

PROTOCOL INFECCIONS DE PELL I PARTS TOVES A PEDIATRIA

Grup PROA Comunitari Baix Camp i Priorat

Versió 1 2026

ÍNDEX

1. CONSIDERACIONS INICIALS
2. INTRODUCCIÓ
3. SITUACIONS CLÍNIQUES
4. ANNEXES
5. BIBLIOGRAFIA
6. HISTÒRIC DE VERSIONS

1. CONSIDERACIONS INICIALS

Habitualment **el tractament inicial serà empíric**, pel que per a valorar l'**elecció** d'aquest s'ha de tenir present:

- Etiologia de la infecció: perfil de sensibilitat i patró de resistències locals dels microorganismes implicats. Els microorganismes més habituals són *Staphylococcus aureus* i *Streptococcus pyogenes*.
- Localització, extensió i profunditat de la infecció.
- Característiques del pacient: comorbiditat, estat immunològic i edat.
- Característiques de l'antibiòtic: espectre d'acció, metabolisme, via d'administració, posologia i sabor.
 - Antibiòtic tòpics (mupirocina 2% i àcid fusídic 2%) presenten una eficàcia superior o igual als antibiòtics orals en el tractament d'infeccions lleus o limitades. Poden generar resistències. Són actius enfront a *S.aureus* resistent a meticil·lina (SARM).
 - Antibiòtics sistèmics:
 - Penicil·lina V i amoxicil·lina: actius enfront a *S.pyogenes*, no enfront a *S.aureus* (90% de les soques de *S.aureus* presenten resistències mediades per penicil·linases).
 - Cloxacil·lina: actiu enfront *S.aureus* meticil·lin sensibles i *S.pyogenes*. Mala tolerància oral i biodisponibilitat oral.
 - Cefadroxil (vo)/ Cefazolina (ev): Cefalosporina 1ºG, activa enfront a cocs gram positius sensibles a meticil·lina.
 - Cefuroxima-axetil: cefalosporina 2ºG, actiu enfront a gram positius i enterobactèries.
 - Amoxicil·lina-clavulànic: actiu enfront a *S. pyogenes* i *S. aureus* meticilin sensible, així com a bacils gram negatius i anaerobis. D'especial rellevància en infeccions polimicrobianes.
 - Clindamicina: ampli espectre, alternativa en pacients al·lèrgics a betalactàmics, actiu enfront a *S. aureus* resistents a meticil·lina (SARM)

(tot i augment de resistències, fins 26% en alguns estudis). Només disponible en càpsules.

- Trimetoprim-Sulfametoxazol (TMP-SMX, Cotrimoxazol): ampli espectre, actiu enfront a *S. aureus* sensible i SARM (poc % de resistències actual). No presenta activitat enfront a *S.pyogenes*.
- Macròlids: alt potencial d'inducció de resistències. Reservar en situacions d'al·lèrgia a betalactàmics sense altres opcions.

2. INTRODUCCIÓ

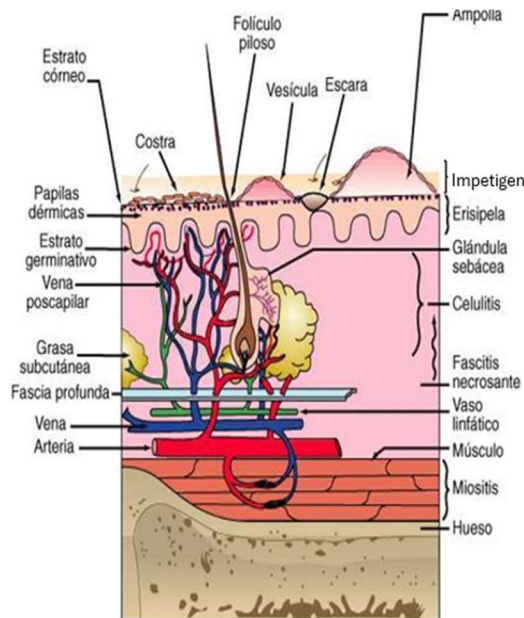
Les infeccions de pell i parts toves es troben entre les infeccions més freqüents en edat infantil, presentant un ampli ventall de gravetat.

