

INFECCIONS CUTÀNIES BACTERIANES EN L'ADULT

Rosa Madrideo Mora. Farmacèutica d'Atenció Primària. Mútua de Terrassa.

Núria Barriendos metgessa especialista en medicina familiar i comunitària. CAP Sant Cugat. Mútua Terrassa

Resum

Les infeccions cutànies bacterianes són un dels motius de consulta per causa infecciosa més freqüents a l'atenció primària, darrere de les infeccions respiratòries i urinàries. El tipus i la gravetat de la infecció depèn de la profunditat i del compartiment de la pell afectat, la qual pot ser primària si es produeix sobre pell prèviament sana o secundària si es produeix sobre lesions prèvies. En aquest Butlletí s'inclou el tractament de les infeccions més freqüents, com l'impetigen, l'erisipela, la cel·lulitis, la fol·liculitis, la hidrosadenitis supurativa, l'acne i les infeccions per mossegades.

Per a l'abordatge de les infeccions cutànies es recomana fer un tractament empíric i només davant una evolució dolenta es pot sol·licitar un estudi microbiològic. Les infeccions superficials habitualment només requereixen un bon rentat, utilització d'antisèptics i limitar l'ús d'antibiòtics tòpics perquè generen resistències de forma ràpida. El tractament amb antibiòtics via oral s'ha de reservar per a formes més greus o per a pacients d'alt risc. La durada del tractament ha de ser el més curta possible, habitualment no més de 5 dies.

Introducció

Les infeccions cutànies bacterianes són un dels motius de consulta per causa infecciosa més freqüents a l'atenció primària, darrere de les infeccions respiratòries i urinàries¹.

La pell és la principal barrera estructural de defensa de l'organisme enfront d'agents externs. Està formada per tres capes: l'epidermis (capa externa més protectora i avascular), la dermis i el teixit cel·lular subcutani més profunds i amb irrigació sanguínia. En condicions òptimes existeix un equilibri entre els microorganismes externs i l'hoste, però una gran varietat de causes poden produir un desequilibri i afavorir-ne la infecció²⁻⁵. Les causes més freqüents s'observen a la taula 1.

El tipus i la gravetat de la infecció depèn de la profunditat i del compartiment de la pell afectat. Habitualment són processos banals, però en alguns casos complicats poden arribar a ser letals, com les fasciïtis necrosants amb mortalitat superior al 70%^{5,6}.

Les infeccions cutànies bacterianes es poden classificar com a primàries si es produeixen sobre pell prèviament sana. Poden afectar l'epidermis, com l'impetigen, la dermis superficial, com l'erisipela, la dermis profunda, com la cel·lulitis, o els annexos, com la fol·liculitis, la hidrosadenitis supurativa o l'acne vulgar, per exemple. D'altra banda, es consideren infeccions secundàries si es produeixen sobre lesions prèvies, com poden ser les infeccions causades per mossegades, les del peu diabètic, les produïdes per úlceres per pressió, les de ferides quirúrgiques, etc.⁵⁻⁷.

En aquest *Butlletí* es fa una breu revisió de les infeccions cutànies més freqüents que són motiu de consulta a l'atenció primària del nostre entorn, concretament s'aborda el tractament d'impetigen, erisipela, cel·lulitis, fol·liculitis, hidrosadenitis supurativa, acne i infecció per mossegades.

Taula 1. Causes que poden afavorir les infeccions cutànies

Degudes a la disminució de les defenses de l'hoste
Disminució de la integritat de la barrera
Ferides
Fractures
Cremades
Dermatitis
Mossegades, picades
Alteracions de la flora sapròfita pròpia
Qualitat de la pell disminuïda per: flux sanguini disminuït, neteja, humitat
Variacions en la immunitat
Patologies basals: diabetis <i>mellitus</i>
Degudes a l'agent infecció
Virulència de l'agent infecció
Quantitat d'inòcul

Diagnòstic i selecció del tractament

El diagnòstic és fonamentalment clínic per la qual cosa és molt important una valoració de l'entorn on s'ha produït i conèixer

amb detall l'exposició professional, l'exposició a animals, aigües, viatges, estils de vida o la presència de traumatismes previs, lesions, etc.^{5,7}.

