

RECOMENDACIONES DE USO DE ANTIMICROBIANOS EN ATENCION PRIMARIA (3ª edición)

**COMISION
PARA EL USO RACIONAL
DEL MEDICAMENTO.
ATENCION PRIMARIA.
SECTOR ZARAGOZA III
SECTOR CALATAYUD**

**COMISION
DE INFECCIONES Y
POLÍTICA ANTIBIOTICA.
HOSPITAL CLINICO
UNIVERSITARIO
“LOZANO BLESA”**

JUNIO 2005

Desde que hace seis años se publicara la última edición de esta Guía han ocurrido varios hechos que justifican esta revisión: aparición de nuevos antimicrobianos, variaciones en los patrones de resistencia antibiótica, mejoras en los procesos de gestión y difusión del conocimiento y cambios en la organización del sistema sanitario, particularmente la culminación de las transferencias de la asistencia sanitaria y la creación del sector como estructura territorial organizativa para la provisión de servicios sanitarios.

La guía, disponible por vez primera también en formato electrónico, asume que la correcta indicación terapéutica es la clave sobre la que pivota el uso racional de los antimicrobianos y que el primer nivel asistencial es en el que se produce mayor consumo de los mismos. En este sentido, pretende ser un instrumento que facilite el uso adecuado, eficiente, seguro y fundamentado en el mejor conocimiento disponible de los antimicrobianos, en el ámbito comunitario.

Su desarrollo es consecuencia de la colaboración interdisciplinar mantenida entre facultativos de diferentes especialidades, farmacéuticos y diplomados de enfermería relacionados con las tareas de diagnóstico, tratamiento, prevención y control de infecciones, la Comisión de Uso Racional del Medicamento y el Comité de Infecciones y Política Antibiótica del sector III. Ampliar la colaboración entre niveles asistenciales a otras facetas de la asistencia que mejoren la calidad de la asistencia es, probablemente, uno de los retos de la nueva organización del Sistema de Salud en Aragón.

Carlos Aibar Remón
Presidente Comisión de Infecciones
y Política Antibiótica. Sector Zaragoza III

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

PROCESO CLÍNICO	ETIOLOGIA	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	TRATAMIENTO DE ELECCION	ANTIMICROBIANO ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
URETRITIS Y CERVICITIS	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i> (15-40%) <i>U. urealyticum</i> (10-40%) Otros (20-40%) Mixtas (30-40%)		Ceftriaxona 250 mg im + Azitromicina 1 g OM	A la ceftriaxona: - Cefixima 400 mg OM - Ofloxacino 400 mg OM A la azitromicina: - Doxiciclina 100 mg/12 h 7 días - Ofloxacino 200-400 mg/12h 7 días	En pacientes con enfermedad persistente o recurrente (Tricomoniiasis oculta, <i>U. urealyticum</i> resistente a tetraciclinas) : Metronidazol 2 g OM + Eritromicina 500 mg v.o./6 h 7 días <u>Embarazo:</u> Ceftriaxona 250 mg, im + Azitromicina 1 g OM. Eritromicina estolato está contraindicada en el embarazo por su hepatotoxicidad
ÚLCERA GENITAL HERPES GENITAL	<i>Virus Herpes II</i>		Aciclovir 400 mg/8h v.o. 7-10 días	Valaciclovir 1g/12h v.o 7-10 días	Recurrencias: Aciclovir 400 mg/8h 5 días Terapia supresora si recurrencias frecuentes (p.ej. >6 veces/año) con Aciclovir 400 mg v.o./2 veces día.
SÍFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA O LATENTE PRECOZ	<i>Treponema pallidum</i>		Penicilina G Benzatina 2,4 M.U. i.m. monodosis	Doxiciclina 100 mg/12h v.o. 15 días ó Ceftriaxona 1 g im, 8-10 días.	Antes de iniciar el tratamiento solicitar cultivo bacteriano, serología luética y evaluación de otras ETS, incluido VIH. <u>Embarazo:</u> Misma pauta. Si alergia desensibilización hospitalaria o Eritromicina 500 mg v.o./6h 14 días. Valorar Azitromicina. Se han detectado resistencias por lo que exige seguimiento.
CHANCRO BLANDO	<i>Haemophilus ducrey</i>		Azitromicina 1g OM ó Ceftriaxona 250mg im	Ciprofloxacino 500 mg/12h 3 días ó Eritromicina 500 mg v.o. tres veces/día, 7 días	<u>Embarazo:</u> Ceftriaxona 250mg/im ó Eritromicina 500 mg/6 horas 7 días
VAGINITIS	<i>Trichomonas vaginalis</i>		Metronidazol 2 g O.M.	Metronidazol 500 mg/ 12h v.o. 7 días	Tratar a la pareja con/sin síntomas igual.
VAGINOSIS	<i>Bacteriana Polimicrobiana</i>		Metronidazol 500mg/12h/ 7 días	Clindamicina 300 mg/12h 7días Clindamicina crema 2% 5g/vaginal/noche 5 días	<u>Embarazo:</u> Metronidazol 250 mg/8 h/7 días. Evitar en el primer trimestre. En infecciones asintomáticas debe tratarse a embarazadas y a las que se sometan a exploración urogenital.
VERRUGAS GENITALES	HPV tipo 6 y 11		Podofilotoxina 0,5% tópica 2 veces/día, 3 días y 4 días de descanso. Repetir 4 ciclos.	Imiquimod 5% crema al acostarse, 3 veces/semana, 16 semanas.	Los datos existentes indican que las terapias actualmente disponibles pueden reducir las verrugas genitales pero probablemente no erradicar la infectividad

O.M.: Oral Monodosis. i.m.: intramuscular M.U.: Millones de unidades

INFECCIONES URINARIAS (I)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO DE ELECCION	ANTIMICROBIANO ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
INFECCION BAJA NO COMPLICADA MUJER NO GESTANTE	PRIMER EPISODIO Y REINFECCIONES <= 3/AÑO	<i>E. coli (80%)</i>	- Fosfomicina trometamol 3g O.M o - Amoxicilina-clavulanico 500/125/8h 5dias o -Cefuroxima axetilo 250/12h 5dias	Norfloxacino 400 mg/12h 3 días (posibilidad de resistencia)	No es necesario urocultivo previo ni postratamiento. En monodosis con fosfomicina control clinico a la semana de tratamiento
	REINFECCIONES >=3/AÑO (Despues 15 dias del primer episodio y distinta cepa) RECIDIVAS o RECAIDAS (Dentro de los 15 días después del primer episodio y misma cepa)		Pauta de 7-10 dias con -Fosfomicina 500/8h o -Amoxicilina clavulanico500/125/8h o -Cefuroxima axetilo 250/12h Pauta de 15 días con los fármacos anteriores	Quinolonas según resultado de urocultivo (posibilidad de resistencia)	Conveniente realizar urocultivo previo y 7 días después de finalizado el tratamiento. Si reinfecciones en relación con el coito, profilaxis postcoital con monodosis de los fármacos recomendados(1). Si aparece una segunda recidiva prolongar el tratamiento de 4-6 semanas
	FACTORES DE RIESGO DE PADECER ETS	Ver apartado de enfermedades de transmision sexual			