Es classifiquen segons la localització, profunditat, agent etiològic i clínica.

Les manifestacions cutànies de les infeccions víriques a la infància són molt freqüents, però no són objecte d'aquest protocol, així com tampoc les infeccions fúngiques, centrant-nos doncs en les infeccions de pell i parts toves produïdes principalment per microorganismes del grup estreptococ i estafilococ.

Les infeccions bacterianes de pell poden presentar-se en diferents nivells de profunditat, implicant a la epidermis (impetigen), la dermis (ectima, erisipela) o al teixit cel·lular subcutani (cel·lulitis, abscessos subcutanis); mentre que les infeccions de parts toves poden estendre's a zones més profundes i afectar a la fàscies (fascitis necrotitzant) o al múscul (piomiositis).

Podem observar a mode de resum en aquesta **figura la localització i profunditat de les entitats més freqüents**.



El **diagnòstic** és fonamentalment **clínic**. Tot i que habitualment no serà necessària la realització d'exàmens complementaris, serà important la **recollida de cultius** sobretot en situacions especials com pacients amb immunosupressió, evolució tòrpida del quadre amb tractament empíric, sospita de complicacions, així com en situacions de supuració o presència de material purulent. En aquests casos caldrà recollir mostres per a cultiu d'aspirat, drenatge o biòpsia de la lesió.

És imprescindible recollir a la anamnesi: estat immunitat, procedència, història de viatges recents, traumatismes i antibioteràpia prèvia.

Els principals bacteris implicats en les infeccions cutànies són *S. aureus* i *S. pyogenes*. Tot i així, les característiques del pacient o el context clínic-epidemiològic, poden afavorir la implicació d'altres espècies essent important la recollida de mostres per a l'estudi microbiològic en aquestes situacions.

El **tractament** habitualment s'inicia de forma empírica, enfront als principals microorganismes implicats, *S. aureus* i *S. pyogenes*, com ja hem comentat prèviament.

Habitualment el **tractament tòpic** amb antisèptics o antibiòtics tòpics en casos d'infeccions superficials serà suficient, essent els més utilitzats pel seu espectre d'acció mupirocina o àcid fusídic, a excepció de que existeixin factors de risc, infeccions greus, extenses o complicacions. En els últims anys s'han observat alguns quadres d'impetigen i soques de *S. aureus* amb resistència al tractament tòpic habitual, precisant en segon nivell altres antibiòtics tòpics com ozenoxacino, essent aquests sempre reservats a situacions concretes.

En el cas d'infeccions que precisin de **tractament sistèmic**, les **penicil·lines anti-estafilocòciques** com la cloxacil·lina i les cefalosporines de 1º generació són un opció excel·lent. Hem de tenir present que en gran part dels casos existeix producció de betalactamases en el cas de *S.aureus*, i per tant serà rellevant a l'hora de seleccionar el tractament empíric, pel que amoxicil·lina o penicil·lina sola no seran una opció candidata en el tractament empíric. En el moment actual l'elecció de tractament més acceptat seran les cefalosporines de 1º generació (cefadroxil, cefalexina o cefazolina) pel seu espectre reduït, bona biodisponibilitat a teixits i bona tolerabilitat.

