodens, Fusobacterium.</i></p> <p>Rata: <i>S. monilimorfis</i></p>	<p>Neteja de la ferida i desbridament del teixit desvitalitzat.</p> <p>Profilaxi: amoxicil·lina-clavulànic OR (amoxicil·lina en cas de mossegada de rata)</p> <p>Tractament: amoxicil·lina-clavulànic OR</p> <p>Necessitat d'ingrés: cefalosporina de 3a generació + clindamicina IV</p>	<p>Profilaxi: 3-5 dies</p> <p>Tractament: 7-14 dies</p>	<p><u>Profilaxi si:</u> ferida >8h, mossegada de gat, rata o humà, ferida complicada, afectació de zones acres, pacient amb malalties de base (immunodepressió, asplènia...).</p> <p>Considerar necessitat de profilaxi post exposició a tètanus o ràbia.</p>
Infecció odontògena	<p><i>Streptococcus</i> spp.</p> <p>Menys freqüent: anaerobis</p>	<p>Sempre tractament local (antisèpsia, drenatge, desbridament).</p> <p>Si precisa: Amoxicil·lina OR 30-50mg/Kg/dia</p>	<p>3-5 dies</p>	<p><u>En cas de mala evolució, amoxicil·lina-clavulànic</u></p> <p><u>En cas d'angina de Ludwig, ceftriaxona + metronidazol/clindamicina</u> <u>EV</u></p>

Infeccions d'annexes cutanis				
Fol·liculitis, furunculosi i d'altres infeccions d'annexes cutanis	<i>S. aureus</i> Menys freqüent: fongs, <i>P. aeruginosa</i> , anaerobis	<u>Lleus</u> (tòpic): mupirocina 2% o àcid fusídic <u>Moderades</u> : Cefadroxil OR <u>Necessitat d'ingrés</u> ¹ : Cefazolina o cloxacil·lina o amoxicil·lina-clavulànic IV	5-7 dies	Associar calor local i valorar drenatge quirúrgic
Infecció de ferida quirúrgica				
Sospita de CGP únicament	Reobertura de la zona i drenatge de material infectat. Deixar cicatrització per segona intenció. <48h des de la IQ: cefadroxil OR o cefazolina IV >48h des de la IQ: vancomicina		5-7 dies	En infecció de ferida en postoperatori de CCV i en portadors de implants ortopèdics, consultar protocols específics.
Sospita de CGP+BGN (després d'IQ genitourinària o gastrointestinal)	Ceftazidima + vancomicina <u>Si sospita anaerobis</u> : piperacil·lina-tazobactam + vancomicina IV		7-10 dies	En infeccions profundes i d'òrgan/espai tractament i durada segons localització i afectació
Sospita de SARM ³				
Cel·lulitis o abscess per SARM <u>SENSE</u> necessitat d'ingrés	Cotrimoxazol VO <u>Alternativa</u> : ciprofloxacina VO		5-7 dies	Si drenatge complet valorar suspendre'l
Cel·lulitis o abscess per SARM <u>AMB</u> necessitat d'ingrés	Vancomicina IV <u>Alternativa</u> : Clindamicina o ciprofloxacina IV		5-7 dies	

¹ Immunosupressió, afectació facial o perineal, formes neonatals clínicament rellevants, afectació de l'estat general o de sèpsia, afectació molt extensa, impotència funcional de la part afectada, sospita d'infecció necrosant o absència de resposta al tractament oral.

² Sembla ser útil en infeccions greus tot i que no se n'ha definit la pauta òptima. S'ha usat en adults la pauta d'1g/kg el primer dia, seguit de 0,5g/kg el segon i tercer dia.

³ Sospita de MRSA: cel·lulitis extensa/ abscessificada/ necrosant, abscessos recurrents en pacient o convivents, mala resposta a tractament convencional, procedència de zones amb alta prevalença de MRSA (Àsia, Amèrica, Europa de l'est) i portadors coneguts entre els convivents.

Alternatives en cas d'al·lèrgia a penicil·lines:

- Reacció tardana no greu: possible ús de cefalosporines, preferiblement cefuroxima.
- Reacció immediata i tardana greu: s'indica l'ús de clindamicina, cotrimoxazol o ciprofloxacina. En casos d'infecció nosocomial amb cobertura contra BGN, administrar meropenem.