INFECCIONES URINARIAS (II)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO DE ELECCION	ANTIMICROBIANO ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
INFECCION BAJA COMPLICADA	VARONES, MUJERES POSTMENOPAUSICAS, NIÑOS, DIABETES, ENFERMEDADES DEL PARÉNQUIMA RENAL, OBSTRUCCIÓN VÍAS URINARIAS.	- <i>E.coli</i> (principalmente) - Otros: <i>Proteus</i> , Enterococos, <i>Pseudomonas</i> .	-Amoxicilina-clavulánico 500/125/8h, v.o. 7-10 días o - Fosfomicina 1g/8h v.o. 7-14 días	-Ciprofloxacino 250 mg/12h v.o. 7-14 días o -Ofloxacino 200 mg/12h v.o. 7-14días o - Cefuroxima-axetilo 250 mg/12h v.o. 7-10 días	Conveniente urocultivo previo y 7 días después de finalizado el tratamiento. En mujeres postmenopausicas no indicadas las pautas cortas; en infecciones recurrentes pueden indicarse cremas vaginales de estradiol En infecciones recurrentes en varón posibilidad de que exista prostatitis crónica. Las quinolonas no estan indicadas en menores de 14 años. En adultos, uso limitrado por el creciente aumento de resistencias,
	EMBARAZO	<i>E. coli</i>	- Fosfomicina 1g /8h v.o. 7-10 días o - Cefadroxilo 500 mg/12h v.o. 7-10 días	- Amoxicilina-clavulánico 500/125 /8h v.o. 7-10 días	Las quinolonas estan contraindicadas en embarazo y lactancia. Si infecciones frecuentes, valorar tratamiento con quimioprofilaxis hasta el parto(2).

O.M.: Oral Monodosis **v.o.:**via oral **i.m.:**intramuscular

INFECCIONES URINARIAS (III)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE ELECCION ALTERNATIVA		OBSERVACIONES
INFECCIONES ALTAS (PIELONEFRITIS)	Cuadro grave, Septicemia, Embarazo, Insuficiencia renal, Cirrosis, Diabetes, Inmunodepresión, Dificultad de cumplimentar tratamiento.	<i>E.coli</i> <i>Proteus</i> , Enterococos, <i>Pseudomonas</i>	Tratamiento hospitalario		
	Cuadro leve	<i>E. coli</i>	-Amoxicilina-clavulánico 500-875mg/8h v.o. 14 días - Cefuroxima-axetilo 500 mg/12h v.o. 14 días	- Ciprofloxacino 250-500 mg/12h v.o. 14 días - Ofloxacino 200-400 mg/12h v.o. 14 días -Cefonicid 1 g/12-24h im durante 48-72h para pasar después a tratamiento oral. -Gentamicina 120 - 240 mg/24h im 48-72h y después tratamiento oral.	Valorar estudio nefrourológico posterior. Cultivo previo al inicio del tratamiento y modificar el mismo según resultados del antibiograma. Control de urocultivo 7 días después de finalizado el tratamiento.
BACTERIURIAS ASINTOMATICAS	Indicaciones de tratamiento: Embarazo, Insuficiencia renal cronica, Transplante renal Pielonefritis crónicas, Reflujo vesicoureteral, Previa manipulación urológica. No hay pruebas claras en diabetes.	Enterobacterias Enterococos	En función del antibiograma y de la situación clínica. Duración del tratamiento: 7-10 días Valorar quimioprofilaxis posterior.		El diagnóstico requiere crecimiento de $\geq 10^5$ ufc/cc del mismo germen en dos muestras obtenidas con intervalos de 7-10 días.

INFECCIONES URINARIAS (IV)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO DE ELECCION	ANTIMICROBIANO ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
INFECCIONES URINARIAS	Sondaje crónico	Polimicrobiana	No tratar las bacteriurias asintomáticas. Los episodios sintomáticos se tratarán como una infección complicada iniciando de forma empírica el tratamiento hasta conocer el antibiograma. Se realizará cambio de sonda urinaria si está obstruida o tiene más de dos semanas.		Utilizar sondas de silicona en sondaje prolongado. Es fundamental observar los cuidados higiénicos.

D.U.: Dosis única.; **v.o.:** vía oral; **i.m.:** intramuscular

Precaución en el uso de quinolonas por el aumento de resistencias.

ANTIMICROBIANOS USADOS EN QUIMIOPROFILAXIS

	ADULTOS	NIÑOS	Observaciones
Trimetoprim-Sulfametoxazol ⁽¹⁾	40/200 mg /día	2 mg/kg día	La profilaxis solo es eficaz en prevenir tasas de recurrencias durante el periodo de tratamiento.
Nitrofurantoina ^(1,2)	50-100 mg /día	1 mg/kg/día	
Norfloxacina ⁽¹⁾	200-400mg/día		La elección del antimicrobiano ha de realizarse de acuerdo con las tasas de resistencias bacterianas locales.
Ciprofloxacino ⁽¹⁾	500 mg/día		
Cefaclor ^(1,2)	250mg/día		

INFECCIONES DEL TRACTO GENITO-URINARIO

PROCESO CLÍNICO	ETIOLOGIA	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	TRATAMIENTO DE ELECCION	ANTIMICROBIANO ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
ORQUITIS/ EPIDIDIMITIS	<i>N. gonorrhoeae</i> <i>C. trachomatis</i>	Sospecha de ETS (varón joven)	Ceftriaxona 250 mg im + Doxiciclina 100 mg/12h, 10 días	Ofloxacino 200 mg/12h 7 -14 días	
	Enterobacterias <i>Escherichia coli</i>	Sin sospecha de ETS	Ofloxacino 200 mg/12h	7 -14 días	
PROSTATITIS Aguda Crónica bacteriana Crónica abacteriana	Enterobacterias <i>Escherichia coli</i> Enterobacterias <i>Escherichia coli</i> <i>C. trachomatis</i> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Sin sospecha de ETS	Ofloxacino 200 mg/12h, 4 semanas Ofloxacino 6-12 semanas Doxiciclina 100mg/12h, 14 días	Gentamicina parenteral 120-240 mg/24h 3-5 días y después quinolona oral 4 semanas Ofloxacino 400/12h 7-14 días	Si el paciente presenta estado toxico o inmunodepresión tratamiento hospitalario. Realizar urinocultivo previo y postratamiento mensual durante varios meses. Recomendar reposo. No indicado tacto rectal en la fase aguda. Conveniente seguimiento posterior por urologo. En las prostatitis crónicas solicitar cultivos de orina y semen. Esta indicado seguimiento por urólogo.

INFECCIONES RESPIRATORIAS (I)

PROCESO CLINICO		CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO		OBSERVACIONES
				DE ELECCION	ALTERNATIVA	
RESFRIADO COMUN			VIRICA (Rinovirus Adenovirus, ...)	NO INDICADOS		
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA		Más frecuente (40-50%) En menores de 3 años: 80-90% Asociación con síntomas catarrales	VIRICA	NO INDICADOS		
		Mayor incidencia entre 5 y 15 años	<i>Streptococcus pyogenes</i> (90%)	Penicilina V: 500 mg/8h v.o. 10 días Amoxicilina 500mg/8h v.o. 10 días en niños < 27 Kg 30-50 mg/Kg/día	Macrólidos de 16 atomos: Midecamicina, Josamicina, Espiramicina, 10 días.	En incumplidores: Penicilina-benzatina 1,2 M.U. i.m. en niños < 27 Kg: 0,6 M.U. i.m.
LARINGITIS	CATARRAL AGUDA	Más frecuente en adultos	Fundamentalmente viral	NO INDICADOS		En sobreinfección bacteriana (Neumococos, Estreptococos y Estafilococos): Amoxicilina, Macrólidos
	SUBGLOTICA ESTRIDULOSA	Niños 2-5 años (Tos perruna)	Fundamentalmente viral	NO INDICADOS		
	SUPRAGLOTICA (EPIGLOTITIS AGUDA)	Niños menores 5 años Cuadro poco frecuente pero muy grave	<i>H. influenzae</i>	Tratamiento antibiótico en régimen hospitalario		Hospitalización urgente
SINUSITIS		AGUDA	Vírica <i>S. pneumoniae</i> (30%) <i>H. influenzae</i> (20%) <i>M. catarrhalis</i> (5%)	Amoxicilina-Clavulánico 875mg/8h v.o. 10-14días Cefuroxima-axetilo 500 mg/12h v.o. 10-14 días	Si alergia: Macrólidos	La mayoría de las sinusitis leves son autolimitadas y curan sin antibiotico.
		CRONICA	Anaerobios y Gram negativos en 50%	Amoxicilina-Clavulánico 500-875mg/8h (v.o.) 10-14días Clindamicina 300 mg/6h.		Requiere consulta con O.R.L.

