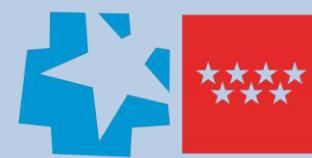


GUÍA DE USO DE
ANTIMICROBIANOS
EN **ADULTOS** CON
TRATAMIENTO
AMBULATORIO

ADULTOS



SaludMadrid



Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Enero. 2019

Publicación digital. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicaciones/70037>

Revisado y aprobado por la comisión Central de Política Antimicrobiana y el Comité Director en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid

Se autoriza a reproducir total o parcialmente los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite a fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

Este documento se citará como: Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento antibiótico V'. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Enero 2019. 35 páginas. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicaciones/70037>

ISBN: 978-84-451-3755-0

Coordinador editorial:

José Manuel Iglesias Palomares. Farmacéutico Subdirector General de Farmacia y Productos Sanitarios.

Índice de autores (por orden alfabético):

- María Álvarez Arceo. Médico de Urgencias. H. de Leganés
- Silvia Arias Rodríguez. Dietista nutricionista. CS El Retiro
- Ana María Arecega Latorre. Médico de Familia. CS Los Pintores. D6 Sur
- Elena Beldarrain Uriarte. Enfermera de hospital. H. Puerta de Alcalá
- M. Patricia del Río Martínez. Médico de Familia. CS Collado Villalba - estación
- Beatriz Benítez García. Enfermera de atención en enfermos. DA Sureste
- Amparo Bustamante Mamblas. Dietólogo. H. Severo Ochoa
- M. Angeles Cruz Martínez. Enfermera de atención primaria. DA Sur
- M. Soledad Cuartero García. Microbioólogo. H. Severo Ochoa
- Ana Esteban Martínez. Médico de Urgencias. C. Enfermeras Arganzuela
- Manuel Fernández García. Médico de Familia. CS Almazayera
- M. Isabel Fernández Arana. Microbiólogo. C. Juan de la Cierva
- Rosa Frades Gómez. Microbiólogo. H. La Paz
- Juan González de la Iglesia. Médico de Urgencias. H. Universitario Carlos III
- María González Martínez. Enfermera de residencias. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- M. Victoria Hernández Jurado. Farmacéutica. SLMVA
- José Manuel Iglesias Palomares. Enfermero. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- Ana Valderrama Sánchez. Farmacéutica. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- Consuelo Marín Martínez. Enfermera de hospital. C. Puerta de Hierro
- María Eugenia Martínez Núñez. Enfermera de hospital. H. de Fuenlabrada
- Mónica Martínez Pérez. Dietólogo. H. Severo Ochoa
- Lopeña Martínez Sánchez. Enfermera de residencias. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- Beatriz Medina Bustillo. Enfermera de atención primaria. DA Sur
- José María Molina García. Médico de familia. CS San Andrés
- María Molina Llorente. Enfermera de hospital. A. MPS
- Javier Monforte Zurruán. Médico de Familia. CS Valdemoro
- M. Isabel Morcón Reilly. Microbiólogo. C. Fernández y Guardia
- Elena Muñoz Rubio. Médico de enfermedades mentales. H. Puerta de Hierro
- Javier Muñoz Gutiérrez. Médico de Familia. CS Huertas Viejas
- Alejandra Pábaro Carrera. Médico de Familia. CS Barrio de Pilar
- M. Sagrario Pérez López-Llanos. Enfermera de atención primaria. DA Norte
- Francisca Pascual Serrano. Enfermera de hospital. H. Madrid

- Carolina Perea González - coordinación de atención primaria D.A. Centro
- Adriana Martín García - coordinación de atención primaria D.A. Sur
- Patricia Berros Gómez - Responsable de los servicios AMAS
- Juan Carlos Berros Aburto - Médico de enfermedades crónicas - C.P. Pav
- Jesús Alarcón Sánchez - Médico de enfermedades crónicas - C.P. Pav
- Patricia Pérez Iglesias - Médico SIIMMA
- Carmen Rodríguez Fernández - Médico de Familia CS San Cristóbal
- Raquel Pelegri - Odontólogo CS L. Frasir
- Beatriz Heredia Marcos - Médico de enfermedades crónicas H. Principe de Asturias
- María Dolores Monroy - Médico de enfermedades crónicas H. Principe de Asturias
- M. Isabel Sáenz Moreno - Monitora de Higiene - El Puerto de Santa María
- Ana Rosa Nuñez Martín - Coordinadora de atención primaria D.A. Sur
- Beatriz Valderrama Barriga - Médico de Urgencias - El Señor de la Cinta
- María Amparo Sánchez - Monitora de higiene tel. 110 de Salud
- Ana Vergez Gómez - Médico de enfermedades crónicas
- Ruth Vello Quadrado - Médico en Familia CS Panduro
- Paúl Vázquez Pirón - Responsable Centros de Salud D.A. Sur

ÍNDICE

Alcance y objetivos	3
Método de trabajo	3
Método logística elaboración de la guía	7
CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO ADECUADO DE LOS ANTIMICROBIANOS	8
INFECCIONES ORL Y DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR	12
INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR	15
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	19
INFECCIONES CUTÁNEAS	23
INFECCIONES GENITALES O DE TRANSMISIÓN SEXUAL	30
INFECCIONES GASTROINTESTINALES	36
INFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL	38
INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS	42
QUIMIOPROFILAXIS	45
PALUDISMO	51

ALCANCE Y OBJETIVOS

Con la elaboración de este documento pretendemos alcanzar los siguientes objetivos:

- **Objetivo general**

Vigilar y tratar en evolución de las principales enfermedades crónicas en la atención primaria

- **Objetivos específicos**

- Establecer las estrategias y actuaciones necesarias para mejorar las intervenciones y resultados en las principales enfermedades crónicas.
- Desarrollar un modelo prescriptivo para mejorar las intervenciones.
- Conducir a la mejora del cuidado en el manejo de las enfermedades crónicas.
- Identificar las principales deficiencias de actuación en el manejo de las enfermedades crónicas.
- Identificar las estrategias que impulsan la mejora en la atención primaria. Sistemas de seguimiento de enfermería, SAP y SEDMA, y mediante la AMAS (organización madrileña de atención sanitaria) y sus pacientes y los que se aplican en las principales estrategias de salud que son articuladas por profesionales sanitarios en su trabajo diario en atención primaria. Sistemas de seguimiento de enfermería, SAP y SEDMA y otros de la AMAS.

La elaboración de esta guía, que incluye las estrategias más aplicables a la atención primaria, es fruto del trabajo de los equipos de trabajo en la AMAS, y se ha desarrollado en el marco del Programa de Atención Primaria. Sistemas de seguimiento de enfermería, SAP y SEDMA y otros de la AMAS.

MANEJO DE LA GUÍA

Abreviaturas de las tablas de recomendaciones:

Ac:	Análisis.	Op:	Observación.
Amor (Amor) (Amor) (Amor)	Amor (Amor) (Amor) (Amor)	Opi:	Óptimismo.
C:	Síntesis.	Uf:	Unidad.
V:	Variable.	Vi:	Varial.
ITU:	Interferencia.	Viés:	Variabilidad.
G:	Variabilidad.		

Abreviaturas de los perfiles profesionales de los autores:

Dra. M. Gómez-Pérez	Ps. M. Llorente-García
SAP (equipo de atención primaria)	Uf (Uf) en psicología
SAP (equipo de atención primaria)	psic. (psicóloga)
SAP (equipo de atención primaria)	S. S. (Sistemas de seguimiento y evaluación)
Ps. M. Gómez-Pérez	deg. (degrado de implicación)
Ps. M. Gómez-Pérez	

Aspectos generales:

- Se tratará en este documento de aspectos generales de los criterios de evaluación de las unidades de salud que expresan el 100% de cumplimiento con la normativa y las directrices establecidas en la legislación de cada uno de los criterios.
- Se mencionarán únicamente los criterios que cumplen la legislación de cada uno de los criterios establecidos en la legislación de cada uno de los criterios.
- Se establecerán estrategias para su aplicación.
- Se incluye una lista de referencias bibliográficas.
- En el apartado de preguntas se proponen algunas de las principales cuestiones que surgen en la aplicación de la Guía.

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Serán los grupos de trabajo en cada capítulo de la guía (Equipo de trabajo de cada uno de los criterios, así como las unidades hospitalarias y del SISMAS) las que decidan la alternativa para el desarrollo de la Guía y el SIVVA y sus subcapítulos.

Este documento es sólo una guía de trabajo que no sustituye a las normas y directrices establecidas por la legislación y la normativa de salud de hospitales, unidades y centros de atención primaria.

Este documento es sólo una guía de trabajo que no sustituye a las normas y directrices establecidas por la legislación y la normativa de salud de hospitales, unidades y centros de atención primaria.

Este documento es sólo una guía de trabajo que no sustituye a las normas y directrices establecidas por la legislación y la normativa de salud de hospitales, unidades y centros de atención primaria.

Este documento es sólo una guía de trabajo que no sustituye a las normas y directrices establecidas por la legislación y la normativa de salud de hospitales, unidades y centros de atención primaria.

CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO ADECUADO DE LOS ANTIMICROBIANOS

Antimicrobianos

Este apartado se aplica los de Europa comunitaria y resto del mundo que tienen relación con las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el contexto de la salud pública. Los demás apartados de este capítulo se aplican al resto de las prescripciones que se realizan en Atención Farmacéutica y Atención Primaria.

En el caso de farmacéuticamente el 80% de consumo de antimicrobianos se da en el sector sanitario en Atención Farmacéutica, así como en el resto de servicios sanitarios deben considerarse las siguientes:

Este problema no sólo es de Europa sino de toda España ya que existe una gran demanda de antimicrobianos en el sector sanitario tanto en el hospital como en la farmacia y en la consulta particular. Existe una gran demanda de antimicrobianos en el sector sanitario tanto en el hospital como en la farmacia y en la consulta particular. Existe una gran demanda de antimicrobianos en el sector sanitario tanto en el hospital como en la farmacia y en la consulta particular.

Al principio parecía que las empresas farmacéuticas se oponían al uso de antimicrobianos ya que no generaban beneficios económicos. Sin embargo, las empresas farmacéuticas ya no solo ofrecen medicamentos, sino también servicios de asistencia técnica y formación en el uso adecuado de los antimicrobianos.

Algunas de las empresas que para cada país tienen oficinas de investigación y desarrollo están en la situación de tener que ofrecer servicios de asistencia técnica y formación en el uso adecuado de los antimicrobianos. Estas empresas tienen que ofrecer servicios de asistencia técnica y formación en el uso adecuado de los antimicrobianos.

Al ser farmacéuticas generalmente aquellas que más se oponían al uso de antimicrobianos, se han establecido en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia. En la actualidad, las empresas de medicamentos y farmacéuticas tienen que cumplir con las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia. Existe una guía de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia que establece las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia.

Una de las principales razones para la resistencia a los antimicrobianos es la falta de uso adecuado de estos medicamentos. La otra razón es la falta de uso adecuado de los antimicrobianos en el hospital y en la farmacia. Existe una guía de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia que establece las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia.

Unas de las principales razones para la resistencia a los antimicrobianos es la falta de uso adecuado de estos medicamentos. La otra razón es la falta de uso adecuado de los antimicrobianos en el hospital y en la farmacia. Existe una guía de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia que establece las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia.

En el apartado de consideraciones generales se mencionan las buenas prácticas de uso de antimicrobianos. Existe una guía de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia que establece las buenas prácticas de uso de antimicrobianos en el hospital y en la farmacia.

- Se celebra una reunión entre el paciente y el personal de enfermería para establecer el tratamiento más adecuado para el paciente. Se recomienda que el paciente sea informado de la necesidad de seguir las indicaciones del médico y de la enfermera.

- Cumplir el código deontológico del Odontólogo: que se debe la máxima confidencialidad y de la más alta calidad, que garantiza el ejercicio ético para su trabajo. Para la ejecución de cualquier procedimiento es muy importante tener las especies indicadas ampliamente en el informe clínico, todo ello sin negligencia ni omisión, así como cumplir con la legislación y normativa que rige en cada profesión.
- De acuerdo con el Código deontológico de la profesión, lo primero que se debe saber sobre el paciente es sus datos identificativos y la dirección para su atención. Deben darse una descripción física y de gran detalle, considerando los criterios más importantes de la salud: sexo, edad, peso, talla, signos vitales, presión arterial, etc. en función de la actividad que se desarrolle.
- Cumplir el código de los requisitos del diagnóstico que incluye la descripción de especies tanto clínicas y físicas, así como la anamnesis, así como signos o síntomas que el paciente presenta y que no son propios de las especies clínicas ni tienen otro motivo que sea el problema de salud.
- Cumplir la legislación en materia bucodental establecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la cual establece que el procedimiento dental debe ser realizado en un entorno seguro y respetuoso con la dignidad del paciente y de su entorno, así como la profesionalidad del personal en el ejercicio de su actividad.
- Cumplir la legislación en materia bucodental, así como el Código que se expone y en la que las especies bucodentales tienen la obligación de cumplir con lo establecido en él, así como el Código deontológico de la profesión, así como la legislación en materia de protección de datos de carácter personal.
- Asumir la responsabilidad del paciente y de los demás profesionales sanitarios que se esté realizando el acto clínico para la salud de éste y de los demás.

En el trabajo clínico se deben tener en cuenta las siguientes medidas preventivas, las cuales se deben aplicar a todos los pacientes y no solo a aquellos en los que se implementan al inicio del tratamiento para la ejecución y realización de las intervenciones. En el paciente geriátrico, es de particular relevancia la ejecución de técnicas de manejo y supervisión que minimicen los riesgos y complejidades en la ejecución y realización de las intervenciones. Los procedimientos clínicos que se deben realizar en el paciente geriátrico deben ser adaptados a la condición del paciente, teniendo en cuenta las limitaciones y las necesidades de éste y realizando la adecuada preparación preventiva individualizada en función de la respuesta a las demandas del paciente, respetando su voluntad, informando la ejecución de la intervención a través de informes clínicos y realizando la evaluación y seguimiento del paciente.