Tot i així, és important tenir present el risc d'infeccions causades per *S.aureus* resistent a meticil·lina (SARM) i conèixer la prevalença local per tal de valorar canvis en el tractament empíric d'aquestes entitats. Existeixen diversos estudis que avaluen la prevalença de *S. aureus* resistent a meticil·lina a Espanya, amb una taxa de SARM adquirit a la comunitat (SARM-AC) entorn al 16,2% en algunes sèries. Per altre banda, l'estudi COSACO, que avalua la colonització nasal per *S. aureus* entre la població infantil a Espanya, descriu un risc de SARM del 4,4% entre els pacients colonitzats, dels quals un 26% es mostraren resistents a clindamicina. És important conèixer, tanmateix, que la població procedent de zones com Amèrica o Europa de l'Est presenten habitualment taxes superiors de resistència enfront a *S. aureus*. Les dades recents descrites en el nostre entorn, gràcies al registre del Vincat mostren una taxa de SARM en població pediàtrica entorn al 6,3 % a tot Catalunya (N 896), essent del 8,8% segons les dades avaluades a Camp de Tarragona (N45) l'any 2023.

En aquestes situacions amb sospita o confirmació de SARM-AC, el trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) o la clindamicina constitueixen de forma global una bona opció de tractament, tot i així amb taxes de resistència no menyspreable de clindamicina en algunes poblacions que haurem de tenir present.

En general el **maneig** del pacient es realitzarà de **forma ambulatoria** en la majoria dels casos, tenint present que **algunes situacions precisaran ingrés hospitalari** per al seu maneig i control:

- Infecció sistèmica greu amb afectació de l'estat general
- A considerar en edat <3-6 mesos
- Cel·lulitis facial
- Adenitis-cel·lulitis en menors de 3 mesos
- Afectació extensa de la pell
- Sospita de complicació greu com osteomielitis, piomiositis, fascitis necrotitzant
- Xoc tòxic o síndrome de la pell escaldada
- Immunodeprimits
- Manca de resposta a tractament oral.

3. SITUACIONS CLÍNIQUES

3.1. IMPETIGEN

Infecció a nivell de la epidermis, molt contagiosa i freqüent a la infància, amb un pic d'incidència entre els menors de 5 anys, essent més freqüent durant l'estiu.

El contagi es produeix per autoinoculació o contacte directe o per fòmites.

Produeix lesions epidèrmiques no cicatricials, ben delimitades, a zones exposades. Existeixen dues formes clíniques:

- **Impetigen no ampul·lós** (més freq. 70% casos): habitualment causada per *S.aureus* o *S.pyogenes*, i ocasionalment per estreptococs del grup C i G. Les lesions progressen des de màcules a pàpules, vesícules i finalment erosió superficial amb crosta mel·licèrica. Acostumen a distribuir-se a nivell periorifical a nas i boca, tronc, natges, periné, aixelles i extremitats. Pot donar lloc a prurit. No acostuma a presentar simptomatologia sistèmica.
- **Impetigen ampul·lós**: causada per *S.aureus*, productor de toxines epidermolítiques A i B. Les lesions són inicialment vesícules o pústules que evolucionen a ampolles superficials de 1-5cm, que en trencar-se deixen una regió eritematosa sobre el que es forma una crosta fina.



El tractament dependrà de l'extensió del quadre i l'evolució. Generalment presentarà una adequada evolució amb tractament tòpic.

- Mupirocina 2% o Àcid fusídic 2%: 1 aplicació cada 8 hores durant 5-7 dies
- Si evolució tòrpida, lesions extenses, pacient immunodeprimit, simptomatologia sistèmica: Cefalosporina de 1º generació (cefadroxil oral o cefazolina ev) durant 5-7 dies. En cas de sospita de SARM-AC TMP-SMX o clindamicina serien les opcions terapèutiques, previ a la recollida de mostra per a cultiu.

3.2. FOL·LICULITIS

La fol·liculitis és una patologia dermatològica molt comú caracteritzada per la inflamació del fol·licle pilós, generalment benigna i que rarament progressa a patologies cutànies severes.

Es manifesta amb la formació de pústules o pàpules de contingut purulent de base eritematosa al voltant del fol·licle pilós (2-5mm de diàmetre), soles o agrupades. Habitualment apareixen a cuir pilós, glutis i zones piloses d'extremitats.

El principal agent etiològic és el *S.aureus* i en segon lloc *S.pyogenes*, tot i que en algunes ocasions poden estar causades per bacils gram negatius, fongs o virus.