INFECCIONES RESPIRATORIAS (II)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO		OBSERVACIONES
			DE ELECCION	ALTERNATIVA	
OTITIS EXTERNA	OTITIS POR INMERSION	<i>Pseudomonas</i> Enterobacterias <i>Proteus</i> Hongos	Gotas de Polimixina B + Neomicina + corticoide 1-2 gotas/6h	Ciprofloxacino gotas 4-6 gotas/8h 7-10 dias	
	FORUNCULO EN CAE CON CELULITIS	<i>S. aureus</i>	Cloxacilina 500 mg/6h	Clindamicina 300 mg/6h	
OTITIS MEDÍA/AGUDA		Vírica (20%) Bacterias (75%): <i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>M. catarrhalis</i> , <i>S. pyogenes</i>	Amoxicilina-clavulánico 875mg / 8h, 5-10 días Cefuroxima-Axetilo 250-500 mg /12 h, 10-14 días	Si alergia: Macrólido	En pediatría, en la mayoría de los casos la resolución es espontánea. Puede justificarse la espera vigilada 24-48 horas pautando AINE.
BRONQUITIS	CATARRAL Adolescentes y adultos Sin comorbilidad	Viral (>90%)	NO INDICADOS		
	CRONICA/ REAGUDIZACION EPOC.	Virus 25-50 % <i>H. influenzae</i> , 50-70% <i>S. pneumoniae</i> <i>M. catarrhalis</i>	Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg /8 h 10-14 días Cefuroxima-Axetilo 500 mg /12 h 10-14 días	Quinolonas de 3ª generación 7-10 dias	En mucoviscidosis, bronquiectasias (<i>Pseudomonas</i>) buena respuesta a ciprofloxacino u ofloxacino.

INFECCIONES RESPIRATORIAS (III)

PROCESO CLINICO		CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO		OBSERVACIONES
				DE ELECCION	ALTERNATIVA	
NEUMONIAS SIN CRITERIOS DE HOSPITALIZACION	ADULTOS SIN FACTORES DE RIESGO	Típica	<i>S. pneumoniae</i>	Amoxicilina 1 g/ 8 h	Levofloxacino 500 mg/24h Moxifloxacino 400 mg/24h	
		Atípica	<i>M. pneumoniae</i>	Macrólido 2-3 semanas	Levofloxacino 500 mg/24h Moxifloxacino 400 mg/24h	Si se sospecha <i>Legionella</i> : Macrólido. Ante sospecha de <i>Coxiella</i> : Doxiciclina.
	ADULTOS CON FACTORES DE RIESGO	Diabetes, Alcoholismo, Senilidad, EPOC	<i>M. catarrhalis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Legionella</i>	Amoxicilina-clavulánico 1g/125/ 8 h Cefuroxima-axetilo 500 mg./8h 10 días	Levofloxacino 500 mg/24h Moxifloxacino 400 mg/24h 10-14 días	Si se sospecha <i>Legionella</i> : Añadir Macrólido. Si no hay respuesta clínica, tratamiento hospitalario
		Broncoaspiración	<i>Bacteroides</i> , <i>Peptostreptococcus</i> , <i>Fusobacterium</i>	Amoxicilina-clavulánico 1g- 2 g/ 8 h	Clindamicina 300mg/6h	Si no hay respuesta clínica, tratamiento hospitalario
		Postgripal	<i>S. aureus</i>	Cloxacilina 500 mg/6h.		
		Drogadicción IV,				
			Bronquiectasia	<i>Pseudomonas</i> <i>S. aureus</i> , <i>H. influenzae</i> ,	Ciprofloxacino Levofloxacino	

INFECCIONES RESPIRATORIAS (IV)

QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR	INDICACIONES	TERAPIA INICIAL	CONTINUACION DE TRATAMIENTO	ALTERNATIVAS
QUIMIOPROFILAXIS TBC (QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA) Exposición a <i>Mycobacterium tuberculosis</i> pero Mantoux negativo	<ul style="list-style-type: none"> Jóvenes contactos íntimos de bacilíferos Inmunodeprimidos contactos de bacilíferos Personas de cualquier edad, contactos íntimos de bacilíferos en microepidemias. 	Niños: INH 5 mg/kg/d (max 300 mg) Adultos: INH 300 mg/d	Repetir Mantoux a los 2 meses y medio de interrupción del contacto o de la negativización de la baciloscopia : si negativo, suspender INH, si positivo, completar tratamiento de la infección latente tras descartar enfermedad activa	En problemas de cumplimiento, terapia intermitente supervisada: INH 15 mg/kg/día (max 900 mg/d) 2 veces /semana, 12 meses
TRATAMIENTO DE INFECCION LATENTE TBC O INFECCION TBC (QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA) Mantoux positivo sin evidencia de enfermedad	<u>Indicaciones prioritarias:</u> HIV + Convertores en los 2 últimos años Portadores de lesiones fibróticas en Rx estables a lo largo de 1 año que no hayan sido tratados previamente (exclusión de paquipleuritis y calcificaciones) Silicóticos Miembros de microepidemias a cualquier edad Menores de 35 años contactos de enfermos bacilíferos Infectados menores de <20 años Pacientes en lista de espera para trasplantes Utilización de infliximab u otros anticuepos monoclonales anti-TFN-α <u>Indicaciones a valorar individualmente :</u> Mayores de 35 años contactos de enfermos bacilíferos Infectados en situaciones como diabetes, alcoholismo, ADVP, malnutrición, malabsorción, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis, neoplasias Tratamientos prolongados con corticoides, Inmunosupresores. Riesgo profesional: docentes, guarderías, sanitarios, prisiones, asilos y centros de toxicómanos.etc. Riesgo social : asilados, reclusos, albergues, psiquiátricos. Infectados inmigrantes en los últimos 5 años procedentes de países de alta prevalencia	Niños: INH 10 mg/kg/d (max 300 mg) Adultos: INH 300 mg/d	Mantener INH : niños, sin factores de riesgo 6 meses niños contactos cercanos de bacilíferos, conversores recientes, inmunodeprimidos : entre 9-12 meses adultos hasta 6 meses HIV+ entre 9-12 meses. si lesiones radiológicas fibróticas no tratadas con anterioridad, entre 9-12 meses	Si intolerancia o resistencia a INH, y en HIV +, remitir a servicio especializado para valorar pauta más adecuada.
	Embarazo	Demorar quimioprofilaxis hasta después del parto, excepto en casos de HIV+ y contactos de pacientes bacilíferos .		