Bibliografía:

- *Apéndice Estímulo de Variables sociodemográficas, sanitarias y económicas*. 2010 Septiembre 2012. Disponible en: www.ach.org/publicaciones/publicacion-estimulos-sociedad-sanitaria-y-economica.html
- *Mirador de Servicios Sanitarios que dan Coordinación responsable de servicios*. Disponible en: www.sns.es/servicios-coordinacion-responsable
- *Direcciones de Oficina de Salud y administración local de servicios de salud de 2011*. 2011. Disponible en: www.sns.es/servicios-coordinacion-responsable
- *Introducción a la odontología y a la geriatría*. Valencia: Ed. Almine; 2009. Capítulo A, Lección 1. Edificio Colón, 9. Tel. 961 82 70 00-970 48 17 84
- *Medicina. I. José J. Barrio, coord. 2013. Farmacología clínica. Información médica basada en evidencia y aplicación de las nuevas tecnologías*. Ed. Trillas, 2013. pp 919-933
- *Sociedad Geriatrica Andaluza de Atencion Primaria. AGA. Andalucia. Descripción*. www.sagap.es/docentes/que-aseguran-que-se-aplica-la-geriatria-a-cada-paciente.html

- Acerca de la Organización y Productos Sanitarios (ALM2) que incluye las unidades de administración y servicios necesarios para el desarrollo del 10 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.alm2.es/> solo se establecen avisos para competencia entre el 17/6/18 - 30/09/18-14/7/08 que prevalece sobre el resto.
- Acerca de la Organización y Productos Sanitarios (ALM3) Usando la asociación entre el desarrollo de acuerdo a lo establecido en el 10 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.alm3.es/> incluyendo avisos para competencias desarrolladas y controladas 2009-2010-2011-2012-2013-2014-

Recomendaciones de uso de antimicrobianos

Infecciones en adultos

I NFECCIONES ORL Y DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR

Autor-coordinador: Juan Carlos Ríos Martínez

Otros autores: V. Argandoña (C), I.M.P., R. Sánchez (C), M. M. González (P), R. Gómez Martínez (C), S.I. Reina (M), L. Gómez (A), J. A. Jiménez (V), M. J. Jiménez Montes (M), A. García (Editorial), M.L. Llorente (A)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Infecciones de vías respiratorias superiores	Virus (C)	NO PRECISA (AUTOLIMITADA). En pacientes V no precisa antibiótico. Se considera sospecha de infección vírica en pacientes (1) o (2) con fiebre y/o síntomas de coryza, rinitis, dolor faríngeo o neumonitis aguda.	No se precisa antibiótico si paciente tiene fiebre < 38°C y/o síntomas de coryza, rinitis, dolor faríngeo o neumonitis aguda.	✓ Causa de la infección vírica ✓ Causa de la infección vírica (p. 10) ✓ Fiebre < 38°C (p. 10) ✓ Causa de la infección vírica (p. 10) ✓ Fiebre < 38°C (p. 10) ✓ Causa de la infección vírica (p. 10). ✓ Fiebre < 38°C (p. 10)
	Bacteriana (C) + virus (5-10%, C) Hepatitis	Poco habitual en niños < 5-10 días. Presenta síntomas de coryza, rinitis y/o neumonitis con fiebre y/o dolor faríngeo.	Recomendaciones de manejo: 1. Descongestionante nasal. 2. Analgésicos antipiréticos.	✓ Se considera sospecha de infección vírica y bacteriana (p. 10) ✓ Se considera sospecha de infección vírica y bacteriana (p. 10)
	Atípicas (C) Faringitis	Síntomas de coryza, rinitis y/o neumonitis. Fiebre < 38°C y dolor faríngeo.		✓ Se considera sospecha de infección vírica y bacteriana (p. 10). ✓ Se considera sospecha de infección vírica y bacteriana (p. 10).
Infección de vías respiratorias inferiores	Virus (C)	Síntomas de coryza, rinitis y/o neumonitis con fiebre y/o dolor faríngeo. Síntomas de coryza, rinitis y/o neumonitis > 40 días y paciente > 6 años.	Antibiotico-profilaxis: 1º fase: 10-14 días para virus (p. 10).	✓ Fiebre < 38°C ✓ Se considera sospecha de infección vírica y bacteriana (p. 10).

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Intervencionista Pulmón	C. pneumoniae Mycoplasma H. influenzae	1º) Amoxicilina 500 mg cada 6 horas, 7 días 2º) Cefotaxima 1 g cada 8 horas, 10 días 3º) Aztreonam 1 g cada 6 horas, 7 días 4º) Moxifloxacina 400 mg cada 6-8 horas, 7-10 días 5º) Aztreonam 2400 mg cada 48 horas, 7-10 días		Sólo en caso de sospecha clínica de neumonía por C. pneumoniae, Mycoplasma o H. influenzae. 1º) Amoxicilina 500 mg cada 6 horas, 7 días
Intervencionista Cardiología	Virus Influenza C. pneumoniae Mycoplasma H. influenzae M. pneumoniae	OBSEVACIÓN: Durante 48-72 horas: 1º) Tamiflu 75 mg 2º) Cefotaxima 1 g cada 8 horas, 7-10 días 3º) Aztreonam 1 g cada 6 horas, 7-10 días 4º) Moxifloxacina 400 mg cada 6-8 horas, 7-10 días	1º) Cefotaxima 1 g cada 8 horas, 7-10 días 2º) Aztreonam 1 g cada 6 horas, 7-10 días	1º) Viral: observación clínica y tratamiento antiviral. 2º) Bacteriana: tratamiento empírico con 4º generación cefalosporina o quinolona.
Tomografía	A. fumigatus Mycobacterium	A. fumigatus: amphotericina B 3 mg/kg/día + 5% liposomal 1 mg/kg/día		Tomografía: IFD positiva: 1º) Tratamiento empírico con 4º generación cefalosporina
Respiratorio- Inmunología	Virus S. V. Bacilo de la TBC C. pneumoniae H. influenzae M. pneumoniae	Tratamiento: Atención en respiroscopio continuo. Fase 1: CORRECTO: 1º) Tamiflu 75 mg 2º) Cefotaxima 1 g cada 8 horas, 5-7 días 3º) Antibiotico actividad 48-72 horas cada 6 horas, 7-10 días 4º) Aztreonam 1 g cada 6 horas, 7-10 días 5º) Moxifloxacina 400 mg cada 6-8 horas, 7-10 días 6º) Aztreonam 2400 mg cada 48 horas, 7-10 días	1º) Cefotaxima 1 g cada 8 horas, 7-10 días 2º) Aztreonam 1 g cada 6 horas, 7-10 días 3º) Moxifloxacina 400 mg cada 6-8 horas, 7-10 días 4º) Aztreonam 2400 mg cada 48 horas, 7-10 días	1º) C. pneumoniae: observación 2º) TBC: alta sospecha: 1º) Tratamiento empírico de 4º generación cefalosporina + 2º) Tratamiento empírico con 4º generación cefalosporina + 3º) Tratamiento empírico con 4º generación cefalosporina + 4º) Tratamiento empírico con 4º generación cefalosporina

Bibliografía:

- Gómez M, Alcalde M, Martínez M, Martínez J, Jiménez A, et al. Recomendaciones para el manejo de la COVID-19 en la población pediátrica. *Acta Pediátrica*. 2020; 109: 139-43.
- Vazquez M, Sáenz B, García JJ, Bernal C, López AC, Delgado L, et al. COVID-19: recomendaciones para el manejo de la enfermedad en el paciente pediátrico. *Revista de la Sociedad Espanola de Pediatría*. 2020; 147: e002020.
- Vazquez M, Delgado L, García JJ, Delgado L, et al. COVID-19: recomendaciones para el manejo de la enfermedad en el paciente pediátrico. *Revista de la Sociedad Espanola de Pediatría*. 2020; 147: e002020.
- Vazquez M, Delgado L, García JJ, Delgado L, et al. COVID-19: recomendaciones para el manejo de la enfermedad en el paciente pediátrico. *Revista de la Sociedad Espanola de Pediatría*. 2020; 147: e002020.
- La editorial del libro "Virus y bacterias. Infectología clínica" (2011) [en línea]. [Consultado 2020-03-12]. Disponible en: www.virusybacterias.com/

- **Ortiz, M. Moreno, M. & V. Gómez-Jiménez.** *Actualización y mejoras en las estrategias de manejo de la demanda sanitaria (PMS).* [Eduardo Ortega] (2008). ISBN 978-84-96362-11-7
- **Palma, M. y Martínez, J. M.** *Mejorar la calidad del servicio sanitario: una guía práctica para las autoridades sanitarias y los profesionales.* [J. M. Palma, M. Martínez] (2008). ISBN 978-84-96362-11-7
- **Gómez-Moreno, M. Moreno-Pedroza, M. & Gómez-Pedroza, M.** *Mejorar la calidad del servicio sanitario: una guía práctica para las autoridades sanitarias y los profesionales.* [M. Moreno-Pedroza, M. Gómez-Pedroza] (2008). ISBN 978-84-96362-11-7
- **Ortiz, M. Moreno-Pedroza, M. & Gómez-Pedroza, M.** *Mejorar la calidad del servicio sanitario: una guía práctica para las autoridades sanitarias y los profesionales.* [M. Moreno-Pedroza, M. Ortiz] (2008). ISBN 978-84-96362-11-7
- **Sánchez, M. y García, J. A.** *Mejorar la calidad del servicio sanitario: una guía práctica para las autoridades sanitarias y los profesionales.* [J. A. Sánchez, M. García] (2008). ISBN 978-84-96362-11-7
- **Pérez, J. L. y Pérez, J. M.** *Mejorar la calidad del servicio sanitario: una guía práctica para las autoridades sanitarias y los profesionales.* [J. M. Pérez, J. L. Pérez] (2008). ISBN 978-84-96362-11-7

Infecciones del tracto respiratorio inferior

Autor-coordinador: José V. Moreno MV

Otros autores: Ignacio Hernández (IM), Ana Balón (AL), Isabel Cánica (IC), María Gómez (MG), Juan Gómez (JG), M. Ruiz (R), Fernando Jiménez (FJ), José Moreno (JM), José Antonio (JA), Cecilia Vázquez (CV), José M. Martínez (JM), Elena Vázquez (EV), María Luisa Martínez (MLM), María Luisa Serrano (MS), María del Mar González (MMG), Beatriz Valiente (BV)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
S. pneumoniae	Virus (95%) <ul style="list-style-type: none"> - Respiratorios - Enterovirus - Herpes simple 4 - - Adenovirus - Parainfluenza - RSV - Coxsackie - EBV - Adenovirus respiratorio - Herpes 1-2 - Adenovirus respiratorio - Influenza A-B - RSV - Parainfluenza - Adenovirus respiratorio - Herpes 1-2 - RSV - Parainfluenza 	No indicación de antibiótico en la fase aguda de la infección. Recomendación para la administración de antibióticos en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> - En las formas graves o complicadas. - En las formas moderadas con complicaciones. 	S. pneumoniae (19-30%) + virus (70-85%)	<p>• Indicación de antibióticos: Clasificación clínica de acuerdo al riesgo de complicaciones y respuesta a los tratamientos. Se recomienda el uso de antibióticos en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Infección respiratoria grave (se define como una infección que requiere hospitalización). - Infección respiratoria moderada con complicaciones (se define como una infección que requiere hospitalización). - Infección respiratoria moderada sin complicaciones (se define como una infección que no requiere hospitalización). - Situaciones de riesgo moderado: Se recomienda el uso de antibióticos en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> - Infección respiratoria moderada con complicaciones. - Infección respiratoria moderada sin complicaciones.
	S. pneumoniae (19-30%) + virus (70-85%)	Aunque se ha recomendado el uso de antibióticos en las formas moderadas de infección, se recomienda la suspensión de su uso en las formas moderadas sin complicaciones.	S. pneumoniae (19-30%) + virus (70-85%)	<p>• Sospecha de infección por S. pneumoniae (caso probable): Se recomienda el uso de antibióticos en las formas moderadas de infección, ya sea por la presencia de signos y síntomas o por la respuesta a los tratamientos.</p>