Els bacteris més freqüents com a flora transitòria de la pell són *Staphylococcus aureus* i *Streptococcus pyogenes* i, per tant, són els més implicats en les infeccions cutànies. Altres bacteris que poden produir infeccions amb menys freqüència són *Corynebacterium minutissimum*, *Erysipelothrix rhusiopathiae*, etc. Alguns casos, com les mossegades, poden ser polimicrobianes^{4-6,8}.

A la taula 2 s'observen les infeccions bacterianes més freqüents, la seva localització i els microorganismes més habituals.

En general, els estreptococs del grup A són els bacteris més predominants en les infeccions no purulentes mentre que *S. aureus* ho és en les infeccions purulentes⁹.

S. pyogenes és sempre sensible a penicil·lines, tanmateix *S. aureus* presenta al voltant d'un 90% de resistència a les penicil·lines per penicil·linases. En pacients hospitalitzats, sondats, institucionalitzats o immunodeprimits és freqüent la presència de *S. aureus* resistents a meticil·lina (SARM), la qual cosa representa un risc per al control de la infecció¹⁰. A l'atenció primària, la incidència no és elevada i, per aquest motiu, per al tractament empíric de la majoria d'infeccions no cal considerar la potencial presència de SARM^{4,5}.

Per a l'abordatge de les infeccions cutànies a l'atenció primària es recomana fer un tractament empíric i només davant una evolució dolenta es pot sol·licitar un estudi microbiològic.

La indicació o no de tractament antibiòtic depèn de la localització i la gravetat de la infecció i la selecció del tractament del microorganisme més habitual, les resistències locals i altres factors individuals del pacient^{5,11}.

Taula 2. Infeccions cutànies més freqüents: localització i microbiologia

Tipus d'infecció	Localització	Microorganisme més freqüent	Observacions
Impetigen	Epidermis	<i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus grup A</i>	Ampul·lós (<i>S. aureus</i>)
Erisipela	Dermis – teixit subcutani superficial	<i>Streptococcus grup A</i>	Afecta sovint portadors orofaríngis
Cel·lulitis	Dermis – teixit subcutani profund	<i>Streptococcus grup A</i> o <i>S. aureus</i> (inclòs SARM)	Monomicrobiana si és primària. Si és secundària, polimicrobiana amb anaerobis i BGN
Fol·liculitis	Fol·licle pilós superficial	<i>Staphylococcus aureus</i>	
Furúncol/àntrax	Fol·licle pilós dermis – teixit subcutani	<i>Staphylococcus aureus</i>	
Hidrosadenitis supurativa	Fol·licle pilosebaci glàndules apocrines	<i>Staphylococcus aureus</i>	Altres patògens <i>Streptococcus spp.</i> , BGN i anaerobis
Acne	Fol·licle pilosebaci	<i>Propionobacterium acnes</i>	Es produeixen lesions cutànies degut a la queratinització anormal del fol·licle pilosebaci per la interacció amb andrògens
Infecció per mossegades	Variable. Teixit subcutani superficial-profund	Gos: <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , anaerobis i <i>Capnocytophaga canimorsus</i> Gat: <i>Pasteurella multocida</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> i <i>Bartonella henselae</i> Humanes: <i>estreptococs</i> i <i>estafilococs</i>	

Taula 3. Espectre d'activitat dels antibiòtics més emprats en les infeccions cutànies