INH:isoniazida, ETB:etambutol, PZA:pirazinamida, RIF: rifampicina,
 Antes de iniciar la quimioprofilaxis, descartar enfermedad tuberculosa mediante clínica, Rx torax y baciloscopias.

INFECCIONES RESPIRATORIAS (V)

TRATAMIENTO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	TERAPIA INICIAL	CONTINUACION DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
TUBERCULOSIS PULMONAR	Tasa de resistencia de INH <4% (Pauta estándar de 6 meses)	INH+RIF+ PZA diarios 2 meses	INH+RIF diarios 4 meses	Si intolerancia o contraindicación a: INH : ETB+RIF+PZA (2 meses) + ETB+RIF (10 meses) RIF : ETB+PZA+INH (2 meses) + ETB+INH (10 meses) PZA : ETB+RIF+INH (2 meses) + INH+ RIF (7 meses)
	Tasa de resistencia de INH > 4% o desconocida	INH+RIF+PZA+ETB o STM diarios, hasta conocer sensibilidad a INH. Si ésta es positiva seguir pauta estándar, si es negativa mantener dos meses con 4 farmacos .	INH+RIF diarios, 4 meses	
	No adhesión al tratamiento (Terapia oral supervisada)* si la infraestructura lo permite	OPCION 1 : RIF+INH+PZA diaria, 2 meses y RIF+INH 2 veces/semana, 4 meses OPCION 2 : RIF+INH+PZA+ ETB o STM 3 veces/semana, 2 meses y RIF+INH 3 veces/semana, 4 meses OPCION 3 RIF+INH+PZA+ETB 2-3 veces/semana, 6 meses		
CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE SE INDICA INICIAR TRATAMIENTO EN NIVEL ESPECIALIZADO				
TUBERCULOSIS PULMONAR	Embarazo	INH+RIF+ETB diarios, 2 meses	INH+RIF diario, 7 meses	Evitar STM: Potencial ototoxicidad del feto PZA (categoría C): faltan datos de teratogenicidad, aunque no parece existir teratogenicidad a las dosis habituales y algunas guías recomiendan la pauta estándar de 6 meses
	Infancia	Semejante a la del adulto, ajustando dosificación.		Evitar ETB en menores de 5 años, por dificultad de evaluar la toxicidad ocular
	Hepatopatía crónica	Se pueden tratar con la pauta estándar de 6 meses. Por la mayor toxicidad hepática hay que realizar control hepático más estricto. Vigilancia analítica cada semana los primeros 15 días y bisemanal después Enzimas hepáticas < 5 veces el valor normal: Pauta estándar. Enzimas hepáticas > 5 veces el valor normal: No se recomienda usar INH o RIF, sustituyéndolas por ETB.		
	VIH + o SIDA	INH+RIF+PZA diario(2 meses)	INH+RIF diario 7 meses	Esta pauta esta indicada si la tasa de resistencia es <4%. En caso contrario, ver apartado "Tasa de resistencia >4%". Si tratamiento con inhibidores de proteasas, sustituir la rifampicina por rifabutina, excepto con ritonavir, que se utiliza rifampicina a mitad de dosis
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR		Pauta estándar de 6 meses. También indicado tratamiento en nivel especializado.		

Algunos autores recomiendan añadir Piridoxina 25-50 mg diarios a las terapias que incluyen INH

Dosis de fármacos antituberculosos en adultos

Medicamento	Posología Diaria	Posología 2 v/semana	Posología 3v/semana
INH	Adultos:5 mg/kg (máx. 300 mg) Niños:5-10 mg/kg /d (máx. 300 mg)	15 mg/kg (máx. 900 mg)	15 mg/kg (máx. 900 mg)
RIF	10 mg/kg (máx. 600 mg) ⁽¹⁾	10 mg/kg (máx. 600 mg)	10 mg/kg (máx. 600 mg)
PZA	30-35 mg/kg (máx. 2,5 g)	50-70 mg/kg (máx. 3,5 g)	50-70 mg/kg (máx. 3 g)
ETB	15-25 mg/kg (máx. 2,5 g) ⁽²⁾	50 mg/kg (máx. 2,5 g)	25-30 mg/kg (máx. 2,5 g)
STM	15 mg/kg (máx. 1 g) ⁽³⁾	20-30 mg/kg (máx. 1 g)	25-30 mg/kg (máx. 1 g)

⁽¹⁾ 450 mg, en pacientes con menos de 50 kg de peso. ⁽²⁾ Dosis de ETB 25 mg/kg/día los 2 primeros meses. Los siguientes será de 15 mg/kg/día.

⁽³⁾ 750 mg, en pacientes con menos de 50 kg de peso o edad superior a 50 años.

INH:isoniazida

ETB:etambutol

PZA:pirazinamida

RIF:rifampicina

STM:estreptomicina

Medidas a observar en medio ambulatorio para prevenir el contagio .

Enfermos con baciloscopia positiva Durante tres semanas desde el inicio de tratamiento con RHZ	Enfermos con baciloscopia negativa hasta la negativización de los cultivos
<p>Asegurar aislamiento del paciente en habitación individual con puerta cerrada y ventana exterior y abierta con frecuencia (de dos a seis veces/día)</p> <p>Utilizar mascarillas quirúrgicas en presencia de otras personas (el enfermo y los contactos simultáneamente).</p> <p>Si no se puede asegurar un aislamiento correcto, en domicilio se indica ingreso en hospital durante este tiempo.</p> <p>Si a las tres semanas de iniciado el tratamiento persiste la baciloscopia positiva aunque con menor concentración de bacilos, se mantendrán las medidas aunque de forma menos estricta</p>	<p>No requieren medidas de aislamiento físico</p> <p>Reincorporación progresiva a las actividades familiares, sociales, laborales...</p>
<p>En todas las situaciones observar medidas higiénicas como cubrirse la boca con pañuelo al toser o estornudar</p>	
<p>Es importante realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad, y asegurar el correcto cumplimiento de la terapia mediante seguimiento cercano del paciente. Para asegurar estos puntos puede ser necesario, en ocasiones, ingreso hospitalario.</p>	

La terapia oral supervisada* o tratamiento directamente observado se realiza en pacientes muy concretos dentro del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PPCT). Teléfono: 976-715273.