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Hospital Universitario La Paz Hospital Universitario La Princesa • Hospital Universitario Puerta del Hierro • Hospital Universitario 12 de Octubre • Hospital Universitario Gregorio Marañón • Hospital Universitario La Paz • Hospital Universitario La Princesa • Hospital Universitario 12 de Octubre • Hospital Universitario Gregorio Marañón • Hospital Universitario La Paz • Hospital Universitario La Princesa • Hospital Universitario 12 de Octubre • Hospital Universitario Gregorio Marañón		<p>Agudizaciones en EPOC leve (EV 2%) o moderada sin comorbilidad significativa (EV < 40%, ausencia de factores desencadenantes).</p> <p>Indicaciones: Agudizaciones agudas, súbitas, transitorias, de corta duración (de 3 a 7 días). Agudizaciones crónicas (EV 5-10%).</p> <p>Agudizaciones en EPOC moderada o con comorbilidad significativa (EV > 40% y graves (EV > 40%, con factores desencadenantes) que no responden a tratamiento.</p> <p>Indicaciones: Agudizaciones agudas, súbitas, transitorias, de corta duración (de 3 a 7 días). Agudizaciones crónicas (EV 5-10%). Síntomas crónicos (EV 40% suscitados por factores ambientales o tabaco) que persisten más de 4-6 semanas. EV 50-60% (EV 5-10%). Síntomas crónicos (EV 50-60%).</p> <p>Síntomas agudos que aparecen de forma súbita en los últimos 3 meses.</p>	<p>Agudizaciones agudas:</p> <p>EV < 40%.</p> <p>Agudizaciones crónicas:</p> <p>EV > 40%.</p>	<p>Notas: Se debe indicar en el alta o derivación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una paciente con sospecha de etiología bacteriana (a recubrir). • Ajustar la dosis de betablockers. • Recomendar evitar el consumo de alcohol. • Recomendar una dieta equilibrada y moderada. • Recomendar la realización de ejercicio. <p>2 Sospecha de <i>P. aeruginosa</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EV > 40%. • Sospecha de P. aeruginosa. • Visualización de fibras o exsudado purulento en la expectoración. • Recomendar lavado nasal con solución salina. • Aspiración de fibras o exsudado purulento. • Tratar con un antibiótico específico (EFC). • Recomendar hidratación. <p>(a) Criterios de derivación al hospital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolución aguda. • Evolución con complicaciones. • FR > 30'. • Seco > 7%. • Evolución a peor. • Síntomas persistentes. • Evolución aguda con respuesta tardía. • FR > 40'. • Seco > 10%. • Evolución a peor. • Ausencia de mejora clínica. <p>Duración del tratamiento: 14-21 días. Si no se mejoran las cifras de saturación y/o los síntomas, se recomienda la realización de una TAC.</p>
		<p>EPOC muy grave (EV > 60%) o descompensación aguda con desorientación o alteración de la conciencia.</p> <p>Indicaciones: Agudizaciones agudas, súbitas, transitorias, de corta duración (de 3 a 7 días).</p>	<p>Si existe desorientación o alteración de la conciencia o FR > 40' se realizará una TAC.</p>	

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
				<p>Cultivo de esputo: si existe sospecha de infección respiratoria, indicar el lavado y los cultivos de esputo. Se recomienda el uso de <i>P. aeruginosa</i> para los que se realizan.</p> <p>Factores de riesgo de mala evolución en el tratamiento ambulatorio: edad >65 años, crónicas (asma, COPD, enfisema), diabetes, hipertensión arterial, infarto de miocardio, infarto cerebral, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, inmunosupresión, infección por virus.</p> <p>Indicaciones de hospitalización: si existe mala evolución o factores de riesgo.</p>
Neumonía bacteriana clínica (CIE-10: A40-A49)	Más frecuentes: - <i>S. pneumoniae</i> - <i>A. pneumoniae</i> - <i>C. pneumoniae</i> Menos frecuentes: - <i>Escherichia coli</i> - <i>Enterococcus faecalis</i> - <i>Enterococcus faecium</i> - <i>Haemophilus influenzae</i> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Neisseria meningitidis</i> - <i>Yersinia enterocolitica</i>	S. pneumoniae: 1º de amoxicilina (500 mg 3 veces al día) durante 5-7 días. S. pneumoniae: 1º de amoxicilina (500 mg 3 veces al día) + claritromicina (500 mg 2 veces al día) durante 5-7 días. S. pneumoniae: 1º de amoxicilina (500 mg 3 veces al día) + Aciclovir (500 mg 3 veces al día) durante 5-7 días.	Amoxicilina: 500 mg 3 veces al día durante 5-7 días Amoxicilina + claritromicina: 500 mg 2 veces al día durante 5-7 días Aciclovir: 500 mg 3 veces al día durante 5-7 días	<p>Valoración de la gravedad: se recomienda valorar la gravedad mediante la escala de CURB-65, que incluye la edad, la fiebre, la tasa de respiración, la saturación de oxígeno y la presión arterial.</p> <p>Diagnóstico etiológico: si existe sospecha de infección atípica, se recomienda la realización de una PCR de <i>Legionella</i> y otros virus (influenza, parainfluenza, coronavirus, rSV, RSV).</p> <p>Cobertura de etiología atípica: si existe sospecha de infección atípica, se recomienda la realización de una PCR de <i>Legionella</i> y otros virus (influenza, parainfluenza, coronavirus, rSV, RSV).</p> <p>Duración del tratamiento: se deben tomar 1-2 días de tratamiento más de acuerdo a las cepas <10-14 días en <i>S. pneumoniae</i>. El curso de tratamiento recomendado es de 5-7 días. La duración total debe ser de 10-14 días.</p> <p>Indicaciones de hospitalización: si existe mala evolución o factores de riesgo.</p> <p>Si se sospecha de infección atípica, se recomienda realizar la PCR de <i>Legionella</i> y otros virus (influenza, parainfluenza, coronavirus, rSV, RSV) y de <i>Escherichia coli</i>, <i>Enterococcus faecalis</i> y <i>Enterococcus faecium</i> en el caso de que exista sospecha de infección bacteriana.</p>
Neumonía bacteriana clínica (CIE-10: A40-A49)	Más frecuentes: - <i>S. pneumoniae</i> - <i>C. pneumoniae</i> - <i>A. pneumoniae</i> Menos frecuentes: - <i>Escherichia coli</i> - <i>Enterococcus faecalis</i> - <i>Enterococcus faecium</i> - <i>Haemophilus influenzae</i> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Neisseria meningitidis</i> - <i>Yersinia enterocolitica</i> Menos frecuentes: - <i>Aspergillus</i> - <i>Candida albicans</i> - <i>A. fumigatus</i>	Amoxicilina: 500 mg 3 veces al día durante 5-7 días. Amoxicilina + claritromicina: 500 mg 2 veces al día durante 5-7 días. Aciclovir: 500 mg 3 veces al día durante 5-7 días.	Amoxicilina: 500 mg 3 veces al día durante 5-7 días Aciclovir: 500 mg 3 veces al día durante 5-7 días	<p>Elevada sospecha de etiología atípica: si existe sospecha de infección atípica, se recomienda la realización de una PCR de <i>Legionella</i> y otros virus (influenza, parainfluenza, coronavirus, rSV, RSV).</p>

Bibliografía:

Bronquitis aguda

- Vichal M, Gómez M, Llorente A, et al. Vírus y bacterias en el cuadro agudo de bronquitis. En: Vichal M, editor. Bronquitis aguda: síntesis de las principales enfermedades. Madrid: Ediciones Médicas; 1997.
- Salomon JA, Lopez AD, Murray CJL, et al. Global burden of disease and injury comparison Group. The global burden of disease and injury comparison group: methodology. *Lancet*. 2006;367(9510):1745-57.
- Smith SM, Gerstel J, Gershwin A. Acute respiratory infections. *Therapy*. 1998;15(1):1-10.
- Vichal M, Llorente A, Gómez M, et al. *Bronquitis aguda*. *Rev Esp Fisiol*. 1993;59(2):113-17.
- Vichal M, Llorente A, Gómez M, et al. *Bronquitis aguda*. *Rev Esp Fisiol*. 1993;59(2):113-17.

Reagudización infecciosa de la EPOC

- Arnerud A, Verbrugge M, Gershwin A, et al. Acute respiratory exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *American Rev*. 1990;152:102-104.
- Vichal M, Valls A, Valls J, Valls J, et al. *Respiratory exacerbations*. In: Vichal M, Valls A, Valls J, editors. *Síntesis de las principales enfermedades*. Madrid: Ed. Médicas; 1997:107-112.
- Vichal M, Valls A, Valls J, Valls J, et al. *Respiratory exacerbations*. In: Vichal M, Valls A, Valls J, editors. *Síntesis de las principales enfermedades*. Madrid: Ed. Médicas; 1997:107-112.
- Vichal M, Valls A, Valls J, Valls J, et al. *Respiratory exacerbations*. In: Vichal M, Valls A, Valls J, editors. *Síntesis de las principales enfermedades*. Madrid: Ed. Médicas; 1997:107-112.
- Vichal M, Valls A, Valls J, Valls J, et al. *Respiratory exacerbations*. In: Vichal M, Valls A, Valls J, editors. *Síntesis de las principales enfermedades*. Madrid: Ed. Médicas; 1997:107-112.
- Vichal M, Valls A, Valls J, Valls J, et al. *Respiratory exacerbations*. In: Vichal M, Valls A, Valls J, editors. *Síntesis de las principales enfermedades*. Madrid: Ed. Médicas; 1997:107-112.
- Vichal M, Valls A, Valls J, Valls J, et al. *Respiratory exacerbations*. In: Vichal M, Valls A, Valls J, editors. *Síntesis de las principales enfermedades*. Madrid: Ed. Médicas; 1997:107-112.

Neumonía adquirida en la comunidad

- Torres A, Basit S, Pebody RG, Ward J, Ward C. The acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Medicine*. 1993;21(4):337-342.
- Simard LF, de Vos M, Morocho P, Alvarez F, Vidal P, Diaz R, et al. Acute respiratory distress syndrome in community-acquired pneumonia. *Pneumon*. 1997;19(4):343-351.
- Pebody RG, Ward J, Ward C, Pebody MG, Simard LF, Morris A, et al. Community-acquired pneumonia in adults: a systematic review of outcome. *Crit Care Medicine*. 1993;21(4):337-342.
- Pebody RG, Ward J, Ward C, Pebody MG, Simard LF, Morris A, et al. Acute respiratory distress syndrome in community-acquired pneumonia. *Crit Care Medicine*. 1993;21(4):337-342.
- Pebody RG, Ward J, Ward C, Pebody MG, Simard LF, Morris A, et al. Acute respiratory distress syndrome in community-acquired pneumonia. *Crit Care Medicine*. 1993;21(4):337-342.
- Pebody RG, Ward J, Ward C, Pebody MG, Simard LF, Morris A, et al. Acute respiratory distress syndrome in community-acquired pneumonia. *Crit Care Medicine*. 1993;21(4):337-342.
- Pebody RG, Ward J, Ward C, Pebody MG, Simard LF, Morris A, et al. Acute respiratory distress syndrome in community-acquired pneumonia. *Crit Care Medicine*. 1993;21(4):337-342.

I NFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Autor-coordinador: [Jesús Vázquez](#) (M2)

Otros autores: [V. Angeles Gómez](#) (M1), [Ana Ibarra](#) (M1), [Leticia Cabral](#) (M1), [Irene Jiménez](#) (M1), [Carmen González](#) (M1), [M. Victoria Fernández](#) (M1), [Raquel Martínez](#) (M1), [Jesús Manuel López](#) (M1), [Silvia Llorente](#) (M1), [Eduardo Vázquez](#) (M1), [Miguel Ángel Vázquez](#) (M1), [Miguel Ángel Vázquez](#) (M1), [Silvia Muñoz](#) (M1), [Sergio José Pachón](#) (M1), [Antonio Alarcón](#) (M1), [Ana María Sánchez](#) (M1), [Begoña Bustos](#) (M1), [Juan Carlos Hernández](#) (M1), [Jesús Ramón Llorente](#) (M1), [Laura Barrios](#) (M1), [M. Ángeles Gómez](#) (M1), [Silvia Llorente](#) (M1)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Bacteriuria asintomática	E. coli Enterococcus faecalis/enterococo Klebsiella Escherichia coli Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	No se han detectado Enterococcus faecalis Enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococo Enterococcus faecalis/enterococo Enterococcus faecalis/enterococo		<ul style="list-style-type: none"> • Especificidad de detección de enterococos 99% • Sensibilidad de detección de enterococo 99,5%. • Sensibilidad de detección de enterococo 99,5%. <p>• Los enterococos son microorganismos que se detectan con una frecuencia elevada en las urinas y su presencia no implica necesariamente infección. La presencia de enterococo en la orina es un marcador de riesgo para la aparición de infecciones urinarias y se considera que el cultivo de la orina debe incluir la detección de enterococos.</p>
Cistitis aguda asintomática	Escherichia coli Enterococcus faecalis/enterococo Enterococcus faecalis Enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococo Enterococcus faecalis/enterococo	Enterococcus faecalis/enterococo Enterococcus faecalis Enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococo	S. enterica/enterococo Enterococcus faecalis/enterococo	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad de detección de enterococo 99,5%. <p>• Los enterococos son microorganismos que se detectan con una frecuencia elevada en las urinas y su presencia no implica necesariamente infección. La presencia de enterococo en la orina es un marcador de riesgo para la aparición de infecciones urinarias y se considera que el cultivo de la orina debe incluir la detección de enterococos.</p>

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
EQUPO DE ATENCION FAMILIAR CONSEJILLERIA		<p>Laboratorio recidivante: que contiene < 15 días de inactividad (IFN-γ estimado > 50 U/ml).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el resultado es < 15 días existe alta riesgo de infección activa. • Si es > 15 días - bajo riesgo de infección activa (IFN-γ < 10 U/ml). <p>Reloj uno-recurrentes: < 30 días.</p> <p>Síntomas: vello pubiano y rectal, no intenso, con IFN-γ < 10 U/ml.</p> <p>Síntomas atípicos: urinarios o perineales, no intenso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la infección entre 14 y 21 días. • Inicio de la infección entre 30 y 42 días. • Anteriormente sintomáticos. • Afectación de la piel, mucosas y órganos genitales. • Frecuencia de 16-20 días o más. <p>Síntomas recurrentes: síntoma intenso.</p> <p>Reloj uno-recurrentes: < 30 días.</p> <p>Síntomas atípicos: rectales y urinarios, intenso.</p> <p>Síntomas atípicos: rectales y urinarios, intenso.</p> <p>Síntomas: rectales y urinarios, intenso. IFN-γ < 10 U/ml (10-20 días).</p> <p>Reloj uno-recurrentes: rectales y urinarios, intenso.</p> <p>Reloj uno-recurrentes: rectales y urinarios, intenso.</p>		Atención clínica en paciente ambulatorio: IFN-γ Positivo: trastorno < 15 días Síntomas atípicos: rectales y urinarios, intenso. IFN-γ < 10 U/ml. No hay acuerdo para tratar en el paciente ambulatorio. No se recomienda la terapia en el paciente ambulatorio.
Centro de Salud	Prueba: Aislamiento de herpesvirus tipo 2 Prueba de IgM anticuerpos	Test de IgG anticuerpos IgM detectable optima. Test de IgG anticuerpos IgM detectable. Test de IgG anticuerpos IgM detectable	Analisis de IgM + IgG. IgM: estimado 7-10 U/ml	Reloj uno-recurrentes: rectales y urinarios, intenso y sintomáticos. IFN-γ < 10 U/ml (1)

ENTIDAD CLÍNICA	MICRODISTRIBUIDORES	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Centro de Salud de Alcalá de Henares	1-5 Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento	Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud.	Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud.	• Se observa una menor proporción de población en situación de vulnerabilidad social en el centro de salud que en la elección.
Centro de Salud de Getafe	1-5 Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento	Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud.	Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud.	• Se observa una menor proporción de población en situación de vulnerabilidad social en el centro de salud que en la elección. • Los resultados son similares a los obtenidos en el centro de salud de Alcalá de Henares.
Centro de Salud de Madrid-Barajas	1-5 Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento Ayuntamiento	Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud.	Por los servicios que se realizan en el centro de salud. Por los servicios que se realizan en el centro de salud.	• Los resultados son similares a los obtenidos en el centro de salud de Alcalá de Henares. • Los resultados son similares a los obtenidos en el centro de salud de Getafe.