Antibiòtic	<i>S. aureus</i>	<i>S. pyogenes</i>	SARM	Enterobacteris
Fusídic	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Mupirocina	SÍ	SÍ	SÍ	NO
Penicil·lina V	NO	SÍ	NO	NO
Amoxicil·lina	NO	SÍ	NO	NO
Cloxacil·lina	SÍ	SÍ	NO	NO
Cefadroxil	SÍ	SÍ	NO	NO
Cefuroxima axetil	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Amoxicil·lina-àcid clavulànic	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Clindamicina	SÍ	SÍ	20% R	SÍ
Cotrimoxazole	SÍ	NO	3% R	SÍ
Macròlids	20% R	7% R	50% R	SÍ

Les infeccions superficials habitualment només requereixen un bon rentat i utilització d'antisèptics, com la povidona iodada al 10%. El tractament amb antibiòtics sistèmics s'ha de reservar per a formes més greus o per a pacients d'alt risc^{5,12}. Les durada del tractament ha de ser el més curta possible, habitualment no més de 5-7 dies^{5,11-13}.

En pacients que presenten infeccions amb abscessos drenables, cal realitzar una incisió i un drenatge¹¹.

A la taula 3 s'observa la sensibilitat als antibiòtics dels patògens més habituals en les infeccions cutànies.

Utilització d'antibiòtics per via tòpica

Els antibiòtics per via tòpica que s'apliquen a la pell s'han relacionat de forma inequívoca amb l'aparició de resistències i, per aquest motiu, cal limitar el seu ús. La mupirocina s'ha de reservar per al tractament dels casos amb SARM i utilitzar l'àcid fusídic com a primera elecció per a la resta d'infeccions cutànies que requereixin tractament tòpic^{5,12}.

Els tractaments amb antibiòtics tòpics no han de tenir una durada superior a 5-7 dies.

Els professionals sanitaris han d'informar els pacients per tal de no tenir els antibiòtics tòpics a la farmaciola de casa per utilitzar com antisèptic de primera línia per a petites ferides, granets, furúncols, etc.

Infeccions cutànies més habituals a l'atenció primària que poden requerir tractament antibiòtic

Impetigen

Es tracta d'una infecció superficial que afecta l'epidermis i pot presentar dues formes clíniques diferents^{13,14,15}:

- No ampul·lós: causat per *S. aureus* i estreptococs β -hemolítics del grup A. Afecta la cara i les extremitats. Comença com unes petites màcules que evolucionen a pàpules i vesícules que en trencar-se formen crostes melicèriques. Pot presentar adenopaties regionals.
- Ampul·lós: causat per *S. aureus*. És més freqüent en nounats i afecta el coll, les aixelles i l'àrea del bolquer. Es formen unes vesícules de color clar que es fan purulentes i deixen unes crostes melicèriques amb un collaret descamatiu. No presenta adenopaties regionals.

Pot ser primària o infectar lesions prèvies, ja que és molt contagiós.

Els factors de risc són la falta d'higiene, la calor i els climes humits i la immunodepressió.

En les formes lleus i localitzades es pot utilitzar àcid fusídic al 2% de forma tòpica dos cops al dia durant 5 dies. En els casos més extensos o quan afecta la cara o quan no hi ha millora amb el tractament tòpic es recomana tractament oral amb cloxacil·lina o cefadroxil^{4,7,8} (vegeu la taula 4).

Erisipela

És una infecció que afecta la dermis superficial causada principalment per estreptococs β -hemolítics del grup A i rarament per *S. aureus* o estreptococs del grup B, C o G^{8,14}.

Es presenta com una placa vermella, brillant i ben delimitada que és dura, calenta i dolorosa al tacte.

Afecta principalment les edats extremes de la vida i es localitza a les extremitats inferiors unilateralment seguit de la cara, les orelles i les extremitats superiors. El pacient pot presentar malestar general, febre elevada, calfreds, limfadenopaties, leucocitosi i altres marcadors inflamatoris^{4,6}. Si hi ha signes d'afectació sistèmica cal derivació hospitalària⁵.