INFECCIONES DE LA PIEL (I)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE ELECCIÓN		OBSERVACIONES
				ALTERNATIVA	
ROSACEA	LEVE	<i>Corynebacterium acnes</i> <i>Demodex folliculorum</i>	TOPICO: Metronidazol 0,75% gel o crema acuosa 2 aplicaciones/día.	Clindamicina 1% 2 veces/día Eritromicina 2% 2 veces/día	Fotoprotección Evitar corticoides tópicos. Evitar tetraciclinas en niños <12 años y embarazadas. Doxiciclina: Fototóxica, alternativa en verano macrólido. Tomar con abundante agua en posición vertical.
	MODERADA		ORAL+TÓPICO: Doxiciclina 100 mg/24 h v.o. 3 meses Metronidazol 0,75%gel o crema 2 aplic/día	Macrólido	
ACNE VULGARIS	Acné grado I comedoniano	Exceso de producción de sebo. No <i>P. acnes</i> Comedones Formas iniciales sin inflamación	TTO TOPICO COMEDOLÍTICO- QUERATOLÍTICO: Tretinoína crema (0,025% ó 0,05%) 1 apl/día O isotretinoína gel 0,05% 1 apl /día Peróxido de benzoilo (2,5%- 4%- 5 %- 10%).	Adapaleno 0,1% gel una vez/día o Acido Azelaico 20% crema una vez al día.	Retinoides Tópicos (RT): No indicar en embarazo. Empezar con concentraciones bajas. Fotosensibilizantes
	Acné grado II Pápulo-pustuloso moderado	<i>P. acnes</i>	TTO TOPICO COMEDOLÍTICO (C) - QUERATOLÍTICO (Q) + ANTIBIÓTICO TOPICO (AT): Clindamicina 1%+ RT ó Clindamicina 1%+ Peróxido de benzoilo 5% + RT Eritromicina 2%+ Peróxido de benzoilo 5% + RT Si ha mejorado a los tres meses, dejar AT y seguir tto comedolítico- queratolítico. Se puede posteriormente volver a C-Q-AT.	Mujeres: tratamiento hormonal un año + Comedolítico-Queratolítico. (2 mg ciproterona + 35 mcg etinilestradiol). El efecto tarda de 3 a 6 meses. Puede asociarse a antibióticos tópicos. Si no hay mejora pasar a antibiótico oral.	Adapaleno irrita menos que Tretinoína. Crean medio desfavorable a <i>P acnes</i> . Aplicar por la noche, otros agentes por la mañana.
	Acné grado II Pápulo-pustuloso severo	<i>P. acnes</i>	TTO TOPICO COMEDOLÍTICO- QUERATOLÍTICO+ ANTIBIÓTICO ORAL: Tratamiento tópico de los arriba indicados. Sustituyendo el antibiótico tópico por antibiótico oral. Un ciclo de Doxiciclina 50-100 mg/día 3-6 meses. Mujeres: tratamiento hormonal arriba indicado (Puede asociarse a antibióticos orales).	Otros antibióticos vía oral: Eritromicina 250 –500 mg/12h Josamicina 500 mg/24h Dietilmidecamicina 600 mg/24 h Clindamicina	Si mejora puede necesitar un 2º ciclo oral. Si en 3 meses con antibióticos orales no mejora, derivar a especialista. Minociclina: relación beneficio/riesgo poco clara. Doxiciclina: ver observaciones Rosácea.
	Acné grado III Nódulo-quístico conglobata	<i>P. acnes</i>	Nivel especializado: Isotretinoína oral. Mujeres también terapia hormonal. No prescribir comedolíticos-queratolíticos por su efecto irritante. En ocasiones corticoides orales o intralesionales.		

INFECCIONES DE LA PIEL (II)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE ELECCIÓN		OBSERVACIONES
				ALTERNATIVA	
ADENITIS	REGIONAL. AGUDA-SUPURADA	<i>S. aureus</i> Estreptococo del grupo A Anaerobios	Pedir cultivo Cloxacilina 0,5-1 g/6h, 10-15 días Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h 10-15 días	Clindamicina 300 mg/8h v.o. o Macrólido de 16 átomos de C: (Josamicina, Midecamicina, Espiramicina).	Dependiendo de la gravedad, vía oral o iv. Valorar drenaje quirúrgico.
	GENERALIZADA	Viricas, bacterianas, protozoos	Tratamiento etiológico		
CARBUNCO	PIEL	<i>Bacillus anthracis</i>	Penicilina V 500 mg/6h 5-7 días Penicilina G procaína im 600 mg (1 MU)/12-24 h 3-7 días	Macrólido o Doxiciclina o Ciprofloxacino	Enfermedad profesional Dado que requiere cuidados de aislamiento especial, recomendable tratamiento hospitalario
CELULITIS	ESTREPTOCÓCICA	<i>S. pyogenes</i> 60-70% Grupo G 15-25% Grupo B y C raramente	Pedir antibiograma Fenoximetilpenicilina 250-500mg/6 h 10-20 días	Macrólido 16 átomos de C Cefalosporina 1ª ó 2ª generación Clindamicina	Si síntomas de gravedad empezar con penicilina procaína 1,2 MU cada 12 horas. Si mejora en 48 horas, pasar a pauta oral hasta completar pauta posológica. Si recidivas frecuentes: Penicilina G Benzatina 1,2MU/mes Evitar AINE, emplear antitérmicos
	NO ESTREPTOCÓCICA	No estreptocócica <i>Staphylococcus aureus</i> Flora orofaríngea	Pedir antibiograma Cloxacilina 0,5-1 g/6h, 10-15 días Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h 10-15 días	Clindamicina 300 mg/8h vo.	
	FACIALES INFANTILES	<i>H. influenzae</i>	Cefalosporina de 3ª generación Aztreonam		Valorar tratamiento hospitalario en celulitis faciales.
	PIE DIABÉTICO	Polimicrobiano: Gram + aerobios, anaerobios, enterobacterias Cubrir el máximo de posibilidades	Pedir cultivo y antibiograma Amoxicilina-clavulánico 500-875 mg/8h 1-2 semanas	Ciprofloxacino+Metronidazol Ciprofloxacino+Clindamicina	Alargar el tratamiento hasta ausencia de infección. AMOXICILINA-CLAVULANICO: penetración depende del grado de isquemia y posología incómoda. CIPRO: excelente penetración en tejidos blandos y hueso Si mala evolución, ingreso. Si aparecen <i>Pseudomonas</i> , no debe utilizarse monoterapia. Debe asociarse un aminoglucósido.
ERITRASMA		<i>Corynebacterium minutissimum</i>	Pedir cultivo y antibiograma Elección: Macrólidos 10 días		Alargar el tratamiento de 10 días en adelante hasta que se tenga seguridad de ausencia de infección. Si mala evolución, ingreso.