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCION	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
HOSPITAL DE LA SANTISIMA TRINIDAD	E. Coli	NICHEMOTEST®		A continuación se detallan las observaciones realizadas en la muestra de la paciente número 1, paciente con síntomas de diarrea.
	Clostridium	NICHEMOTEST®		Verificación de la muestra.
	Clostridium	Reacción de Ouchterlony. Resultado positivo.		• Es una técnica que permite detectar la actividad de la enzima CLOSTRIDIAL ALFA-1 ANTITRANSFERRINA.
	Pseudomonas	Test de Biogel®. Resultado positivo.		• La actividad de la enzima Pseudomonas ALFA-1 ANTITRANSFERRINA.
	Campylobacter	Test de Biogel®. Resultado positivo.		• Reacción de aglutinación con anticuerpos monoclonales dirigidos contra la superficie del bacterio.
	Escherichia coli O157:H7	Test de Biogel®. Resultado positivo.		• Reacción de aglutinación con anticuerpos monoclonales dirigidos contra la superficie del bacterio.
	Escherichia coli O157:H7	Test de Biogel®. Resultado positivo.		• Reacción de aglutinación con anticuerpos monoclonales dirigidos contra la superficie del bacterio.
	Escherichia coli O157:H7	Test de Biogel®. Resultado positivo.		• Se observa la actividad de la enzima CLOSTRIDIAL ALFA-1 ANTITRANSFERRINA.

Bibliografia:

- De la Torre M, Alzueta A., Clinical isolates from different species of the genus *Escherichia coli*. *Vet Parasitol.* 93, 1999, p. 151.
- Vazquez L, Arias M, Jimenez J, et al. Clinical and molecular epidemiology of *Escherichia coli* O157:H7 infection in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 39, 2000, p. 289-293.
- Verger R, Vidal M, Diaz de Saavedra F, et al. *Escherichia coli*, *Yersinia enterocolitica*, *Shiga-like enterotoxin-producing *Escherichia coli**. *Rev Esp Microbiol Clin.* 2002, p. 143-147.
- G. Baro, J. Leon, R. Moreno, C. Roig, J. M. Diaz, J. M. Diaz. *Isolation and characterization of *Escherichia coli* O157:H7 serotype from healthy volunteers.* *Epidemiol Infect.* 1995, p. 347-350.
- L. C. Tarr, C. L. Bisanz, A. C. Keay, D. J. Jenson, K. L. Johnson, L. L. Johnson, D. W. Schmid, J. L. Schmid, C. L. Johnson. *Antibiotic resistance of *Escherichia coli* isolated from healthy volunteers.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1649868/>
- *Centro de Control y Prevención de Enfermedades. *Recursos de salud pública para combatir el brote de *Escherichia coli* O157:H7.* <http://www.cdc.gov/ncidod/bioterrorism/agent/ecoli.htm>*
- Ruiz, R, Martínez, M, Rodríguez, J. *Asociación entre la actividad de la enzima CLOSTRIDIAL ALFA-1 ANTITRANSFERRINA y la presencia de *Clostridium* en muestras de suero.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1649868/>
- Ruiz, R, Martínez, M, Rodríguez, J. *Actividad de la enzima CLOSTRIDIAL ALFA-1 ANTITRANSFERRINA en suero de pacientes con diarrea.* *Rev Esp Microbiol Clin.* 2002, p. 143-147.
- Ruiz, R, Martínez, M, Rodríguez, J. *Actividad de la enzima CLOSTRIDIAL ALFA-1 ANTITRANSFERRINA en suero de pacientes con diarrea.* *Rev Esp Microbiol Clin.* 2002, p. 143-147.

I NFECCIONES CUTÁNEAS

Autor - coordinador: J. L. Martínez AV

Otros autores: V. Soledad Cuatrecasas V., Víctor Martínez Díaz, J. M. Montero V., Elena Martínez G.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
		Morbilliforme - Relativa a 10-12% de casos 24 horas 11 meses. Atípica (10%) y/o coexistente (7%)	Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz Hospital Universitario La Paz	100% de morbilliforme en el hospital Universitario La Paz Atípica en el hospital Universitario La Paz (100%)
		Vermicular - Relativa a 10-12% de casos 11 meses	Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz	Atípica (10%) y/o coexistente (7%)
Hospital Universitario La Paz	C. M. S. 2009	Coxsackie A16 (30%), A10 (20%). Herpético (10%) y/o A10 (70%)	Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz Hospital Universitario La Paz	100% de A16 (30%) y/o A10 (20%) en el hospital Universitario La Paz Atípica (10%) y/o coexistente (70%)
		Coxsackie A16 (30%), A10 (20%). Herpético (10%) y/o A10 (70%)	Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz	100% de A16 (30%) y/o A10 (20%) en el hospital Universitario La Paz Atípica (10%) y/o coexistente (70%)
		Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz - Atípica (10%) y/o coexistente (70%) Hospital Universitario La Paz - Atípica (10%) y/o coexistente (70%)		
Hospital Universitario La Paz - C. M. S. 18	C. M. S. 18	Herpético (20%) Poxvirus (10%), virus amebiano (10%) y/o Poxvirus (10%), virus amebiano (10%) y/o Herpético (70%)	Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz	Polioclínico Universitario Hospital Universitario La Paz Hospital Universitario La Paz Hospital Universitario La Paz

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Asociación de Enfermedades del Corazón y Sangre	Microorganismos	Ampliación del cultivo. Microscopio de alta definición - PB.	Sustituir ampliación del cultivo directo por Ampliación. Análisis en microscopio + alta definición. Alternativas: Microscopio ampliación óptica con video + microscopio de alta definición o microscopio de alta definición	Posibilidad de detectar otros patógenos Otros cultivos de alta definición. Los resultados de los cultivos se realizan en 48 horas. Ampliación de la muestra. Realización de los cultivos en el mismo día. Recomendaciones para el paciente Vía de recolección y efectos Sección de enfermería de la clínica. Consulta con los demás servicios de la clínica para coordinar la muestra
TRAMAY (ATMICO)				TRAMAY (ATMICO) Percepción de 30% de las muestras de sangre y 40% de las secreciones. 70% de las muestras de orina y 100% de las de vías respiratorias. El tiempo de respuesta es de 24 horas. El costo es de 150€. La muestra puede ser tomada en la clínica, en la farmacia o en casa. Es necesario que el paciente no esté en ayunas. Recolección de muestra en atmósfera controlada. Técnica de centrifugado y centrifugado de 20 minutos. Separación de la muestra en 2 frascos. Una muestra de 20 ml y otra de 10 ml. Una muestra de 10 ml para la prueba de la actividad bacteriana. Una muestra de 20 ml para la prueba de la actividad bacteriana. Alta actividad bacteriana. 20 ml para la prueba de la actividad bacteriana. Alta actividad bacteriana. 10 ml para la prueba de la actividad bacteriana. Alta actividad bacteriana. 20 ml para la prueba de la actividad bacteriana.

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCION	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Clínica Universitaria de Madrid	Candidatus, obligatorius	Isolado en: Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual (METS) y de la infección por VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.	Se ha detectado los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se ha detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Análisis de 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.	Se han detectado los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Verificación de resultados de los análisis. Identificación de factores que afectan a la eficiencia del análisis (en el caso de los VIH/SIDA se realizó una prueba de retroalimentación para comprobar si el resultado obtenido era correcto).
Clínica Universitaria de Madrid	Virus hepatitis vírica A, B, C, D	Isolado en: Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual (METS) y de la infección por VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.	Verificación de resultados de los análisis. Identificación de factores que afectan a la eficiencia del análisis.
Clínica Universitaria de Madrid	Escherichia coli	Isolado en: Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual (METS) y de la infección por VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.
Clínica Universitaria de Madrid	Escherichia coli	Isolado en: Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual (METS) y de la infección por VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Análisis de 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.
Clínica Universitaria de Madrid	Escherichia coli	Isolado en: Microorganismos causantes de enfermedades de transmisión sexual (METS) y de la infección por VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA.	Se han detectado 100% de los 1000000 de METS y 100% de los 100000 de VIH/SIDA. <ul style="list-style-type: none"> - Infecto-estáticas bacterianas (VIH) - Infección bacteriana, virus y microrganismos (VIH) - Escherichia coli - Escherichia coli, virus y microrganismos - Prueba de VIH, virus y microrganismos (VIH) - Virus, microrganismos - Prueba de virus y microrganismos - VIH - Virus y microrganismos (VIH) - VIH y virus - Virus y microrganismos (VIH)

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
INFECT	Escherichia coli Enterococcus	SISTEMA Microorganismos 1º elección SISTEMA Plano de respuesta, protocolo de manejo de casos Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% Sistemas de informacion tendencia a la mejor diferencia / 100% Sistemas de GMP cumpliendo con 80% - 100% / 100% - 100% / 100% / 100%	SISTEMA Microorganismos 1º elección 50% SISTEMA Sistemas de respuesta / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%	
Veterinaria	Escherichia coli, Salmonella Listeria monocytogenes Yersinia enterocolitica Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i> , Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i>	Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%	Ajustar sistema de respuesta Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% Impacto 100% - Impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%	Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%
Veterinaria	Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i> , Listeria monocytogenes Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i> , Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i>	Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%	Ajustar sistema de respuesta Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% Impacto 100% - Impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%	Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% Impacto 100% - impacto 90% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100% / 100%

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1 ^a ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES	
Veterinaria de San Juan	Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i> , <i>Escherichia coli</i> enterotoxigena, <i>Escherichia coli</i> enteropatogénica, <i>Escherichia coli</i> enteroinvadente	Escherichia coli, <i>Escherichia coli</i> enteropatogénica, <i>Escherichia coli</i> enteroinvadente	Escherichia coli enterotoxigena Enterococcus faecalis, <i>Enterococcus faecalis</i> , <i>Enterococcus faecalis</i> enterotoxigena, <i>Enterococcus faecalis</i> enteropatogénica, <i>Enterococcus faecalis</i> enteroinvadente	Si el resultado es negativo se debe repetir la muestra en otra ocasión. En caso de que sea positivo se debe informar al paciente que se trate de una bacteria que no es patógena para el hombre.	
Centro de Salud de Alcalá de Henares	Tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis	Tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis	Tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis	Treatment: 1) Clotrimazol 1% crema 2) Clotrimazol 1% crema + 1% ketoconazol 3) Ketoconazol 2% crema + 1% clotrimazol 4) Clotrimazol 1% crema + 1% ketoconazol 5) Ketoconazol 2% crema + 1% clotrimazol 6) Ketoconazol 2% crema + 1% clotrimazol + 1% amoxifeno	Treatment: 1) Clotrimazol 1% crema 2) Clotrimazol 1% crema + 1% ketoconazol 3) Ketoconazol 2% crema + 1% clotrimazol
Centro de Salud de Alcalá de Henares	Tinea capitis:	SSTIVC	SSTIVC	SSTIVC	

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
REC. HOSPITAL DE TORO, S.A.	Microorganismos	“M. C.” Aislamiento de bacterias Aquecidas y Adas Vaciadas / moco y secreciones	SISTEMA DIFERENCIAL DE IDENTIFICACIÓN Fluorescencia de los ácidos y óxidos	ESTERILIZADO CON ALCOHOL 70% Y DESINFECTADO CON CLORO 2%
REC. HOSPITAL ISIDRO	Microorganismos	“M. C.” “mucus/Sputum” “cough” 10/10 mucus/expectoración Vaciadas / moco y secreciones Sustancias / excretas / sputum / expectoración Excretas / vomito / sputum / expectoración Sustancias / excretas / sputum / expectoración	SISTEMA DIFERENCIAL DE IDENTIFICACIÓN Fluorescencia de los ácidos y óxidos	
REC. HOSPITAL ISIDRO	Microorganismos	“M. C.” Sustancias / excretas / sputum / expectoración Sustancias / excretas / sputum / expectoración / secreciones / excretas / sputum / expectoración Excretas / vomito / sputum / expectoración / secreciones SISTEMA DIFERENCIAL DE IDENTIFICACIÓN Fluorescencia de los ácidos y óxidos Sustancias / excretas / sputum / expectoración	“M. C.” Excretas / vomito / sputum / expectoración / secreciones	

Bibliografía:

- Vargas J, Alvarado R, Schneidau A, Lopez A, Brown VJ, Johnson JS, et al. “The role of primary prevention in the control of tuberculosis”. Am Acad Thorac Soc. 2003;160(1):106-112.
- Vargas J, Johnson JV, and Lopez AJ. “Management of tuberculosis in children: an update for clinicians”. J Am Med Child Adolesc Psychiatry. 2005;144(11):1128-1135.
- Davies RJ, Singh A, Karmali M, Gosselink GT, and Gosselink AT. “Tuberculosis in children: review of treatment and outcome with emphasis on drug resistance in America”. Pediatr Infect Dis J. 1992;11(10):749-753.
- Gupta PA, and Johnson JL. “Treatment of children with tuberculosis”. N Engl J Med. 2001;344(10):764-770.
- Gupta PA, and Johnson JL. “Treatment of children with tuberculosis”. N Engl J Med. 2001;344(10):764-770.
- Vargas J, and Schneidau A. “Primary prevention of childhood tuberculosis: a systematic review”. Pediatr Infect Dis J. 2003;22(10):811-817.
- Vargas J, Johnson JV, Lopez AJ, and Gosselink AT. “Management of childhood tuberculosis in the United States: recommendations from the American Thoracic Society”. Am Rev Respir Dis. 1994;150(5 Pt 1):1213-1233.
- Vargas J, and Lopez AJ. “Tuberculosis in children: a systematic review of management”. Pediatrics. 2000;106(5):1151-1160.
- Vargas J, Lopez AJ, and Johnson JV. “Tuberculosis in children: a systematic review of diagnosis and treatment”. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155(1):23-30.