La majoria dels casos cursen de forma **autolimitada**. En cas de presentar-se amb major extensió o dificultats per a la resolució s'accepta el tractament tòpic amb mupirocina 2% o àcid fusídic 2% durant 5-7 dies.

3.3. ECTIMA

Es tracta d'una infecció cutània ulcerativa poc freqüent que s'estén a través de la epidermis fins a la dermis. Acostuma a localitzar-se a membres inferiors, iniciant-se com una lesió d'impetigen o sobreinfecció d'una lesió prèvia, que evoluciona a una úlcera amb crosta i contorn sobrelevat, que cura deixant una lesió cicatricial.

Habitualment causada per *S.pyogenes* o *S.aureus*, tot i que en algunes ocasions (ex. pacient neutropènic) pot ésser secundari a *Pseudomonas* spp (ectima gangrenós).

El maneig de l'ectima consisteix en **tractament sistèmic**, essent d'elecció les cefalosporines 1ºG (cefadroxil oral o cefazolina ev) durant 7-10 dies. En el cas d'ectima gangrenós amb sospita d'etiologia per *Pseudomonas* spp, caldrà utilitzar un antibiòtic amb cobertura antipseudomònica per via ev (ex. piperacil·lina-tazobactam).



3.4. ERISPELA

Es tracta d'una infecció superficial que afecta a la dermis superior i al sistema limfàtic.

Està causada habitualment per *S.pyogenes* o estreptococs dels grups B, C o G, i en menor mesura per *S.aureus*.

Precisa d'una porta d'entrada com abrasions, úlceres o picades d'insecte. És caracteritzada per un inici brusc, amb una placa eritematosa, calenta, brillant, indurada i dolorosa, que característicament, presenta relleus ben definits i lleugerament sobreelevats. Es localitza preferentment a membres inferiors (70-80%) i cara (5-20%).

Acostuma a associar simptomatologia sistèmica com febre, calfreds i malestar. Pot acompanyar-se de pústules, vesícules i ampolles (marcador de gravetat).

El maneig serà amb **antibioteràpia sistèmica** amb penicil·lina/amoxicil·lina oral o cefalosporines de 1º generació, durant 10 dies.



3.5. CEL·LULITIS

Consisteix en una infecció amb afectació de la dermis i teixit cel·lular subcutani.

Els microorganismes principalment implicats seran *S.aureus* i *S.pyogenes*; essent en menor mesura *S.agalactiae* i bacils gram negatius en nounats i enterobactèries en pacients immunodeprimits.

Són factors de risc predisponents la presència de traumatismes previs, ferides, picades d'insecte i les infeccions cutànies pre-existents (impetigen, ectima).

La lesió característica és una placa amb contorn mal definit no sobreelevat, edematosa, calenta, eritematosa i dolorosa, que pot acompanyar-se de limfangitis i adenopaties, així com de símptomes sistèmics com febre i malestar.

La ecografia pot ésser d'utilitat en el diagnòstic diferencial amb altres entitats com els abscessos o la fascitis necrotitzant.

El tractament consisteix amb **antibioteràpia sistèmica** enfront a *S.aureus* i *S.pyogenes*, amb cefalosporines de 1º generació, podent iniciar el tractament via oral si presenta un bon estat general i possibilitat de control clínic estret, amb una durada habitual de 7-10 dies.



3.6. ABSCÉS SUBCUTANI

Es tracta d'una col·lecció purulenta localitzada a nivell de dermis o teixit cel·lular subcutani. Es forma per extensió local cutània (complicació), després d'un traumatisme o per disseminació hematògena.

Els microorganismes principalment implicats seran *S.aureus* seguit de *S.pyogenes*.

La base del tractament serà el **desbridament i drenatge de la col·lecció**, essent suficient en gran part dels casos per a la seva curació en pacients sense patologia de base. Es valorarà el **tractament antibiòtic associat** amb cefalosporines de primera generació, principalment en cas de pacients immunodeprimits, lactants, afectació de l'estat general o lesions múltiples.