INFECCIONES DE LA PIEL (III)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE ELECCION	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
FORUNCULO	SIMPLE	<i>S. aureus</i>	TOPICO: Calor húmedo. Alcohol 70° Acido fusídico ó Mupirocina 2% una aplicación/8h 7 días.		Drenaje Están aumentando las resistencias a mupirocina
	CON CELULITIS		Cloxacilina 0,5-1 gr/6h (v.o.) 7-10 días	Macrólido o Clindamicina	En caso de recidivas: Mupirocina 5 días.
IMPETIGO	PEQUEÑAS LESIONES	<i>S. pyogenes</i>	TOPICO: Acido fusídico ó Mupirocina 2% una aplicación /8h.		
	LESIONES EXTENSAS	<i>S. aureus</i>	En impetigo estreptocócico, tratamiento oral con Penicilina V 250-500 mg/6h 10 días Cloxacilina 0,5-1 g/6 h, v.o. 7-10 días	Macrólido o Amoxicilina-Clavulánico	
MASTITIS	POST PARTO	<i>S. aureus</i>	Cloxacilina 0,5-1g/6h 7-10 días. Amoxicilina-Clavulánico 500-875 mg/8h 7-10 días	Macrólido	Si no hay absceso, no debe suspenderse la lactancia materna, ya que el amamantamiento puede acelerar la resolución.
	NO PUERPERAL	<i>S. aureus</i> Anaerobios		Macrólido o Doxiciclina o Cefalosporina 1ª gen	
HERIDA TRAUMATICA INFECTADA		Polimicrobiana, anaerobios principalmente	Amoxicilina-clavulánico 500-875mg/8h 7-10 días	Clindamicina 150-450 mg/6h	Comprobar vacunación. Desbridamiento y limpieza
PROFILAXIS MORDEDURA HUMANA Y ANIMAL		Polimicrobiana	Amoxicilina-Clavulánico 500-875 mg/8h 3-5 días	Macrólido o Clindamicina o Doxiciclina o Fluorquinolona	Comprobar estado vacunal. Desbridamiento y limpieza La profilaxis está especialmente indicada en mordeduras humanas y de gato, transcurridas 8 h tras la herida y en heridas faciales y de las manos.
CELULITIS EN HERIDA POR MORDEDURA	HUMANA	Polimicrobiana	Tratamiento hospitalario		Comprobar vacunación.
	ANIMAL	Polimicrobiana	Amoxicilina-Clavulánico 500-875 mg/8h. 7-10 días	Macrólido o Clindamicina o Doxiciclina o Fluorquinolona	Comprobar vacunación. Derivación hospitalaria si mala evolución y en pacientes inmunodeprimidos
QUEMADURAS INFECTADAS		Polimicrobiana	Cura local con sulfadiazina argéntica	Cloxacilina 0,5-1 g/6h	Comprobar vacunación. Si Pseudomonas, aminoglucósido i.m.
ULCERAS DE DECUBITO		Polimicrobiana, anaerobios principalmente	Amoxicilina-Clavulánico 500-875 mg/8h. Duración según evolución	Ciprofloxacino + Clindamicina 150-450 mg/6h	Desbridamiento. Usar antibióticos v.o. si hay signos de infección perilesional. Tratamiento en hospital si sepsis
HERPES ZOSTER		Reactivación del virus Varicela Zoster	Aciclovir 800 mg/4h (5 dosis) 7 días	Valaciclovir 1 g/ 8 h 7 días	El tratamiento está indicado en pacientes con riesgo de desarrollar complicaciones: afectación de la rama oftálmica, inmunodeprimidos y pacientes > 50 años. No existe una indicación clara para el tratamiento sistemático en pacientes menores de 50 años sin factores de riesgo.

INFECCIONES DE LA PIEL (IV)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE ELECCION ALTERNATIVA		OBSERVACIONES
SARNA		<i>S. scabiei</i>	Permetrina al 5% en crema. (aclarar con agua a las 8-12 h)	Lindano loción 1% Crotamitón crema 10% en menores de 10 años	En niños menores de 2 meses y embarazadas: Azufre en vaselina al 10%
PEDICULOSIS		<i>Pediculus humanus capitis</i>	Permetrina al 1%-1,5% crema o loción Repetir a los 10-14 días.	Malathion Piretroides sinergizados	Uso de liendrería diario o cada 48 h durante 2 semanas. Ningún pediculicida se debe utilizar con fines preventivos, sólo ante la presencia de piojos.
TINEA CAPITIS TINEA BARBAE		Dermatofitos	Terbinafina 250 mg/24 h 4-6 semanas vía oral.	Griseofulvina 250-500 mg /12 h, 8 semanas vía oral. Itraconazol 200-400 mg/día, 4-6 semanas, vía oral.	Limpieza, descostrado y depilado de zona afectada. En niños ajustar dosis de griseofulvina y de terbinafina. El tratamiento tópico con imidazoles o sulfuro de selenio puede reducir su transmisión. Tto más largo si es provocada por <i>Microsporum canis</i>
TINEA CORPORIS, CRURIS, MANUM, PEDIS	POCA EXTENSIÓN	Dermatofitos	TÓPICO (2 veces/día 2-4 semanas) Azoles Ciclopirox-olamina Terbinafina		
	LESIONES EXTENSAS O CRONICIDAD TINEA PEDIS (afectación plantar)		ORAL: Terbinafina 250 mg/día 2-6 semanas	Griseofulvina 500mg/12h 6-8 sem. Itraconazol 200-400 mg/día, 2-4semanas Fluconazol 150 mg/ día, 2-4sem.	La tinea pedis suele requerir tratamiento oral de al menos 4 semanas.
TINEA UNGIUM	LEVE AFECTACIÓN Ó CONTRAINDICADA TERAPIA ORAL	Dermatofitos	TÓPICO: Amorolfina 5%, 1-2 veces/semana 6 meses en manos 12 meses en pies	TÓPICO: Ciclopirox-olamina 8%. Tioconazol al 28%. 6 meses en manos 12 meses en pies	
	IMPORTANTE AFECTACIÓN DE LA UÑA		ORAL: Terbinafina 250 mg/día. 6 semanas en manos 12 semanas en pies.	ORAL: Itraconazol 200 mg/día. 6 semanas en manos 12 semanas en pies. o Itraconazol 400mg/día, 7días/mes 2 ciclos en manos 4 ciclos en pies	Antes de iniciar tratamiento oral, confirmar diagnóstico mediante cultivo. Puede combinarse con tratamiento tópico.

INFECCIONES DE LA PIEL (V)

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS		ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE ELECCION		OBSERVACIONES
					ALTERNATIVA	
PITIRIASIS VERSICOLOR	AFECTACIÓN LEVE		<i>Pityrosporum orbiculare</i>	TÓPICO: Sulfuro de selenio 2,5% 7 días, champú. Ciclopirox-olamina, 2 semanas. Azoles, 2 semanas		La hipopigmentación que acompaña a las lesiones, puede permanecer meses a pesar de la curación. Si infección recurrente hacer profilaxis con:
	LESIONES EXTENSAS Ó RECIDIVANTES			ORAL: Ketoconazol 400 mg unidosis	ORAL: Fluconazol 400 mg unidosis	
CANDIDIASIS	ORAL	Afectación leve	C A N D I A S	Tópico Nistatina 500.000 U o Miconazol 100 mg, 4-5 veces/día, 1-2 semanas. Mantener el fármaco unos minutos en la boca y después ingerirlo.	Fluconazol 200 mg dosis única o 100 mg/día durante 5 días.	
		Formas extensas (Inmunodeprimidos)		Fluconazol 100-200 mg/día, 2-3 semanas.	Itraconazol 200 mg/día 14 días	En casos de resistencia a fluconazol 100-200, aumentar dosis a 400-800 mg.
	CUTÁNEA, INTERTRIGOS			TÓPICO 2 veces/día 1-2 semanas: Nistatina Azoles Ciclopirox-olamina	Si extensa, foliculitis o paciente inmunodeprimido, tratamiento oral: Fluconazol 100 mg/día 7-14 días Itraconazol 200 mg/día 7-14 días	
	VAGINAL			Clotrimazol 500 mg unidosis vía vaginal	Fluconazol 150 mg unidosis vía oral	En recidivas: Clotrimazol 500 mg semanal, vía vaginal. Fluconazol 150 mg semanal, vía oral. Varios meses.
	ONICOMICOSIS	Afectación leve		TÓPICO: Amorolfina 5% 1-2 veces/semana. 6 meses en manos. 12 meses en pies	Ciclopirox-olamina al 8% Tioconazol al 28%	
		Afectación importante		ORAL: Itraconazol 200 mg/día, 6 semanas en manos 12 semanas en pies. o Itraconazol 400 mg/día, 7 días/ mes. 2-4 meses (manos ó pies)	ORAL: Fluconazol 50-100 mg/día, 4-9 meses o Fluconazol 150 mg/día, 7 días/mes 3 - 6 meses en manos 6 - 12 meses en pies.	