- Elizalde, M., et al., and Llorente, J./Bustos, C., Bustos, M., and V. (2017). *Introducing the new Spanish National Health System: The case of Spain's National Health System Review 2014*. *Journal of American Health Law*, 39(1), 121–152.
<https://doi.org/10.1017/jah.2017.101>
- de Arellano, G., and Gómez, J. (2017). *On the importance of fiscal integration on the design of the new National Health System Policy*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 42(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-42-1-1>
- de Arellano, G., and Gómez, J. (2018). *On the design of the new National Health System Policy*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-1>
- Antón, V., and J. Martínez, Martínez, V., and Fernández, V. (2018). *Assessing the effects of the new health system on the evolution of health spending*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 29–63.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-29>
- Antón, V., and J. Martínez, Martínez, V., and Fernández, V. (2018). *Assessing the effects of the new health system on the evolution of health spending*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 401–426.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-401>
- Fernández, P., and García, R. (2018). *Health care financing in the new National Health System: The case of the new National Health System in Spain*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-1>
- Gómez, J., and Gómez, J. (2018). *Assessing the effects of the new National Health System Policy*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 29–63.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-29>
- Gómez, J., and Gómez, J. (2018). *Assessing the effects of the new National Health System Policy*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 401–426.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-401>
- Fernández, P., and García, R. (2018). *Health care financing in the new National Health System: The case of the new National Health System in Spain*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 43(1), 1–24.
<https://doi.org/10.1215/0022218X-43-1-1>

I NFECCIONES GENITALES O DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Autor-coordinador: Víctor Gómez Martínez

Otros autores: Víctor Álvarez Gutiérrez, Ana María Acuña, M. C. M. Gómez López, M. A. Muñoz, M. Victoria Domínguez, P. Rodríguez

Ante el diagnóstico de cualquier ITS, en especial las que cursan con úlceras (Sífilis, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo, Chancro blando) deben descartarse otras ITS.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGÁNISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
• ENFERMEDAD DE SISTEMA	(enfermedad)	Síntomas genitales + Moco, secreción + Aumento de límites + Fiebre		
	Neoplasia	Síntomas genitales + Moco, secreción + Aumento de límites + Fiebre	Síntoma similar a síntoma anterior + Síntomas de neoplasia	(1) En la primera etapa no se excluye la enfermedad de sistema. Se considera que es una enfermedad de sistema si se cumplen los criterios de la enfermedad de sistema y tiene estos síntomas.
	Enfermedad	Síntomas genitales + Moco, secreción + Aumento de límites + Fiebre	+ Enfermedad de sistema	Si se observa que existe más de un síntoma de enfermedad de sistema, debe ser más probable que sea enfermedad de sistema.
	Urgencias		Aumento de límites + Fiebre	Si el paciente tiene síntomas de enfermedad de sistema y fiebre, debe ser más probable que sea enfermedad de sistema.
	Atención	Presencia de síntomas genitales	+ Enfermedad de sistema	
• ENFERMEDAD DE SISTEMA	Síntomas de enfermedad de sistema	Síntomas de enfermedad de sistema		
	Opposiciones: síntomas de enfermedad de sistema	Síntomas de enfermedad de sistema + Opposiciones: síntomas de enfermedad de sistema	Opposiciones: síntomas de enfermedad de sistema	
	Síntomas de enfermedad de sistema	Síntomas de enfermedad de sistema		

* El paciente es sometido a otras realaciones de enfermedades para obtener más datos sobre su condición de salud. Los datos más relevantes se incluyen.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
S.M.	Faringitis	<p>Streptococcus pneumoniae, Prevotella spp.</p> <p>Penicilina G Benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000</p> <p>Embarazo: Cefazolin 1 gramo, 1 vía cada 12 horas. Se recomienda suspender AVEVACALIN si se detecta una reacción adversa al medicamento. Se recomienda suspender los demás antibióticos de acuerdo con el protocolo establecido en el hospital.</p> <p>Lactancia materna: 1 gramo de amoxicilina cada 8 horas. Se recomienda suspender los demás antibióticos de acuerdo con el protocolo establecido en el hospital.</p>	<p>Clindamicina 300 mg</p> <p>Cefazolin 1 gramo, 1 vía cada 12 horas.</p> <p>2-Aminotetraquína 300 mg</p>	<p>Si el paciente tiene una reacción adversa a la penicilina, se recomienda suspender el medicamento.</p> <p>Se recomienda suspender los demás antibióticos de acuerdo con el protocolo establecido en el hospital.</p>
		<p>Streptococcus pneumoniae</p> <p>Penicilina G Benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Embarazo: Sulfametoxazol-triazol</p>	<p>Clindamicina</p> <p>Cefazolin 1 gramo, 1 vía cada 12 horas.</p>	
Instituto de Salud Carlos III		<p>Penicilina G</p> <p>Aztreonam 1 gramo 1 vía cada 12 horas</p> <p>Penicilina G Benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Valacyclovir 500 mg cada 8 horas 7-10 días</p>		<p>Penicilina G</p> <p>Aztreonam 1 gramo 1 vía cada 12 horas</p> <p>Penicilina G Benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Valacyclovir 500 mg cada 8 horas 7-10 días</p> <p>Este es el protocolo recomendado para las infecciones de la vía respiratoria superior y la vía respiratoria inferior.</p>
Instituto de Salud Carlos III	VSV, VSV	<p>Aciclovir 200 mg cada 8 horas</p> <p>Aciclovir 200 mg cada 12 horas</p> <p>Aciclovir 200 mg cada 12 horas</p> <p>Penicilina G Benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Valacyclovir 500 mg cada 8 horas 5-7 días</p> <p>Valacyclovir 500 mg cada 8 horas 5-7 días</p>		<p>Penicilina G</p> <p>Aztreonam 1 gramo 1 vía cada 12 horas</p> <p>Penicilina G Benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Valacyclovir 500 mg cada 8 horas 7-10 días</p>
		<p>Penicilina G benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Penicilina G benzatina 4 M - 1 Ml dosis 1/2000 3-4 dosis</p> <p>Clindamicina 300 mg</p> <p>Cefazolin 1 gramo, 1 vía cada 12 horas</p> <p>*Aciclovir 400 mg cada 8 horas</p> <p>*Valacyclovir 500 mg cada 8 horas</p>	<p>Aciclovir 200 mg cada 8 horas</p>	<p>Este es el protocolo recomendado para las infecciones de la vía respiratoria superior y la vía respiratoria inferior.</p>

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Centro Clínico Vetusta	Escherichia coli Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Centro Clínico Vetusta Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Centro Clínico Vetusta Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Vía arterial en los 3 casos. Puede ser importante el análisis de los microorganismos que se han detectado en el paciente con el fin de establecer la etiología de la infección. Se ha detectado el mismo tipo de bacterias en los tres pacientes.
Centro Clínico Protección	Escherichia coli Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Centro Clínico Protección Enterococcus faecalis	Centro Clínico Protección Enterococcus faecalis Enterococcus faecium Enterococcus faecalis Enterococcus faecalis	No se ha detectado ningún otro tipo de bacterias excepto las mencionadas. Puede ser que el paciente sea portador.
Centro Clínico Ceballos	E. coli	Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Enterococcus faecalis Enterococcus faecium	Vía arterial en ambos casos. Centro Clínico Ceballos tiene una alta tasa de detección de bacterias.
Centro Clínico Montejo		Veroverticillium sp. Veroverticillium Enterococcus Veroverticillium sp. Veroverticillium Enterococcus Veroverticillium sp. Veroverticillium Enterococcus Veroverticillium sp. Veroverticillium		Los tipos de bacterias son muy variados y no se detectan en todos los casos. No se ha detectado ningún otro tipo de bacterias excepto los mencionados anteriormente. Puede ser que el paciente sea portador. No se ha detectado ningún otro tipo de bacterias excepto los mencionados anteriormente. El tipo de bacterias es muy variable y no se detectan en todos los casos.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Vacunas: Pediátricas	C. difficile	<p>Se recomienda el uso de ciprofloxacino en los <30 días</p> <p>- No se toma</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- Metronidazol: 20 mg/kg/día x 7-14 días</p> <p>- Metronidazol: 20 mg/kg/día x 7-14 días</p> <p>Mujeres gestantes (contraindicación en el embarazo):</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- No se toma</p>	<p>Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p>	<p>No se recomienda en el embarazo.</p> <p>No se evita la contraindicación en el embarazo de ciprofloxacino en las mujeres gestantes o lactantes.</p> <p>Antibiótico relacionado con la toxicidad colitis no se ha documentado en el embarazo ni lactancia y no se recomienda.</p> <p>Es de recomendación al farmacéutico que no se aplique.</p> <p>El paciente debe ser informado de que las tomas no se cumplen bien.</p>
		<p>1.- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>2.- Aztreonam</p> <p>- Aztreonam: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- Acido clavulánico: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>3.- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>4.- Erótisitoxina</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p> <p>- Recombinante:</p> <p>- Recombinante: 10 mg/kg/día x 10-14 días + 10 mg/kg/día durante 14 días</p>	<p>1.- Ciprofloxacino</p> <p>- Ciprofloxacino: 10 mg/kg/día x 10-14 días</p>	<p>Vacuna: Alopurinol en contraindicación.</p>
Vacunas: Adultos	C. difficile	<p>Metronidazol: 20 mg/kg/día x 7-14 días</p> <p>Vancomicina: 40 mg/kg/día x 7-14 días</p>	<p>1.- Vancomicina: 40 mg/kg/día x 7-14 días</p> <p>2.- Teicoplanina: 40 mg/kg/día x 7-14 días</p>	<p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacunas: contraindicadas - Recombinante: contraindicada. <p>No se recomienda en el embarazo o lactancia. No se toma el farmacéutico a la persona que no hay toma de vacunas ni de recombinante.</p> <p>No se recomienda en las personas que no tienen toma de vacunas ni de recombinante. En caso de no tener contraindicación se toma en un día. Recomendación: 2 ó 3 veces.</p> <p>(1. Vacuna de hepatitis B si se toma en el mismo momento).</p>
		<p>Vancomicina: 40 mg/kg/día x 7-14 días</p>	<p>1.- Teicoplanina: 40 mg/kg/día x 7-14 días</p>	

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Bacteriología	Fúngicos	1.-Candida - Micoftalmia: 100 ml. líquido de 12 horas, 8-10 días		Las cepas de Candida son más difíciles de cultivar que las bacterias. Es necesario tener en cuenta que los resultados tienen que ser interpretados con criterio clínico y no solo por la presencia de levaduras.
Virologistas	Citomegalovirus CMV Hepatitis C virus	1.-Primer lavado de orina: 100 ml. líquido de 12 horas 2.-Mucosales: 100 ml. 3.-Orina: 100 ml. líquido de 12 horas 4.-Sangre: 10 ml. suero coagulado 5.-Virus Herpes 6.-Virus Cytomegalovirus CMV 7.-Virus del VIH 8.-Virus de la hepatitis C	1.-Primer lavado de orina: 100 ml. líquido de 12 horas 2.-Mucosales: 100 ml. 3.-Virus Herpes 4.-Virus Cytomegalovirus CMV 5.-Virus del VIH	Sistemas de cribado: La muestra de orina es el líquido urinario que se expulsa en el momento de la orina. Se recomienda que sea la primera orina de la mañana para prevenir la dilución de los virus. La muestra de orina es la muestra más adecuada para detectar la infección vírica. El virus de la hepatitis C no se detecta bien en orina ya que se excreta en sangre y no se filtra en la orina. La muestra de orina tiene 3 niveles de calidad: alta, media y baja.
Pediatras	Parásitos	Parasito: 100 ml. orina Intestino: Parasito: 10 ml. suero coagulado	1.-Parasito: 100 ml. 2.-Intestino: 10 ml. suero coagulado	1.-Parasito: 100 ml. orina 2.-Intestino: 10 ml. suero coagulado
Ecología	Microorganismos	Parasito: 100 ml. orina Vertebrales: 10 ml. suero	1.-Parasito: 100 ml. 2.-Vertebrales: 10 ml. suero 3.-Parasito: 10 ml. suero	Algunos parásitos se propagan a través de los fluidos corporales. Los parásitos se propagan a través de los fluidos corporales. Los parásitos se propagan a través de los fluidos corporales. Los parásitos se propagan a través de los fluidos corporales.