Els factors de risc són la immunodepressió, la insuficiència venosa, el limfedema, el sobrepès i sobretot haver patit un episodi previ. Afecta, sovint, portadors orofaríngis^{7,14}.

Taula 4. Tractament antibiòtic de les infeccions cutànies més freqüents^{4-8,15-18}

TRACTAMENT ANTIBIÒTIC			
IMPETIGEN			
Lleu i localitzat			
Via d'administració tòpica	Fusídic 2%	1 aplicació/12 h	5-7 dies
Extens o que no respon al tractament tòpic			
Oral	Cloxacil·lina	500 mg/6 h	5 dies
	Cefadroxil oral	500 mg/12 h	5 dies
Al·lèrgics penicil·lines	Clindamicina	300 mg / 8 h	5 dies
ERISPELA			
Oral	Penicil·lina V	250-500 mg/6 h	5 dies*
	Amoxicil·lina	500 mg/8 h	5 dies*
	Cefadroxil	1 g/12-24 h	5 dies*
Si el diagnòstic no està clar i no es pot descartar <i>S. aureus</i>	Cloxacil·lina	500 mg/6 h	5 dies*
Al·lèrgics penicil·lines:	Clindamicina	300 mg/8 h	5 dies*
*Valorar al tercer dia i si no presenta bona evolució ampliar la durada fins als 10 dies.			
CEL·LULITIS			
D'elecció	Cloxacil·lina	500 mg/6 h	5 dies*
	Cefadroxil oral	1 g/12-24 h	5 dies*
Si és facial o en pacients de risc com diabètics, usuaris de drogues per via endovenosa o secundària a mossegades	Amoxicil·lina-àcid clavulànic	500**/125 mg/8 h	7 dies*
Al·lèrgics	Clindamicina	300-600**/8 h	5 dies*
Si sospita de SARM	Trimetoprim-sulfametoxazole	160/800/12 h	10 dies
*Si no hi ha bona evolució, cal allargar el tractament fins a 10 dies. ** Si la lesió és molt extensa, cal derivació hospitalària.			
FOL·LICULITIS/FURONCOL			
Habitualment no cal tractament antibiòtic	El tractament dels factors de predisposició pot resoldre la situació. En fol·liculitis o furunculosis de repetició, la descolonització tòpica nasal pot disminuir-ne la freqüència		
Si està molt localitzat, antibiòtic per via d'administració tòpica	Fusídic 2%	1 aplicació/12 h	5-7 dies
Furóncol amb abscess i signes d'infecció sistèmica	Cloxacil·lina	500 mg/6 h	5 dies
	Cefadroxil oral	1 g/12-24 h	5 dies
HIDROSADENITIS SUPURATIVA*			
Via d'administració tòpica	Clindamicina 0,1% solució	1 aplicació/12 h	3 mesos
Alternativa oral	Doxiciclina	100 mg/12-24 h	3 mesos
*El tractament és complex. En la taula només s'inclouen els antibiòtics més emprats.			
ACNE*			
Alternatives de tractament tòpic	Peròxid de benzoil 2,5-10% (gel o crema)	1- 2 aplicacions/dia	3 mesos
Si no millora, afegir a la teràpia de peròxid de benzoil	Clindamicina 1% (gel o solució)	1 aplicació/nit	3 mesos
Si no millora, afegir a la teràpia de peròxid de benzoil	Doxiciclina oral	50-100 mg/dia	3 mesos
*Només s'inclouen els tractaments de l'acne lleu i moderada.			
MOSSEGADES			
Si són mossegades humanes o de gat, cal tractar sempre. Si són de gos, iniciar tractament si existeixen factors de risc	Amoxicil·lina-àcid clavulànic	500/125 mg/8 h	5 dies
Alternativa	Doxiciclina +	200 mg/dia 1r dia 100 mg/dia 2n-5è dia	5 dies
	metronidazole	500 mg/8 h	5 dies

El tractament d'elecció és la penicil·lina V durant 5 dies, tot i que cal valorar al tercer dia i si no presenta bona evolució ampliar la durada fins als 10 dies (vegeu la taula 4)^{7,8,13}.