MISCELANEA

PROCESO CLINICO	CIRCUNSTANCIAS MODIFICADORAS	ETIOLOGIA	TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO		OBSERVACIONES
			DE ELECCION	ALTERNATIVA	
BRUCELOSIS	Adultos y niños mayores de 8 años	<i>B. melitensis</i> <i>B. abortus</i> <i>B. suis</i>	Doxiciclina 100 /12 h (45 días) + Estreptomina 1 g IM / 24 h (los primeros 15 días) o	Doxiciclina 100 mg /12 h + Rifampicina 300-450 mg / 12h	Tratamiento con agentes orales 6 semanas. Aminoglucosidos sólo las dos primeras semanas Podemos sustituir la doxiciclina por el ofloxacino en caso de incompatibilidad.
	Embarazadas y niños menores de 8 años.		Cotrimoxazol 10-50 mg /kg + Rifampicina 5-10 mg /kg/12h durante 6 semanas		
SALMONELLOSIS		<i>S. enterica</i>	No complicada: tratamiento sintomático. Rehidratación	Ciprofloxacino 500 mg / 12 h durante 3 a 5 días ó Cotrimoxazol	Se están observando resistencias aumentadas a ácido nalidíxico (32,7%) y no deberían usarse ningún tipo de quinolonas para el tratamiento de infecciones producidas por cepas que muestren resistencia a cualquiera de ellas (por ej. cepas ácido nalidíxico resistente, ciprofloxacino sensible).
DIARREAS GASTROENTERITIS		<i>Campylobacter sp</i>	Tratamiento sintomático Rehidratación	Eritromicina	Sólo cuando el tratamiento es precoz, influye en la evolución.

GENERAL

- Antibacterianos de elección. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics. 2001;XXIII (20 y 21):81-9.
- Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Sande MA eds. The Sanford guide to antimicrobial therapy 2004 (34 th edition). USA: Antimicrobial Therapy Inc;2004.
- Palop V, Martínez-Mir I. Tratamiento empírico de las infecciones. [serie en internet. 2004 (consultado octubre-diciembre de 2004);4(33):aprox.12 p. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/empirico>.
- Mensa J, Gatel JM, Jiménez de Anta MT, Prats G. Guía de Terapéutica Antimicrobiana (14ª Edición). Barcelona: Masson SA, 2004.
- Reynolds JEF. Martindale. The Extra Pharmacopeia 32 ed. London: The pharmaceutical Press,1999.
- MICROMEDEX Healthcare Series. THOMSON MICROMEDEX 2.005 Vol 123
- Harrison. Principios de Medicina Interna (15ª Edición).Madrid: McGraw Hill Interamericana, 2002.
- Picazo JJ. Infecciones en Atención Primaria (2ª Edición). 1998.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2004.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Center for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; Vol 51 (Nº RR06) [En línea] [fecha de acceso 5 de octubre de 2004]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5106.pdf>
- Casanova J, Alberny, Cots JM. SIDA y enfermedades de transmisión sexual. En: Martín Zurro A. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (5ª edición). Madrid: Elsevier España, 2003.
- Poola A, Radcliffe K. Antiviral treatment of genital herpes. Int J STD AIDS. 2004; (15)7:429
- Lukehart SA, Godornes C, Molini BJ, Sonnett P, Hopkins A, Mulcahy F et al. Macrolide resistance in *Treponema pallidum* in the United States and Ireland. N Engl J Med. 2004;351(2):154-8.

INFECCIONES URINARIAS

- Pigrau C, Horcajada JC, Cartón JA, Pujol M. Infección Urinaria. En Aguado JM, Almirante B, Fortún J, editores: Protocolos Clínicos SEIMC [monografías en internet].Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica .Consultado el 01-10-2004. Disponible en : <http://www.seimc.org/protocolos/clinicos/>
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Uncomplicated urinary tract infection in women. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004:21 p. Disponible en www.icsi.org
- Warren JW, Abrutyn E, Hebel R, Johnson JR, Shaeffer J, Stamm W E. Guidelines for Antimicrobial Treatment of Uncomplicated Acute Bacterial Cystitis and Acute Pyelonephritis in Women. Clin Infect Dis. 1999;29:745–58
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for asymptomatic bacteriuria: recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2004: 5 p. Disponible en : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstmeth.htm>
- Prodygy Guidance .Urinary tract infection (lower) in men. Ultima actualizacion Septiembre 2004 .Disponible en :[http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?qt=UTI%20\(lower\)%20-%20men#Antibiotics](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?qt=UTI%20(lower)%20-%20men#Antibiotics)
- Prodygy Guidance .Urinary tract infection (lower) in women. Ultima actualizacion Enero 2004 . Disponible en :[http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?qt=UTI%20\(lower\)%20-%20women](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?qt=UTI%20(lower)%20-%20women)
- Prodygy Guidance. Prostatitis. Ultima actualización Octubre 2004. Disponible en : http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?qt=Prostatitis#MI_acutebacteriaprostatitis
- Albert X, Huertas I, Pereiró I, Sanfélix J, Gosalbes V, Perrota C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women (Cochrane Review).In The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kahlmeter G. An International survey of the antimicrobial susceptibility of the pathogens from uncomplicated urinary tract infections : The ECO.SENS Project. J Antimicrob Chemother 2003 ;51:69-76.

INFECCIONES RESPIRATORIAS. TUBERCULOSIS

- Grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Actualización de las recomendaciones ALAT sobre la neumonía adquirida en la comunidad. Arch Bronconeumol 2004;40(8):364-74.
- Alvarez-Martin CJ. Neumonía adquirida en la comunidad. Fundamentos del tratamiento. Inf Ter Sist Nac Salud. 2003;(27):1-10.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Community management of lower respiratory tract infections. Junio 2002. Disponible en: www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/59/.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of childhood otitis in primary care. Febrero 2003. Disponible en: www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/66/
- Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004. Disponible en http://www.nice.org.uk/pdf/CG012_niceguideline.pdf
- Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2002;38(9):441-51
- Rufi G, García Rodríguez JA, Solera J, Moreno S. Tuberculosis. En Aguado JM, Almirante B, Fortún J, editores: Protocolos Clínicos SEIMC [monografías en internet]. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Consultado el 01-10-2004. Disponible en : <http://www.seimc.org/protocolos/clinicos/>
- Gascón Andreu L. Programa de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad Autónoma de Aragón. En: Departamento de Sanidad Gobierno de Aragón, editor. Cuadernos de Salud. 1997.
- De Juan Martín F. Tuberculosis Pulmonar. En: Protocolos diagnóstico terapéuticos [monografías en internet]. Sociedad Española de Pediatría. 2001[Consultado el 31-01-05]. Disponible en <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/index.htm>
- American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, Infectious Diseases Society of America. Treatment of Tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167: 603-662
- Treatment of tuberculosis. MMWR Recomm Rep 2003. 52 (RR-11):1-77.