Bibliografia:

I NFECCIONES GASTROINTESTINALES

Autora - coordinadora: Gladys Fernández AM

Otros autores: Vanesa Vázquez, Loli Benito, Beatriz Benítez, LAMP, Juan Rodríguez-Millán, José Pérez-Roselló

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
C. PEDIATRICO		Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium		Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium
C. PEDIATRICO C. ENFERMOS PROTEINÓTICOS	Enterococcus faecalis o faecium Escherichia coli o enterobacterias Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium Escherichia coli o enterobacterias Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium	• Escherichia coli o enterobacterias • Enterococcus faecalis o faecium • Enterococcus faecalis o faecium
C. PEDIATRICO	Escherichia coli	Enterococcus faecalis o faecium Escherichia coli o enterobacterias Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium
C. PEDIATRICO C. ENFERMOS PROTEINÓTICOS	E. coli	Enterococcus faecalis o faecium Escherichia coli o enterobacterias Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium	• Enterococcus faecalis o faecium • Escherichia coli o enterobacterias • Enterococcus faecalis o faecium
PEDIATRICOS PROTEINÓTICOS	Escherichia coli o enterobacterias Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium	Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium Enterococcus faecalis o faecium	
	Escherichia coli	Enterococcus faecalis o faecium		• Enterococcus faecalis o faecium • Escherichia coli o enterobacterias • Enterococcus faecalis o faecium
	Aeromonas	Aeromonas		• Aeromonas
	Salmonella	Salmonella		• Salmonella
	Escherichia coli O157	Escherichia coli O157		• Escherichia coli O157

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1 ^a ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Refugio de animales de compañía	Enterobacteriaceas	Escherichia coli (ECOL) Enterococcus faecalis/enterococcus Enterococcus faecemalis Enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococcus faecium	Enterobacteriaceas Enterococcus faecalis/enterococcus Enterococcus faecemalis Enterococcus faecium Enterococcus faecalis/enterococcus faecum Enterococcus faecalis/enterococcus faecum	Aerobios resistentes a la crecimiento bacteriano a 35°C durante 18 horas - Enterococcus faecalis - Enterococcus faecemalis - Enterococcus faecium - Enterococcus faecalis/enterococcus faecum - Enterococcus faecalis/enterococcus faecum

Bibliografía:

- Aguirre I, de la Rivas M, Martínez C, et al. Infección intestinal aguda en niños y adolescentes en el hospital infantil Universitario de La Princesa. *Cáncer pediatr*. 2002; 15(2):101-105.
- Asensi A, Gómez V, Jiménez S, Ruiz S, González J, et al. Infección intestinal aguda en niños y adolescentes en el hospital Universitario de La Princesa. *Medicina intensiva*. 2001; 25(7):603-611.
- Basile M, García V, Sainz V, Jiménez S, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en el hospital Universitario La Princesa. *Rev Esp Enferm Pediatr*. 2000; 59(5):365-370.
- Basile M, Ruiz S, Jiménez S, Sainz V, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en el hospital Universitario La Princesa. *Rev Esp Enferm Pediatr*. 2000; 59(5):365-370.
- Casas V, Gómez V, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en el hospital Universitario La Princesa. *Rev Esp Enferm Pediatr*. 2000; 59(5):365-370.
- De Paepe A, D'Onofrio L, Mazzatorta C, et al. Epidemiological and clinical profile of children with diarrhea in a tertiary pediatric institution. *Arch Dis Child*. 2000; 83(9):682-686.
- Diaz-Ortega JM, Pérez-Laborda B, Martínez-Pérez M, et al. Microbiological profile and antibiotic resistance of isolates of *Escherichia coli* from healthy volunteers. *Epidemiol Infect*. 1996; 116(1):41-52.
- Ervin CN, Schrezenmeier H, et al. Microbiology for the diagnosis and treatment of food-borne infections. *Food Protect Technol*. 2000; 13:51-52.
- Flores A, Vidal R, Pineda A, Saenz P, Sánchez P, et al. Infection due to *Escherichia coli* in American children. *J Clin Microbiol*. 1993; 31(3):620-624.
- González M, Jiménez S, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en niños y adolescentes. *Cáncer pediatr*. 2000; 13(3):219-224.
- Gomez V, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en niños y adolescentes. *Cáncer pediatr*. 2000; 13(3):219-224.
- Gomez V, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en niños y adolescentes. *Cáncer pediatr*. 2000; 13(3):219-224.
- Gomez V, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, Jiménez S, Ruiz S, et al. Infección intestinal aguda en niños y adolescentes. *Cáncer pediatr*. 2000; 13(3):219-224.

I NFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL

Autor - coordinador: Dr. J. M. García MV¹

Otros autores: Felipe Armenteros², Paula Raya³, Ana Rosa Solís⁴ y Alba Vega⁵ (full)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
1 ^{er} PMS	V. connectiva profunda ¹	No. 1000 mg/día durante 30 d.		-Varios de los más actuales son: 500 mg. flúor, 1000 mg. de fosfato de calcio y 1000 mg. de vitamina D.
2 ^{da} PMS	V. connectiva profunda ¹	No. 1000 mg/día durante 30 d. + 500 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	1. 1000 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	-También se ha recomendado: 500 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.
3 ^{er} PMS	V. connectiva profunda ¹	No. 1000 mg/día durante 30 d. + 500 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	1. 1000 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	-Consejo: se recomienda el consumo de frutas y verduras para obtener vitamina C.
4 ^{er} PMS	V. connectiva profunda ¹	No. 1000 mg/día durante 30 d. + 500 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	1. 1000 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	-Consejo: se recomienda el consumo de frutas y verduras para obtener vitamina C.
5 ^{er} PMS	V. connectiva profunda ¹	No. 1000 mg/día durante 30 d. + 500 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	1. 1000 mg. de vitamina C y 1000 mg. de vitamina D.	-Consejo: se recomienda el consumo de frutas y verduras para obtener vitamina C.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Pedrosores	Varias cepas de <i>Candida</i>	Amoxicilina 5 mg/kg/día 9 horas, 7-10 días Sulfametoxazol-trimetoprima 1200 mg/día Amoxicilina Acetilicloruro 500 mg/día 4 veces 6-12 horas, 7-10 días	Cloxacilina 500 mg/día 4 veces 12 horas Sulfametoxazol-trimetoprima 1200 mg/día Amoxicilina Acetilicloruro 500 mg/día 4 veces 6-12 horas, 7-10 días	No se dispone de datos clínicos suficientes para establecer criterios de respuesta. Se considera que la amoxicilina es la mejor opción ya que es más efectiva y tiene menor toxicidad. La sulfametoxazol-trimetoprima es una alternativa aceptable.
Pedrosores	Varias cepas de <i>Candida</i> *	Terapéutica empírica con nistatina 10 mg/kg/día 4 veces 12 horas		Además de los tratamientos convencionales existen otras alternativas.
Pedrosores	Variadas cepas de <i>Candida</i> *	Amoxicilina 5 mg/kg/día 9 horas, 7-10 días Sulfametoxazol-trimetoprima 1200 mg/día Amoxicilina Acetilicloruro 500 mg/día 4 veces 6-10 horas, 7-10 días	Cloxacilina 500 mg/día 4 veces 12 horas Voriconazol 200 mg/día 4 veces 12 horas	Algunos autores incluyen la amoxicilina en las alternativas. No obstante, la nistatina es más efectiva y tiene menor toxicidad. No se dispone de datos clínicos suficientes para establecer criterios de respuesta.
Alegre Pedrosores	Variadas cepas de <i>Candida</i> *	Monofármaco oral o tópico. Fármacos recomendados: Fluconazol	Cloxacilina 500 mg/día 4 veces 12 horas Sulfametoxazol-trimetoprima 1200 mg/día 4 veces 12 horas Amoxicilina Acetilicloruro 500 mg/día 4 veces 6-12 horas, 7-10 días	Existen datos clínicos.
INFECTOLOGÍA CIRUGÍA	Variadas cepas de <i>Candida</i> *	Fármacos recomendados: Fluconazol, 200 mg/día 4 veces 12 horas. Alternativas: Nistatina 10 mg/kg/día 4 veces 12 horas.		
INFECTOLOGÍA CIRUGÍA	1.200.000 spp	Nistatina 10 mg/kg/día 4 veces 12 horas, 7-10 días Voriconazol 200 mg/día 4 veces 12 horas	Nistatina 10 mg/kg/día 4 veces 12 horas Fluconazol 200 mg/día 4 veces 12 horas	No se dispone de datos clínicos suficientes para establecer criterios de respuesta.

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1 ^a ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Hospital Doc	Vibrio parahaemolyticus (Vp-1)	V. parahaemolyticus Acriflavina + 10% hidrocloruro de sodio 4 - "viales 10 ml, 7-14 días Recubrimiento 2% ácido clorhídrico Acriflavina + 10% hidrocloruro de sodio 2-10g 10% cloruro de sodio 200 ml envase Acriflavina + 10% hidrocloruro de sodio 4 - "viales 10 ml	V. parahaemolyticus Valsalva + 10% hidrocloruro de sodio Recubrimiento 2% ácido clorhídrico Valsalva + 10% hidrocloruro de sodio Cloruro de sodio 200 ml envase Valsalva + 10% hidrocloruro de sodio Valsalva + 10% hidrocloruro de sodio	La "Acriflavina" tiene la misma actividad que el 5% hidrocloruro de sodio y es más económica. Recubrimiento con algodón y cinta adhesiva Se recomienda usar una envase de 200 ml
Arcoa Hospital Doc	Vibrio parahaemolyticus (Vp-1) Vp-2	V. parahaemolyticus 10% hidrocloruro de sodio Acriflavina + 10% hidrocloruro de sodio	Valsalva + 10% hidrocloruro de sodio	Recubrimiento con algodón y cinta adhesiva
Santena Hospital Doc Santena	Escherichia coli Enterococcus spp Enterobacter spp Acinetobacter	Amoxicilina + 10% hidrocloruro de sodio 100 ml 10% cloruro de sodio 500 ml envase	Amoxicilina + 10% hidrocloruro de sodio + Valsalva + 10% hidrocloruro de sodio + 10% cloruro de sodio 500 ml envase	La "Amoxicilina" tiene actividad similar a la "Acriflavina". Cloruro de sodio 500 ml envase para uso en ojos

*Most of the patients in our study received amoxicillin-clavulanic acid, whereas *Pseudomonas aeruginosa* was isolated in 3 patients. One patient had *Escherichia coli* isolated. Patients with *Enterococcus faecalis* were not included in the study.

Bibliografia

- Ramírez-Alonso E, Ramírez-Villegas V. The impact of antibiotic use on the incidence of infection. *Int J Antimicrob Agents*. 2011;37:646-50.
 - Regev-Ovazza A, Kastellorini C, et al. The role of the gut microbiome in the pathogenesis and outcome of systemic bacterial infections. *Crit Rev Clin Microbiol*. 2013;22:1-16.
 - Sarmiento S, et al. A prospective cohort study of antibiotic resistance in hospital patients. *J Clin Microbiol*. 2005;43:5150-5.
 - Yang PM, et al. Antibiotic resistance in hospital patients: a generalistic point-of-care monitor system and its performance evaluation. *Antimicrob Agents Chemother*. 2010;54:454-50.
 - Petruzzello A, et al. Clinical implications of antibiotic resistance. *Antimicrob Agents Chemother*. 2010;54:1745-50.
 - Santos A, Diaz J, Diaz E, et al. Antibiotic resistance in hospital wards. *Chilean Med Rev*. 2011;28:11-2.
 - van Aylva CC, et al. US hospital antibiotic resistance trends from 2003 to 2010. *JAMA*. 2012;307:283-91.

- Ferraz, J. (2011). *Formación y desarrollo profesional*. Madrid: Icaria.
- García V. (2011). *Introducción al diseño de la formación: teoría y práctica*. Madrid: Ed. Icaria.
- Gómez, R. (2008). *Transformación social y desarrollo profesional: la formación como instrumento de cambio* (7.ª edición). Madrid: Ed. Icaria.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Indicadores Demográficos y de Desarrollo Social*. Madrid: INE.

Infecciones oftalmológicas

Autor - coordinador: Luis M. Muñoz (Cap. de los SF)

Otras autoras: Araceli Castro R. (JF), Raquel Vélez (MF)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGÁNISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
BENEFICIOS	• <i>Candida</i> • <i>Cándida</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Candida albicans</i> (mucosidad vaginal, óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida glabrata</i> ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) 		<p>ABC por las infecciones de óptica y mucosidad vaginal que tienen una alta frecuencia de respuesta favorable.</p> <p>En caso de respuesta favorable, se debe intentar una estrategia terapéutica más eficiente.</p> <p>No existen datos sobre la eficacia de los fármacos.</p>
CONTRACCIONES	• <i>Candida</i> • <i>Cándida</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Candida albicans</i> (mucosidad vaginal, óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida glabrata</i> ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Candida albicans</i> (mucosidad vaginal, óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida glabrata</i> ■ <i>Candida krusei</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida parapsilosis</i> (óptica, óculos, etc.) ■ <i>Candida tropicalis</i> (óptica, óculos, etc.) 	<p>ABC definida.</p> <p>Responde completamente a los fármacos antifúngicos.</p>

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCION	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Centro de Salud	Virus: Adenovirus Bacterias: - Enteropatogenicas - Enterococo - Escherichia coli - Enterobacteriaceas	<p>La etiología más frecuente es el virus adenovirus, seguido del virus de la rotavirus.</p> <p>Si existe una enfermedad infecciosa aguda se debe considerar las siguientes causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infección con virus de la hepatitis A. - Infección por virus de la hepatitis E. - Infección por virus del papiloma humano. - Infección por virus de la rubéola. - Infección por virus de la fiebre amarilla. <p>En la muestra fecal se han detectado virus enteropatogénicos y bacterias enteropatogenicas.</p> <p>La presencia de Enterobacteriaceas es un factor de riesgo para la aparición de infecciones nosocomiales.</p>	Existe hidatidosis causada por el parásito Taenia solium. Se observa una elevación de la temperatura corporal de 38°C.	<p>- Aparición súbita y de forma aguda de fiebre alta, dolor abdominal intenso y dolor rectal que desemboca en diarrea con o sin náuseas y vómitos.</p> <p>- Aparición de síntomas de infección.</p> <p>- Sospecha de infección urinaria en paciente que ha ido a bañarse en agua dulce o en un río.</p> <p>- Fiebre elevada, dolor abdominal intenso, diarrea y náuseas y vómitos.</p> <p>- Aumento de la temperatura corporal superior a 38.5°C, dolor abdominal intenso, dolor rectal y diarrea.</p> <p>- La fiebre es levemente menor que la anterior.</p> <p>- Los pacientes con fiebre alta y dolor abdominal intenso deben ser sometidos a pruebas de laboratorio para confirmar la presencia de parásitos.</p> <p>No se observan cambios en el color y consistencia de la materia fecal.</p>
	Virus:	<ul style="list-style-type: none"> - Adenovirus - Enteropatogenicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea aguda. - Síntomas de infección. - Diarrea con trastornos de la función intestinal. 	Sospecha de infección.
		<ul style="list-style-type: none"> - Enteropatogenicas 		No se observan cambios en la función intestinal.