3.7. FASCITIS NECROTITZANT

Es tracta d'una infecció greu i ràpidament progressiva, poc freqüent en edat pediàtrica.

Es caracteritza per una necrosi d'extensió ràpida i amb una toxicitat sistèmica greu. Les extremitats són la localització més freqüent, així com el tronc en edat infantil.

Clínicament es caracteritza per un **dolor intens**, desproporcionat per a les troballes a l'exploració física. Durant la evolució observarem eritema, edema i calor, amb pell brillant i tensa, així com característicament un dolor intens. Progressa ràpidament (24-48 hores), amb canvi de coloració vermellós a violaci fins a coloració grisosa, podent associar ampolles hemorràgiques. No és infreqüent la presència de síndrome compartimental. S'acompanya de clínica sistèmica amb febre elevada, alteració de l'estat general, taquicàrdia i xoc tòxic.

El **tractament** s'ha d'instaurar ràpidament, essent fonamental el **desbridament quirúrgic extens**, associat a **antibioteràpia endovenosa** d'inici precoç, habitualment amb un

betalactàmic antiestafilocòcic (cloxacil·lina o cefalosporina 1^o generació) associat a clindamicina.

3.8. PIOMIOSITIS

Es tracta d'una infecció bacteriana aguda del múscul esquelètic originada després d'una bacterièmia, localitzada habitualment a músculs llargs de membres inferiors i tronc.

Es presenta de forma subaguda amb dolor muscular lleu i febrícula, donant pas posteriorment a signes inflamatoris locals com dolor intens, eritema, edema i calor, febre i formació d'abscessos.

El principal agent etiològic és *S.aureus* (90%), essent altres agents menys freqüents com *S.pyogenes*, bacils gram negatius i *S.pneumoniae*.

Habitualment el tractament empíric inicial serà amb cloxacil·lina o cefazolina endovenoses, valorant la necessitat de desbridament quirúrgic en algunes ocasions. La durada total del tractament serà 3-4 setmanes generalment, podent passar a via oral segons l'estat clínic i la millora del procés.

3.9. INFECCIÓ PER MOSSEGADES

La infecció de les ferides per mossegada es produeix per inoculació de microorganismes al teixit subcutani, essent la complicació tardana més freqüent.

El 90% de les mossegades estan produïdes per gossos, seguides de gats i humans, principalment.

La localització més freqüent de les mossegades és a cara, cap i coll (sobretot en menors de 5 anys d'edat) i a les extremitats (superiors > inferiors).

El risc d'infecció varia segons:

- Animal causant: gos (4-15%), gat (10-50%), humà (9-16%).
- Localització: major risc en mossegades a mans i en menor mesura a cara.

Els **agents etiològics** de les infeccions per mossegades són microorganismes que pertanyen a la microbiota oral de l'animal:

- Gos: *Pasteurella canis*, *Capnocytophaga canimorsus* (*C. canimorsus*).
- Gat: *Pasteurella multocida* (*P. multocida*), *Pasteurella séptica*, *Corynebacterium*, *Bartonella henselae*.
- Gos i gat: *Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp, *Enterococcus* spp, anaerobios (*Bacteroides*, *Fusobacterium*).
- Humans: *Streptococcus anginosus*, *Staphylococcus aureus*, *Eikenella corrodens*, *Fusobacterium* spp, *Peptostreptococcus* spp, *Prevotella* spp.