Si afecta les extremitats inferiors es pot considerar com una autèntica cel·lulitis⁷. Cal recomanar repòs, elevar el membre afectat i valorar la probabilitat de tromboembolisme sobretot en pacients d'edat avançada i/o altres factors de risc^{5,7}.

En cas de recurrències es pot fer profilaxi amb penicil·lina G benzatina 1,2 MU via intramuscular cada mes o 1 g de penicil·lina V cada 24 h de 6 a 12 mesos^{6,7}.

Cel·lulitis

És una infecció que afecta la dermis profunda i el teixit cel·lular subcutani. Els microorganismes més habituals són *S. aureus* i estreptococs β -hemolítics del grup A.

Es manifesta com una placa eritematosa mal delimitada, calenta i dolorosa al tacte i poden aparèixer vesícules i petèquies sobre la lesió. La localització més freqüent són les extremitats inferiors i les manifestacions sistèmiques solen ser lleus. Si afecta compartiments més profunds pot causar una patologia més greu com abscessos, fasciïtis o mionecrosi^{4,14}, sobretot en pacients amb diabetis, malaltia vascular perifèrica, alcoholisme, malnodrits, neoplàstics, immunodeprimits, obesos o amb cirrosi hepàtica^{7,8}.

Cal derivar a l'hospital si hi ha gran afectació sistèmica, hipotensió, creatinina elevada, CPK (x2-3) o PCR > 13 mg/L o en pacients molt fràgils i amb afectació facial extensa o periorbitària⁶.

Els factors de risc més freqüents són les infeccions per mossegades, la insuficiència venosa, el limfedema, el sobrepès, les úlceres de decúbit o vasculars, l'erisipela prèvia o la immunodepressió, i es manifesta més sovint en adults i ancians^{8,14}.

El tractament antibiòtic recomanat depèn de la localització, la gravetat i els factors de risc del pacient. Habitualment es recomana utilitzar cloxacil·lina o cefadroxil oral, però si afecta la cara, diabètics, usuaris de drogues per via endovenosa o és secundària a mossegades, es prefereix utilitzar amoxicil·lina-àcid clavulànic^{7,8} (vegeu la taula 4). Cal indicar repòs, evitar la sequedat cutània i elevar l'extremitat afectada⁷.

La durada del tractament ha de ser el més curta possible (5-7 dies), però pot allargar-se fins als 10 dies segons l'evolució^{8,13,15}.

Si la cel·lulitis és purulenta, cal sospitar del SARM com a agent etiològic⁵. Altres factors de risc per a la presència de SARM són: brots en residents de comunitats tancades (residències), ús previ i freqüent d'antibiòtics i portadors de sonda vesical, entre d'altres⁸.

Fol·liculitis, furúncols

La fol·liculitis és una infecció superficial del fol·licle pilós causada majoritàriament per *S. aureus* i en alguns casos per *Ps. aeruginosa*. Es presenta com una pàpula eritematosa al voltant de fol·licle que produeix pruija, però sense dolor ni afectació sistèmica. Sol curar-se espontàniament, però pot empitjorar i evolucionar a furúncol o abscessos. Es pot manifestar en qualsevol part del cos amb pèl i és més freqüent a la cara i l'esquena.

Com a factors de risc es troben la immunosupressió, la diabetis, l'afaitat, les depilacions, els portadors nasals de *S. aureus*, la utilització d'antibiòtics i corticoides d'administració per via tòpica, la hiperhidrosi, etc. En el cas d'infecció per *Ps. aeruginosa*, els factors de risc es relacionen amb el contacte d'aigua contaminada, banys calents, piscines, etc.^{7,8}.