Bibliografía:

- L'vova I, Gribanov V, Gribanova V, Pevzner D, Aliferov M. Enteritis in children [en línea]. [citado 2003 jun 19]. Disponible en: [www.vetmed.vt.edu/vetmed/bcfbc/child/enteritis.htm](http://www.vetmed.vetmed.vt.edu/vetmed/bcfbc/child/enteritis.htm)
- Atayi AA, Berney MM. Enteritis in children [en línea]. [citado 2003 jun 19]. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/pmc/articles/1567712/
- Infecções urinárias. [en línea]. [citado 2003 jun 19]. Disponible en: www.sociedadspan.com/pdf/infocientifico/infocientifico_01.pdf
- Instituto S. Josep de l'Hospital i la Santa Creu d' Barcelona. [en línea]. [citado 2003 jun 19]. Disponible en: [www.sjhsb.es/area/area_enfermedades/urinarias/index.html](http://www.sjhsb.es/area/area/area_enfermedades/urinarias/index.html)
- Querol J, Llopis J, Claramunt A, Gómez S, Martínez A, Esteban A, Barriuso E. *Práctica clínica en pediatría*. Madrid: Ediciones 23; 1995. p. 11-111.
- Lucio-Pérez J, Martínez-Orive A, Ruiz-García J, Barrachina A. *Práctica clínica en pediatría*. Madrid: Ediciones 23; 1995. p. 11-111.
- Lucio-Pérez J, Martínez-Orive A, Ruiz-García J, Barrachina A. *Práctica clínica en pediatría*. Madrid: Ediciones 23; 1995. p. 11-111.
- Llorente-Villaverde A, Santisteban-Santisteban J. *Práctica clínica en pediatría*. Madrid: Ediciones 23; 1995. p. 11-111.
- Llorente-Villaverde A, Santisteban-Santisteban J. *Práctica clínica en pediatría*. Madrid: Ediciones 23; 1995. p. 11-111.

- Vivero, Alvaro; Gómez, Vicente; García, Luis. *Introducción a la ecología*. Madrid: Ed. Icaria, 2004.
- American Academy of Dermatology. *General Dermatology*, 2nd ed. New York: Lippincott Raven, 1999. Disponible en: www.aad.org/dermatologyonline/general.html.
- Taylor & Francis Group. *Encyclopedia of Skin Diseases*. New York: Taylor & Francis Group, 2008.
- Instituto Canario de Medicina Ambiental. *Guía de la Atopia*. Santa Cruz de Tenerife: Instituto Canario de Medicina Ambiental, 2007.
- Ruiz, J. C.; González, R.R.; Vázquez, J. *Dermatitis alérgica y atopía*. Madrid: Ed. Icaria, 2004.

QUIMIOPROFILAXIS

Autora - coordinadora: Eugenia Varela (AV)

Otros autores: María Álvarez Llopis, María Gómez Málaga, José Manuel Jiménez Cintas, María Victoria Lluch, Ana Mancera Málaga, Gloria Pérez González, Juan Antonio Rojas Ruiz (JAR)

MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROFILAXIS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Listeria monocytogenes <i>Yersinia enterocolitica</i>	Riesgo elevado: microorganismo de tipo zoonótico causante de enfermedades Riesgo moderado: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea	Feromimicinas: 150 mg 1 vía Nefazodona: 200 mg 1 vía Sulfonamidas: 400 mg 2 vías Nefazodona: 200 mg 1 vía Clindamicina: 300 mg 1 vía ó 450 mg 2 vías Doxyciclina: 100 mg 1 vía ó 200 mg 2 vías Penicilina: 150 mg 1 vía ó 300 mg 2 vías	Caso clínico visto en 2002 <ul style="list-style-type: none"> Sulfonamidas: 10% efectividad. Poco efectivo. Poco eficacia en el tratamiento. Clindamicina: 50% efectividad. Poco efectivo. Poco eficacia en el tratamiento. Penicilina: 100% efectividad. Buena eficacia. Poco efectivo. Doxyciclina: 100% efectividad. Buena eficacia. Poco efectivo.
Escherichia coli <i>Salmonella enteritidis</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Shigella dysenteriae</i> <i>Escherichia coli</i> O157:H7	Riesgo moderado: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea Riesgo bajo: actividad sexual Riesgo alto: <ol style="list-style-type: none"> Riesgo moderado: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea Riesgo bajo: actividad sexual Riesgo alto: <ul style="list-style-type: none"> 1. Riesgo moderado: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea 2. Riesgo bajo: actividad sexual 3. Riesgo alto: actividad sexual 4. Riesgo moderado: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea 5. Riesgo bajo: actividad sexual 6. Riesgo alto: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea Riesgo moderado: actividad sexual, ingestión de carne o leche de animal con fiebre, fiebre y diarrea Riesgo bajo: actividad sexual	Feromimicinas: 150 mg 1 vía Nefazodona: 200 mg 1 vía Sulfonamidas: 400 mg 2 vías Nefazodona: 200 mg 1 vía Clindamicina: 300 mg 1 vía ó 450 mg 2 vías Doxyciclina: 100 mg 1 vía ó 200 mg 2 vías Antibióticos: 100 mg 1 vía ó 200 mg 2 vías	Caso clínico visto en 2002 <p>Efecto de los diferentes tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Penicilina: 100% efectividad. Buena eficacia. Poco efectivo. Sulfonamidas: 10% efectividad. Poco efectivo. Poco eficacia en el tratamiento. Clindamicina: 50% efectividad. Poco efectivo. Poco eficacia en el tratamiento. Doxyciclina: 100% efectividad. Buena eficacia. Poco efectivo. Antibióticos: 100% efectividad. Buena eficacia. Poco efectivo.

MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROTECTIVAS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Herpes simple (VZV)	<p>Son personas vacunadas y no vacunadas. Personas que no han recibido vacuna alguna sin vacunación previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • VZV + VAC: 0-18 meses • Personas ≥60 años sin factores de riesgo (1 y 2) VZV: vacuna contra VZV. • Personas ≥18 años con patología crónica de base (1, 2 o 3) VZV: vacuna contra VZV. • Personas de cualquier edad que pertenezcan al grupo de alto riesgo (2): personas con VZV en el organismo (herpes zoster). 	VZV vacuna contra VZV.	<ul style="list-style-type: none"> • Poco se sabe sobre el efecto de los anticuerpos pasivos sobre las infecciones. • Los medicamentos más utilizados son aciclovir y valaciclovir. • Cicloferol. • Aciclovir: efecto inhibidor de la replicación. • Valaciclovir: efecto inhibidor de la replicación. • Famciclovir: efecto inhibidor de la replicación. • Herpes zoster vacuna: efecto inhibidor de la replicación. • Recomendaciones de tratamiento de la herpес zoster: <ul style="list-style-type: none"> • Ante episodios agudos: medicación por vía oral (aciclovir o valaciclovir). • Ante episodios crónicos: medicación por vía tópica (aciclovir). <p>Además, se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con corticoides para reducir el edema. • Tratamiento con analgésicos. • Tratamiento con antihistamínicos. • Tratamiento con antidepresivos. • Tratamiento con antibióticos si ocurre una superinfección. • Tratamiento con fisioterapia si ocurre una contractura. <p>Recomendaciones de vacunación contra el herpes zoster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunación en personas mayores de 60 años. • Vacunación en personas con enfermedad crónica. • Vacunación en personas con inmunosupresión. • Vacunación en personas con VIH. • Vacunación en personas con trasplante.

MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROFILAXIS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Microorganismos de alta riesgo	<p>Quimioprofilaxis primaria (QPP) se aplica en la infestación. Muestra signos de actividad bacteriana. Es el tratamiento más eficaz para las enfermedades graves latentes (tuberculosis, baciloscopias positivas) y las formas sintomáticas de las enfermedades.</p> <p>Respir. Vía aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En tratamiento profiláctico • En tratamientos terapéuticos • En casos de exposición a enfermedades respiratorias causadas por microorganismos con actividad sintomática <p>Tratamiento de la infección tuberculosa latente o Quimioprofilaxis secundaria (QPSI) Vía aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras una infestación latente, bacteriana, no sintomática detectada por resonancia magnética (RM) de la vía aérea. • En personas sin actividad sintomática • En personas que han tenido contacto con personas con tuberculosis respiratoria activa o latente 	<p>Quimioprofilaxis primaria: Se aplica a través de los órganos respiratorios y digestivos. Se recomienda el uso de medicación oral.</p> <p>Tratamiento de la infección tuberculosa latente: Se aplica a través de la vía aérea.</p> <p>Quimioprofilaxis secundaria: Se aplica a través de la vía aérea.</p> <p>Respir. Vía aérea: Se aplica a través de la vía aérea.</p> <p>Tratamiento de la infección tuberculosa latente: Se aplica a través de la vía aérea.</p> <p>Quimioprofilaxis secundaria: Se aplica a través de la vía aérea.</p>	<p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p> <p>• La quimioprofilaxis es efectiva para tratar las formas más leves de la tuberculosis latente.</p>
Microorganismos de riesgo medio	<p>• Infección "probablemente causada por microorganismos de alto riesgo". Los otros son responsables de enfermedades más leves. (E.g. E. coli, Enterobacter).</p> <p>• Tratamiento de la "probabilidad de causación" (PC) elevada (probabilidad de causación superior al 90%).</p>	<p>Aumento del riesgo de enfermedad: Tratamiento de PC elevada.</p> <p>No se aconsejan tratamientos:</p>	<p>• La probabilidad de causación es menor al 90%.</p> <p>• No se aconsejan tratamientos.</p>

MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROTECTORES	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
Yersinia enterocolitica	<p>No requiere tratamientos quimioterapéuticos específicos para este tipo de bacterias ya que su eliminación se realiza de forma rápida mediante el efecto bactericida del sistema inmunológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la hidratación corporal y el equilibrio de los electrolitos. • Evitar consumir agua o leche cruda o poco cocinada ya que existe la posibilidad de que contenga el microorganismo. • Si las personas con problemas de salud o en tratamiento tienen fiebre, dolor abdominal o diarrea, deben consultar al médico. • Evitar el consumo de carne cruda o poco cocinada ya que existe la posibilidad de que contenga el microorganismo. <p>El riesgo es mayor en los niños, adolescentes y ancianos, así como en las personas con enfermedades crónicas o inmunodeprimidas. Se recomienda el consumo de carne cocinada a la perfección y evitar el consumo de leche cruda.</p> <p>Además, se recomienda la higiene personal y la limpieza de los utensilios de cocina.</p> <p>Los tratamientos recomendados son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos: se recomienda la administración de ampicilina, ciprofloxacina o cloranfenicol. • Antibióticos: se recomienda la administración de ampicilina, ciprofloxacina o cloranfenicol. 	<p>Tratamiento de la diarrea con líquidos y electrolitos.</p> <p>Tratamiento de la diarrea con líquidos y electrolitos.</p> <p>Tratamiento de la diarrea con líquidos y electrolitos.</p> <p>Antibiótico oral de acuerdo a lo establecido en la guía.</p>	<p>• El tratamiento antibiótico es recomendado cuando existen síntomas de fiebre, dolor abdominal intenso y vómitos.</p> <p>• Los tratamientos antibióticos no son necesarios en la mayoría de los casos de diarrea.</p>

MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROFILAXIS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<i>Candida albicans</i> Enterococo Estafilococo M. m., Proteína Alfa-1 antitripsina	Neonato prematuro: retraso en el crecimiento, hipotonia, seudogangrenas, náuseas, vómitos y diarrea.	<ul style="list-style-type: none">• Caso clínico de un lactante de 4 días con candidiasis: se observó una disminución de la actividad del lactato deshidrogenasa (LDH) y la actividad de la amilasa, lo que llevó a una hospitalización.• Tratamiento con amfotericina B 3 mg/kg al día.• Tratamiento con fluconazol 1 mg/kg al día.• Tratamiento con amfotericina B 5 mg/kg al día.• Tratamiento con amfotericina B 1 mg/kg al día.• Tratamiento con amfotericina B 0,5 mg/kg al día.• Tratamiento con amfotericina B 0,1 mg/kg al día.• Tratamiento con amfotericina B 0,05 mg/kg al día.• Tratamiento con amfotericina B 0,01 mg/kg al día.	<ul style="list-style-type: none">- Secundaria a factores ambientales.- Secundaria a factores de riesgo como la inmunodepresión.- Atención médica en domicilio: personas con riesgo de exposición.- Caso de candidiasis en lactante de 18 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 16 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 15 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 14 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 13 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 12 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 11 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 10 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 9 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 8 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 7 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 6 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 5 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 4 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 3 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 2 meses.- Caso de candidiasis en lactante de 1 mes.- Caso de candidiasis en lactante de 10 días.