INFECCIONES DE LA PIEL

- Dahl MV, Jarrat M, Kaplan D, Tuley MR, Baker MD. Once-daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosácea. J Am Acad Dermatol 2001;45: 723-730.
- Pelle MT, Crawford GH, James WD. Rosácea Therapy. J Am Acad Dermatol 2004; 51(4): 499-512.
- Hoyos MC, Pascual JM. Acné: orientación y diagnóstico-terapéutica. Pediatr Integral 2004; VIII(3):235-242.
- Olmos O, Borbujo J. Tratamiento del acné en atención primaria. FMC 2004; 11(5):261-269.
- Leyden JJ. A review of the use of combination therapies for the treatment of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol 2003;49:S200-S210.
- Buendía-Eisman A, Ruiz R. Acné: Diagnóstico y tratamiento. Medicine.2002; 8(89):4791-4796.
- Crespo M, Pigrau C. Protocolo terapéutico empírico de la celulitis. Medicine. 2002; 8(63): 3369-71.
- Pereiro M, Toribio J. Infecciones bacterianas de la piel. Clasificación. Formas Clínicas. Enfermedades mediadas por toxinas. Diagnóstico diferencial. Actitudes terapéuticas. Medicine.2002; 8(88): 4737-43.
- Ferrandiz C. Dermatología clínica. Madrid: Mosby, 1996.
- Javaloyas M. Infección del pie diabético. Jano 2004; 66(1513):35-41
- Pascual JM, Hoyos MC. Escabiosis y pediculosis. Pediatr Integral 2004; VII(4):317-26.
- Gairi JM, Molina V, Moraga FA, Viñallonga X, Baselga L. Pediculosis de la cabeza. En Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica (I) ;2002. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/uno/pediculosis.pdf>
- García-Patos. Escabiosis. En Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica (I) ;2002. Disponible en http://www.aeped.es/protocolos/http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/dos_escabiosis.pdf
- García Ruíz JA, Larrubia Muñoz O, Pablos Mateos AI, Puerta Fernández MC, Vázquez Panal J. Tratamiento de la pediculosis de la cabeza. Madrid:Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid;2002. Documento Técnico de Salud Pública nº75. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/salud/educa/pdfs/dtpediculosis.pdf>
- Koning S, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LWA, Morris A, Butler CC, van der Wouden JC. Intervenciones para el impétigo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, número 4*, 2004. Oxford, Update Software Ltd.

MICOSIS

- Richardson MD, Johson EM. Guia de Infecciones fúngicas. Madrid: Editores Médicos S.A.; 2001.
- Gutiérrez I, Fernández H. Infecciones micóticas en Atención Primaria. Boletín Uso racional del medicamento Atención primaria Cantabria. 2002 ; X (3): 1-7.
- Gutiérrez I, Fernández H. Infecciones micóticas en Atención Primaria. Boletín Uso racional del medicamento Atención primaria Cantabria. 2002 ; X(4):1-8.
- Meis J, Verneil PE. Current management of fungal infections. Drugs. 2001 ; 61: 13-25.
- Gupta AK, Shear NH. A risk benefit assessment of the newer oral antifungal agents used to treat onychomycosis. Drugs Saf. 2000; 22 (I): 33-52.
- Roberts DT, Taylor W D, Boyloe J. Guidelines for treatment of onychomycosis. Br J Dermatol. 2003 ;149 (3): 402-410.
- Elewski BE. Onychomycosis treatment, quality of life and economic issues. Ann J Clin Dermatol. 2000; 1 (I): 19-26.
- Hart R, Bell-Syer S, Crawford F, Torgerson DJ, Young P, Roussel I. Systematic review of topical treatments for fungal infections of the skin and nails of the foot. BMJ .1999; 319:79-82.
- Crawford F, Young P, Godfrey C, Bell-Syers G, Hart R, Brunt E, et al. Oral treatment for toenail onychomycosis, a systematic review. Arch Dermatol. 2002 ;138 (6):811-816.
- Ginarte M, Paredes C. Empleo de antiinfecciosos en patología cutánea. Tratamiento tópico. Indicaciones. Contraindicaciones. Criterios de respuesta. Efectos secundarios. Medicine. 2002; 8 (8): 4.768-73.
- Infecciones por dermatofitos en piel y uñas. INFAC; 2004; 12 (6): 1-3.
- Crawford F, Hart R, Bell-Syers S, Torgerson D, Young P, Roussel I. Topical Treatment for fungal infection of the skin and nail of foot. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library 3, 2.004. Oxford: Update software.
- Bell-Syers S, Hart R, Crawford F, Torgerson DJ, Tyrrell W, Roussel I. Oral treatment for fungal infection of the skin and nail of foot. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library 3, 2.004. Oxford: Update software.
- Gupta AK, Rydo JE, Johson AM. Cumulative meta-analysis of systemic antifungal agents for the treatment of onychomycosis.. Br J Dermatol. 2004 ;150 (3): 537.
- Pappas PG, Rex JH, Sobel JD, Filler SG, Dismukes WE, Wals TJ, et al. Guidelines for treatment of candidiasis. Clin Infect Dis. 2004 ; 38 (2): 161-9.
- Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). National guideline on the management of vulvovaginal candidiasis. London 2.002.
- Eschenbach DA Chronic vulvovaginal candidiasis. N Engl J Med. 2004; 351 (9): 851-2.
- Marrazzo J. Vulvovaginal candidiasis . BMJ. 2003 ; 326: 993-4.
- Akpan A, Morgan R. Oral candidiasis. Postgrad Med J. 2002 ; 78: 455-9.
- Schwartz R. Superficial fungal infections. Lancet .2004; 364: 1173-82.

OTROS

- Rodriguez M, Solera J, Sánchez L, Solís J, Alvarez M. Brucelosis. Medicine 2002; 8 (65): 3455-63.
- Ariza J. Brucelosis en el siglo XXI. Med Clin 2002; 119 (9):334-9.
- Ariza J. Manual de Brucelosis. Junta de Castilla y Leon, 2002.

**AUTORES: COMISIÓN PARA EL
USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**

Dra. L. Asensio Asensio - Z.B.S. DELICIAS SUR
Dra. M. Aza Pascual-Salcedo – FARMACIA A.P.
Dra. C. Carcas de Benavides - F.A.S.
Dr. G. Casañal Quintana - Z.B.S. MORATA DE JALON
Dr. J. Codes Gómez - Z.B.S. CALATAYUD NORTE
Dr. F. Flordelis Marco - DIRECTOR A.P. SECTOR III
Dra. M. Goldaracena Tanco - INSPECCIÓN FARMACÉUTICA
Dr. A. González Pérez - Z.B.S. SADABA
Dra. M. P. Lalana Josa - PEDIATRA Z.B.S. BORJA
Dra. M^a J. Lallana Alvarez. - FARMACIA A.P. SECTOR III
Dr. J. Mozota Duarte – URGENCIAS H.C.U.
Dra. M. A. Sagredo Samanes - S^o FARMACIA H.C.U.
Dr. J. I. Torrente Garrido – Z.B.S. DELICIAS NORTE

**REVISION: COMISIÓN DE INFECCIONES Y POLÍTICA
ANTIBIÓTICA**

Dr. C. Aibar Remón - S^o MEDICINA PREVENTIVA
Dra. L. Asensio Asensio - Z.B.S. DELICIAS SUR
Dr. G. Casañal Quintana – Z.B.S. MORATA DE JALÓN
Dr. F.J. Castillo García - S^o MICROBIOLOGIA
Dra. E. Durán Sánchez - S^o MICROBIOLOGIA
D^a. R. Escartín Buisán - S^o MICROBIOLOGIA
D^a. M. Félix Martín - S^o MEDICINA PREVENTIVA
Dra. B. Jiménez Bartolomé - S^o MEDICINA INTENSIVA
Dra. M^a J. Lallana Álvarez – S^o FARMACIA A.P. SECTOR III
Dr. J. M. Lasierra Sanromán – S^o TRAUMATOLOGIA
Dr. S. Letona Carbajo - S^o INFECCIOSOS
Dr. M. Mateo Arrizabalaga – S^o FARMACOLOGÍA CLÍNICA
Dra. A. Sagredo Samanes - S^o FARMACIA H.C.U.
Dr. J.C. Salinas Payer - S^o CIRUGIA