El furúncol afecta la zona més profunda del fol·licle pilós i travessa la dermis i el teixit subcutani. Es presenta a zones com el coll, les aixelles, les engonals i els glutis.

Pot ser perillós si afecta la zona nasolabial per risc d'afectació a estructures meníngies. La presència de furúncols recurrents es denomina furunculosis i habitualment es relaciona amb ser portador de *S. aureus*¹⁴.

Habitualment no cal tractament antibiòtic (vegeu la taula 4). El tractament dels factors de predisposició, com la neteja amb antisèptics suaus (clorhexidina o povidona iodada), cobrir amb preparats amb peròxid de benzoil o gel d'etanol, etc., pot resoldre la situació⁸. En la fol·liculitis per pseudomonas pot ser d'utilitat la neteja amb àcid acètic al 5% aplicat durant 15-30 minuts diverses vegades al dia⁶. En lesions molt localitzades es pot indicar àcid fusídric al 2%, 2 vegades al dia durant 5 dies.^{7,8}

En fol·liculitis o furunculosis de repetició, la descolonització tòpica nasal (mupirocina aplicada 2 cops al dia durant 5 dies), pot disminuir-ne la freqüència⁸.

L'àntrax es produeix per la confluència de diversos furúncols i sol presentar afectació sistèmica i requereix derivació hospitalària.

Tant els furúncols com l'àntrax poden requerir incisió per facilitar el drenatge. Ambdues infeccions poden deixar cicatrius.

Hidrosadenitis supurativa

Es tracta d'una oclusió crònica del fol·licle a zones cutànies amb gran densitat de glàndules apocrines. És més freqüent en les dones, i les localitzacions més habituals són les aixelles en les dones i la zona perianal en homes^{4,5,15,16}.

Actualment està classificada com una malaltia crònica rara autoimmunitària.

Etiologia és desconeguda, tot i que es consideren diversos factors implicats, com genètics, hormonals, bacterians, estrès, tabac, cosmètics, humitat, obesitat o fàrmacs. Es produeixen uns nòduls inflamatoris que amb les recurrències formen quists i abscessos. Les lesions tenen mala olor i són doloroses⁶.

El tractament és complex i varia segons la gravetat i les característiques de cada pacient. S'utilitzen tractaments destinats a reduir l'obstrucció del fol·licle pilós amb retinoides i altres per controlar la resposta inflamatòria, com immunosupressors, anti-TNF- α , blocadors d'hormones androgèniques, etc.

El mecanisme pel qual els antibiòtics poden millorar la hidrosadenitis supurativa no és del tot conegut, sembla que disminueixen la càrrega bacteriana de la pell i també poden tenir un efecte antiinflamatori¹⁵.

El tractament antibiòtic tòpic que ha demostrat millor resultat en la hidrosadenitis lleu-moderada és la clindamicina 0,1% en 2 aplicacions diàries durant 3 mesos¹⁵. En els pacients que no es controlen amb el tractament tòpic es recomana provar un tractament antibiòtic amb tetraciclins via oral^{15,16}.

Si fracassa el tractament farmacològic o davant de nombroses recurrències, cal considerar la cirurgia (incisió i drenatge)^{5,7}.

Acne

Es tracta d'una dermatosi inflamatòria crònica del fol·licle pilo-sebaci. Afecta principalment la cara, però també el coll, l'esquena, els braços, etc. És molt freqüent en adolescents (80-85%), però pot persistir en l'edat adulta.

El microorganisme implicat és el *Propionibacterium acnes* que en interaccionar amb els andrògens produeix unes lesions cutànies com a resultat de la queratinització anormal del fol·licle pilosebaci^{7,17}.