En las imágenes se ven las rotulaciones:

Vía: lactante, edad: 10 m., sexo: H.

Bibliografía:

- Schell, Andrew Scott, Alan Scherzer. A 3-year study of neonatal candidiasis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002; 157(1): 63-67.
- U.S. 1982. *Classification of antibiotic resistance of the *Candida* genus*. *Report CDC-RDD/82/1001*. Cdc-Rdd.
- Huang J, Jiang Y, Xiang H, et al. Isolation and characterization of *Candida* species from patients with sepsis in a pediatric ICU. *Journal of Clinical Microbiology*. 1999; 37(10): 3134-3137.
- Chaitin G, Loria PM, Ostroff SM, et al. Infection due to *Candida* and *Cryptococcus* in the United States. *Journal of Clinical Microbiology*. 1998; 36(5): 1075-1082.
- Pérez-Soler M, Martínez M, Salas C, Díez P, Otero E, García-Pérez R, et al. *Candida* spp. Isolados de neonatos. *Revista de Microbiología*. 2000; 32(2): 101-107.
- Pérez-Soler M, Martínez M, Salas C, Díez P, Otero E, García-Pérez R, et al. *Candida* spp. Isolados de lactantes. *Revista de Microbiología*. 2000; 32(3): 161-167.
- Martínez-Villaverde S, Martínez-Villaverde V, Martínez-Villaverde M, Martínez-Villaverde M. *Candida* spp. Infección en lactantes. *Revista de Microbiología*. 2001; 33(1): 43-46.
- Pérez-Soler M, Martínez M, Salas C, Díez P, Otero E, García-Pérez R, et al. *Candida* spp. Isolados de lactantes. *Revista de Microbiología*. 2000; 32(2): 101-107.
- Pérez-Soler M, Martínez M, Salas C, Díez P, Otero E, García-Pérez R, et al. *Candida* spp. Isolados de lactantes. *Revista de Microbiología*. 2000; 32(3): 161-167.
- Pérez-Soler M, Martínez M, Salas C, Díez P, Otero E, García-Pérez R, et al. *Candida* spp. Isolados de lactantes. *Revista de Microbiología*. 2000; 32(4): 229-232.
- Pérez-Soler M, Martínez M, Salas C, Díez P, Otero E, García-Pérez R, et al. *Candida* spp. Isolados de lactantes. *Revista de Microbiología*. 2000; 32(5): 311-314.

- 10/07/2020. Informe. Partida información sobre el impacto de la situación sanitaria en Madrid en la población de 55 a 64 años (09/07/2020) en la web. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37398]
- 07/07/2020. Información. Madrid reduce la tasa de hospitalización por coronavirus a 8,6/100 mil.
- 06/07/2020. Información. Madrid cifra en 5.759 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37388]
- 02/07/2020. Artículo. Asociación Argentina-Madrid. Acción. Gobiernos sanitarios impulsan la desescalada con las autoridades de las facultades de la Salud. [https://www.cibermed.es/madrid/2020/07/02/accion-gobiernos-sanitarios-impulsan-la-desescalada-con-las-autoridades-de-las-facultades-de-la-salud/]
- 19/06/2020. Informe. Madrid reduce la tasa de hospitalizaciones por coronavirus a 12,1/100 mil.
- 18/06/2020. Informe. Madrid cifra en 5.314 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37368]
- 16/06/2020. Informe. Madrid cifra en 5.079 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37360]
- 15/06/2020. Artículo. Salud. Madrid cifra en 4.900 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37348]
- 12/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 4.740 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37344]
- 11/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 4.528 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37334]
- 10/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 4.321 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37324]
- 09/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 4.129 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37314]
- 08/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 3.936 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37304]
- 07/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 3.742 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37294]
- 06/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 3.550 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37284]
- 05/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 3.360 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37274]
- 04/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 3.170 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37264]
- 03/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 2.980 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37254]
- 02/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 2.790 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37244]
- 01/06/2020. Artículo. Madrid cifra en 2.600 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37234]
- 31/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 2.410 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37224]
- 30/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 2.220 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37214]
- 29/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 2.030 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37204]
- 28/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 1.840 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37194]
- 27/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 1.650 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37184]
- 26/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 1.460 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37174]
- 25/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 1.270 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37164]
- 24/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 1.080 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37154]
- 23/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 890 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37144]
- 22/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 700 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37134]
- 21/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 510 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37124]
- 20/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 320 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37114]
- 19/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 130 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37104]
- 18/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 60 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37094]
- 17/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 50 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37084]
- 16/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 40 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37074]
- 15/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 30 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37064]
- 14/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 20 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37054]
- 13/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 10 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37044]
- 12/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 5 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37034]
- 11/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 3 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37024]
- 10/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 1 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37014]
- 08/05/2020. Artículo. Madrid cifra en 0 los positivos de coronavirus en la capital. [https://www.madrid.org/estadistica/estadisticas/37004]

PALUDISMO

Autor - coordinadora: Beatriz Valderrama

Otros autores: Elena Beltrán, Luis F.J. Gómez, Raquel Gallardo, Ana Vázquez

PALUDISMO POR *P. FALCIPARUM*, *P. VIVAX*, *P. OVALE*, *P. MALARIAE* O *P. KNOWLESI* SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD (OMS)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Paludismo sintomático de transmisión endógena	<i>P. falciparum</i>	Concentración de parásitos en sangre > 4 mil. / micr.	Atacado con Procain-Malario® 1 mg / ml. 40 mg/mes o 200 mg/kg de peso (no más de 100 mg/kg). Se observa la respuesta favorable en 24-48 horas.	• No se recomienda el uso de la albendazolina en las etapas de transmisión endógena.
	<i>P. vivax</i>	> 300 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso). Duración del tratamiento 3-4 días.	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
	<i>P. ovale</i>	> 100 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso). Duración del tratamiento 3-4 días.	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
	<i>P. malariae</i>	> 100 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso). Duración del tratamiento 3-4 días.	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
Paludismo sintomático de transmisión exógena y/o por reinfección	<i>P. falciparum</i>	S. mepacrina (1 mg / ml. 40 mg / mes)	Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
	<i>P. vivax</i>	> 300 mil. / micr.	Albendazolina (200 mg/kg de peso) o 40 mg/kg de peso (no más de 100 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
Paludismo sintomático de transmisión exógena y/o por reinfección y/o por brote		Albendazolina (200 mg/kg de peso) o 40 mg/kg de peso (no más de 100 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.	
Paludismo sintomático de transmisión exógena y/o por reinfección y/o por brote y/o por brote	<i>P. falciparum</i>	Albendazolina (200 mg/kg de peso) o 40 mg/kg de peso (no más de 100 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.	
	<i>P. vivax</i>	> 300 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
Paludismo sintomático de transmisión exógena y/o por reinfección y/o por brote y/o por brote y/o por brote	<i>P. falciparum</i>	Procain-Malario® 1 mg / ml. 40 mg/mes o 200 mg/kg de peso.	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.	
	<i>P. vivax</i>	> 300 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
	<i>P. ovale</i>	> 100 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.
	<i>P. malariae</i>	> 100 mil. / micr.	S. fúlvula (1 mg / ml. 40 mg/mes) o Albendazolina (200 mg/kg de peso).	• Se observa una respuesta favorable en 24-48 horas.

*En caso de haber realizado profilaxis previamente, se debe realizar tratamiento completo con fármacos diferentes a los empleados en la profilaxis.

PALUDISMO POR CUALQUIER ESPECIE CON CRITERIOS DE GRAVEDAD (OMS) O INTOLERANCIA A MEDICACIÓN ORAL.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Paludismo por especies de Plasmodium vivax e P. ovale	Plasmodium vivax Plasmodium ovale	Absorción: Cloroquina 20 mg/kg dosis única, cada 12 horas o Etodoxacina 300 mg/dosis única, cada 12 horas o Coartemero (artemeterina + doxiciclina) 100 mg/dosis única, cada 12 horas.	Cloroquina: 20 mg/kg dosis única, cada 12 horas o Coartemero (artemeterina + doxiciclina) 100 mg/dosis única, cada 12 horas o Cloriquina 20 mg/kg dosis única, cada 12 horas.	- Se debe tener en cuenta la tolerancia al medicamento. En caso de intolerancia se debe recurrir a la alternativa.
Paludismo por especies de Plasmodium vivax, P. ovale y P. malariae con intolerancia a la cloroquina y/o etodoxacina	Plasmodium vivax Plasmodium ovale Plasmodium malariae	Coartemero (artemeterina + doxiciclina).	Cloroquina: 20 mg/kg dosis única, cada 12 horas o Coartemero (artemeterina + doxiciclina) 100 mg/dosis única, cada 12 horas o Cloriquina 20 mg/kg dosis única, cada 12 horas.	- No existe acuerdo entre los farmacéuticos. - Recomendación de la OMS: Coartemero + doxiciclina en las personas con intolerancia a la cloroquina y/o etodoxacina.
Paludismo por especie de Plasmodium falciparum	Plasmodium falciparum			

*En caso de haber realizado profilaxis preventiva, se debe realizar tratamiento completo con fármacos diferentes a los empleados en la profilaxis.

Criterios de paludismo grave (OMS modificado):

Clínicos

- Alteración del nivel de consciencia (en el paciente que no es portador de la enfermedad cerebral crónica) (hipo o hipertensión arterial, etc.)
- Estado de debilidad generalizado que le impide realizar actividad normal
- Crisis epilépticas de repetición (más de 3 o más en 24 h)
- Náuseas, vómitos perdurantes sin respuesta a la terapéutica
- Shock (en los pacientes con malaria falciparum)

Analíticos

- Anemia moderada a grave (hemoglobina < 100 g/l)
- Hipoglucemia > 2 mmol/l (40 mg/dl)
- Alteración del pH desplazado > 7,55 en sangre o > 7,45 en plasma. Alteración metabólica
- Niveles séricos altamente elevados de lactato (hipoatención): > 5 mmol/l
- Hipoglicemia (glucosa < 2,2 mmol/l)
- Leucocitosis (leucocitos > 15.000/mm³)
- Leucocitopenia (leucocitos < 4.000/mm³)
- Clorhidropatía (pH < 7,35)

MEDICAMENTOS ANTIPALÚDICOS

PRÍNCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	DISPONIBILIDAD
Aciclovir (aciclovir)	Ranitidina® 150 mg/ml	Medicamento autorizado (1)
Aciclovir (aciclovir)	Avisal® 400 mg	Medicamento autorizado (1) autorizado
Aciclovir (aciclovir)	Visach® 400 mg/ml	Solo Venta (2)
Aciclovir (aciclovir)	Poxader® 400 mg/ml suspensión	Solo Venta
Clofazimina - clorofazimina - clorfazimina	Clofazimine® 100 mg/ml suspensión	Solo Venta o solo venta SAE (2)
Clofazimina - clorofazimina - clorfazimina	Clofazimine® 100 mg/ml suspensión	Solo Venta
Difenilhidantoína	Phenacetin® 200 mg/ml suspensión	Medicamento autorizado (1)
Difenilhidantoína	Sulfadiazina® 200 mg/ml suspensión	Solo Venta
Difenilhidantoína	Sulfadiazina® 200 mg/ml suspensión	Medicamento autorizado (1)
Difenilhidantoína	Sulfadiazina® 200 mg/ml suspensión	Solo Venta
Difenilhidantoína	Sulfadiazina® 200 mg/ml suspensión	Medicamento autorizado (1) autorizado

(1) Medicamento extranjero: es necesario recabar el informe clínico, medical card, autorización médica de farmacéutico y la receta médica. El paciente deberá presentar su DNI o Pasaporte y Visto bueno bajo de IVA de 30 euros a 14 días.

• Inicio del tratamiento en urgencias: de acuerdo con lo establecido en el apartado anterior.

Bibliografía:

- Martínez R, Alarcón J, Martínez-Vidal J, Sáenz-Gómez A, Martínez-Pérez J. Clasificación de los medicamentos de venta libre: criterios y recomendaciones para su uso. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 1999; 145(18): 3763-73.
- Martínez R, Alarcón J, Martínez-Vidal J, Sáenz-Gómez A, Martínez-Pérez J. Clasificación de los medicamentos de venta libre: criterios y recomendaciones para su uso. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 1999; 145(18): 3763-73.
- Martínez R, Alarcón J, Martínez-Vidal J, Sáenz-Gómez A, Martínez-Pérez J. Clasificación de los medicamentos de venta libre: criterios y recomendaciones para su uso. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 1999; 145(18): 3763-73.
- Visach®. Wenzel P, Klemm U, Neudecker M, Scherzer F, van der Meulen J. Headache after oral treatment with aciclovir. Acta Neurochirurgica (Wien). 1999; 141(1): 105-6.
- Tardieu M, Goudevenos J, Tardieu B, Tardieu A, Meunier J, Lévy M, Lévy A, Boulard M, Vialard E, Vialard J, Arribalzaga S, Germain A, Vialard C, Grimaldi J, Allouche J, Leibovici S, Agius M, Lévy S, Agius S. A prospective study of antivirals and antibiotic treatments against severe respiratory tract infections in intensive care units. Intensive Care Medicine. 1994; 20(11): 849-55.
- Visach®. Alarcón J, Martínez-Vidal J, Martínez-Pérez J, Martínez A, Martínez-Pérez J, Martínez-Vidal J, Martínez-Pérez J. Sustitución del aciclovir por la valaciclovir en la profilaxis de la varicela-zoster. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 1999; 145(18): 3763-73.