En el **maneig** de les infeccions per mossegada haurem de tenir present:

- Mesures locals de neteja (irrigació abundant amb suero fisiològic i retirada de cos estrany)
- Desbridament (en cas de teixit desvitalitzat)
- Revisar estat vacunal del pacient enfront a tètanus
- Revisar indicació de profilaxi anti-ràbica (veure *protocol del Departament de Salut*)
- Valorar profilaxi antibiòtica durant 2-3 dies en situació de major risc d'infecció o tractament en cas d'infecció establerta (7-10 dies). Presenten doncs major risc d'infecció i són indicació de profilaxi amb amoxicil·lina-àcid clavulànic en:
 - Mossegada de gat i humans

- Mossegades de gos amb retard en l'atenció mèdica > 8 hores o localitzades a mans, peus, cara o zona genital.
- Ferides complicades: amb edema o esclafament, que precisin desbridament, amb afectació de tendons, múscul o articulacions, o amb fractures adjacents.
- Malaltia de base com immunosupressió o asplènia, risc d'endocarditis, diabetis mellitus.

En cas d'al·lèrgia a betalactàmics s'optarà per l'associació d'una cefalosporina de 2^o generació amb clindamicina (si no anafilàxia) o TMP-SMX (en cas d'anafilàxia).

4. ANNEXES

TAULA RESUM INFECCIONS DE PELL I PARTS TOVES

Infeccions de la pell i parts toves			
IMPETIGEN	Epidermis	- <u>No ampul.lós</u> (70%): erosió superficial amb costra mel.licèrica - <u>Ampul.lós</u>: ampolles superficials 1-5cm	Antibiòtic tòpic: mupirocina, àc fusídic. Si extens: cefadroxil vo. Durada 5-7 dies.
ECTIMA	Epidermis i dermis	- <u>S. pyogenes</u>: úlceres amb costra i contorn sobrelevat - <u>Pseudomonas aeruginosa</u> (ectima gangrenós): úlceres amb escara negra	Antibiòtic sistèmic: Cefadroxil vo / cefazolina ev. Cobertura anti-pseudomònica si ectima gangrenós. Durada 7-10 dies.
ERISPELA	Dermis superior i sistema linfàtic	Placa eritematosa, brillant, indurada amb relleus ben definits.	Antibiòtic sistèmic: cefadroxil o amoxicil·lina vo / cefazolina o ampicil·lina ev. Durada 10 dies.
CEL·LULITIS	Dermis i teixit cel·lular subcutani	Placa amb relleu mal definit no sobrelevat. Pot acompanyar-se de clínica sistèmica.	Antibiòtic sistèmic: cefadroxil vo / cefazolina ev Durada 7-10 dies.
ABSCÉS SUBCUTANI	Dermis i teixit cel·lular subcutani	Col·lecció purulenta localitzada fluctuant.	Desbridament i drenatge de la col·lecció. Es valorarà si precisa antibiòtic sistèmic cefadroxil vo / cefazolina ev
FASCITIS NECROTITZANT	Fascia	Dolor intens, desproporcionat per a les troballes a l'exploració física. Fase final: col·loració violaci-grisosa amb ampolles hemorràgiques. Clínica sistèmica i xoc tòxic.	Desbridament quirúrgic extens. Antibiòtic sistèmic ev precoç: Cloxa o cefalosporina 1G + clindamicina Valorar IGIV
PIOMIOSITIS	Múscul	Dolor muscular i signes inflamatoris locals. S'acompanya de clínica sistèmica.	Antibiòtic sistèmic: cefazolina o cloxacil·lina ev Durada: 3-4 setmanes.