Les manifestacions clíniques poden ser⁷:

- Lleu, no inflamatòria amb predomini de barbs i absència de nòduls i quists.
- Lleu-moderada (papulopustulosa inflamatòria) amb predomini de pàpules i pústules inflamatòries.
- Greu (noduloquística papulopustulosa inflamatòria) amb lesions de tots tipus amb nòduls i quists i extenses, infiltrants i doloroses.

La utilització d'antibiòtics s'ha de limitar a tractaments que no responen a la primera línia amb peròxid de benzoïl, ja que la sensibilitat de *Propionibacterium acnes* a macròlids actualment és inferior al 50%, la qual cosa redueix l'eficàcia i el resultat del tractament⁷.

L'antibiòtic d'administració tòpica més indicat és la clindamicina perquè és activa davant *P. acnes* i, a més, presenta una activitat

antiinflamatòria, i per via oral es recomana la doxiciclina (vegeu la taula 4). No s'han d'utilitzar els antibiòtics en monoteràpia pel risc de seleccionar més resistències^{7,8}.

Infecció per mossegades

En les infeccions per mossegades l'etiologia infecciosa bacteriana varia segons el tipus (vegeu la taula 2).

Les infeccions per mossegades solen ser polimicrobianes. Si són de gats o gossos amb predomini de *Pasteurella* i *Bacteroides spp*, així com estafilococs i anaerobis. També s'han detectat SARM en mascotes⁷. En les humanes predominen els estreptococs i estafilococs^{7,8}.

El tractament inicial ha de ser local de neteja de la ferida, immobilització amb elevació si està localitzada a una extremitat inferior i revalorar a les 24-48 h els signes de sobreinfecció.

Les mossegades de gat (50-80% són més susceptibles d'infectar-se que les de gos (10-20%) i les humanes s'infecten localment gairebé sempre⁴.

La profilaxi antibiòtica està indicada en els casos següents⁷:

- Si s'ha produït una discontinuació del teixit de la pell després de la mossegada.
- Mossegades d'humans i de gat.
- Mossegades a la cara, les mans, els peus o l'àrea genital.
- Mossegades no tractades abans de les 12 h.
- Pacients de risc: immunodeprimits, quan hi ha risc d'endocarditis, pneumopaties cròniques o diabetis, per exemple.

L'antibiòtic de primera elecció és l'amoxicil·lina-àcid clavulànic durant 5-10 dies (vegeu la taula 4).

Punts clau

- Els bacteris més freqüents com a flora transitòria de la pell són *Staphylococcus aureus* i *Streptococcus pyogenes*.
- *Streptococcus pyogenes* és sempre sensible a penicil·lines, tanmateix, *Staphylococcus aureus* presenta al voltant d'un 90% de resistència a les penicil·lines per penicil·linases.
- Les infeccions superficials habitualment només requereixen un bon rentat i utilització d'antisèptics, com la povidona iodada al 10%.
- La durada del tractament, tant per via tòpica com oral, ha de ser el més curta possible, habitualment no més de 5-7 dies.

Bibliografia

1. Llor C i Hernández S. Enfermedad infecciosa en atención primaria: estudio prospectivo efectuado durante todo un año. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(4):222–226.
2. Di Piro J, Talbert RL. *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*. 8ª edición. McGraw-Hill. N York 2011.
3. Saavedra Lozano J, Santos Sebastián M, González F, Hernández Sampelayo Matos T i Navarro Gómez ML. Infecciones bacterianas de la piel y tejidos blandos. A: *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/piel.pdf>. Consulta: abril 2021.
4. Manejo de las infecciones cutáneas bacterianas en el ámbito ambulatorio. *INFAC*. 2018;26:7. Disponible a: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2018/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_26_7_infecciones%20cut%C3%A1neas.pdf. Consulta: abril 2021.
5. Folch Marín B, Palop Larrea V, Martínez-Mir I, Colomina Rodríguez J, Sempere Manuel M. Guía Fistera: Tratamiento empírico de las infecciones cutáneas bacterianas. Darrera actualització: 1 març 2019. Disponible a: https://www.clinicalkey.es/#!/content/guides_techniques/52-52.0-mt_fis_430. Consulta: abril 2021.
6. Batalla Sales M, García Domingo C, Monedero Mira MJ, Persiva Saura B, Rabanaque Mallén G, Tárrega Porcar L. Tratamiento empírico de las infecciones del adulto. *Protocolos*. FMC 2016.
7. Batalla Sales M, Madurell Fernández J, Rodríguez Panedas N, Rovira España M, Servent Battle C, Vera Espallardo F. Infecciones cutáneas. A: Llor et al. *Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria*. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la semFYC. Cuarta edición: mayo 2017.
8. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área de Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Disponible a: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guia/terapeutica/aljarafe/guia/terapeutica/Aljarafe/guia/guia_find_hsd.asp. Consulta: abril 2021.
9. Kosar L, Laubscher T. Management of impetigo and cellulitis. Simple considerations for promoting appropriate antibiotic use in skin infections. *Can Fam Physician*. 2017 Aug;63(8):615-618.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe—Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017. Stockholm: ECDC; 2018. Disponible a: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AMR%202017_Cover%2BInner-web_v3.pdf. Consulta: abril 2021.
11. Spelman D i Baddour LM. Cellulitis and skin abscess in adults: Treatment. UpToDate. Actualització desembre 2020. UpToDate. [Internet]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/>. Consulta: abril 2021.
12. Topical antibiotics for skin infections: when are they appropriate? *Febrero 2017*. Disponible a: <https://bpac.org.nz/2017/topical-antibiotics-2.aspx>. Consulta: abril 2021.
13. Wilson HL, Daveson K, Del Mar CB. Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections. *Australian Prescriber*. 2019;42(1):5-9. Disponible a: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/optimal-antimicrobial-duration-for-common-bacterial-infections>. Consulta: abril 2021.
14. Mínguez Sabater H. Manejo de las infecciones cutáneas frecuentes en Atención Primaria. *Treball Fi de Grau de Medicina*. Universitat Jaume I. Castelló. Darrera actualització: 30 maig 2017. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10234/171266> Consultat abril 2021
15. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Junio 2019. 55 páginas. Disponible a: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262>. Consulta: abril 2021.
16. Ingram JR. Hidradenitis suppurativa: Management. UpToDate. Actualització gener 2021. UpToDate. [Internet]. Disponible a: <https://www.uptodate.com/>. Consulta: maig 2021.
17. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquetef L y Labandeira-García J. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *Semergen*. 2017;43(1):34-42.
18. Anònim. Tratamiento del acné: actualización. *Boletín terapéutico andaluz*. 2019; 34(4):38-48. Consulta: abril 2021. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.11119/BTA2019-34-04>

Data de redacció: **Març 2021**

En el pròxim número: **Información de medicamentos a la ciudadanía: com traslladem l'evidència als pacients? Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

Direcció: Marta Chandre

Subdirecció: Pilar López

Coordinació editorial: Laura Diego i Laia Robert

Coordinació de la Comissió d'Informació Terapèutica: Núria Escoda

Comitè científic: Jordi Camarasa, Laura Diego, Núria Escoda, Francesc de B. Ferrer, Pilar López, Roser Llop, Josep Manuel Llop, Rosa Madrèjols, Eduardo L. Mariño, Carlos Martín, Andrea Molina, Eva Martínez, Alba Prat, Manel Rabanal, Laia Robert, Mónica Sanmartín, Amelia Troncoso, Laura Villamarín, Noemí Villén

Secretaria Tècnica: Ester Saperas

Suport tècnic: CedimCat

ISSN: 1579-9441

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a:

Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica

Gerència del Medicament,

Travessera de les Corts, 131-159, 08007 Barcelona

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:

<http://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/butlletins/butlleti-d-informacio-terapeutica-bit/>

<http://medicaments.gencat.cat/ca>