TAULA RESUM INFECCIONS ANNEXES CUTANIS

Infeccions dels annexes cutanis				
Infecció	Localització	Clínica	Etiologia	Tractament
FOL·LICULITIS	Fol·licle pilós superficial Epidermis Cuir cabellut, glutis, extremitats	Pàpules/pústules amb base eritematosa. No deixa cicatriu	<i>S. aureus</i>	Antibiòtic tòpic: mupirocina, àc fusídic. Durada 5-7 dies.
FURÓNCOL	Fol·licle pilós complet Dermis profunda. Cara, coll, aixelles, glutis	Pústules/nòduls eritematosos, dolorosos. Deixen cicatriu	Menys freqüent: - BGN (pacients amb acne que han rebut antibiòtic prèviament) - <i>P.aeruginosa</i> (saunes, piscines, hidromassatge)	Antibiòtic tòpic: mupirocina, àc fusídic. Calor local. Valorar incisió i drenatge. Si evolució tòrpida: Cefadroxil Durada 7-10 dies
ÀNTRAX	Conjunt de foruncles. Teixit cel·lular subcutàni. Cara coll, aixelles i glutis.	Placa eritematosa, calenta, dolorosa. Pot acompanyar-se de clínica sistèmica Deixa cicatriu		Calor local. Valorar incisió i drenatge quirúrgic. Cefadroxil, cefuroxima, amoxi-clav, clindamicina Durada 7-10 dies
HIDROSADENITIS	Fol·licle pilosebaci i glàndules apocrines. Aixelles, engonals i perinè	Nòduls dolorosos que abscessifiquen. Deixen cicatrius/fístules. Recidives freqüents	<i>S. aureus</i> , estreptococs, BGN o anaerobis	Higiene rigorosa. Mupirocina, àc fusídic. Amoxi-clavulànic Durada 7-10 dies
PARONÍQUIA	Plecs unguals	Signes inflamatoris al plec ungual. Pot abscessificar-se. Sol afectar només a una ungla.	<i>S. aureus</i> , <i>Flora mixta aeròbia</i> (<i>S.pyogenes</i> , <i>E.corrodens</i>) i anaeròbia (<i>Bacteroides</i> spp, <i>Fusobacterium</i> spp).	Calor local. Incisió i drenatge. Amoxi-clav o clindamicina Durada 7 dies

ANTIBIOTERÀPIA I DOSIFICACIÓ

Antibiòtic	Dosi	Dosi màx
Antibioteràpia tòpica		
Mupirocina	1 aplicació/8 h	No aplicable
Àcid fusídic	1 aplicació/8 h	
Antibioteràpia sistèmica		
Cefadroxil vo	30 mg/kg/dia c/12 h	4gr/dia
Cefazolina iv	50-100 mg/kg/dia c/8 h	8gr/dia
Cloxacil·lina vo/iv	100-200 mg/kg/dia c/6 h	6gr/dia (vo) o 12gr/dia (ev)
Amoxicil·lina vo	50 mg/kg/dia c/8 h	3gr/dia (vo) o 6gr/dia (ev)
Ampicil·lina iv	100-200 mg/kg/dia c/6 h	12gr/dia
Amoxicil·lina -àcid clavulànic	vo: 40 mg/kg/dia c/8 h ev: 100 mg/kg/dia c/8 h	a. clavulànic 15mg/kg/dia o 375 mg/dia
Sospita de <i>Staphylococcus aureus</i> resistent a la meticil·lina		
Trimetoprim-sulfametoxazol	20 mg/kg/dia (TMP) c/12 h	320mg c/6h (TMP)
Clindamicina	vo: 10-30 mg/kg/dia c/8 h ev: 20-40 mg/kg/dia c/6-8 h	1,8gr/dia (vo) o 2,7gr/dia (ev)
Vancomicina	40-60 mg/kg/dia c/6-8 h	4gr/dia
Linezolid (vo, iv)	< 5 anys: 10 mg/kg/dosis c/8 h 5-11 anys: 10 mg/kg/dosis c/12 h ≥ 12 anys: 600 mg c/12 h	600mg/dosis (1800mg/dia)
Al·lèrgia a betalactàmics		
Trimetoprim-sulfametoxazol	20 mg/kg/dia (TMP) c/12 h	320mg c/6h (TMP)
Clindamicina	vo: 10-30 mg/kg/dia c/8 h iv: 20-40 mg/kg/dia c/6-8 h	1,8gr/dia (vo) o 2,7gr/dia (ev)
Macròlids	Claritromicina: 15mg/kg/dia c/12 h Azitromicina: 10 mg/kg/dia c/24 h	500mg/dia

5. BIBLIOGRAFIA

1. Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023; 2:271-283.
2. Garriga Ferrer-Bergua L, Borrull Senra AM, Pérez Velasco C, Montero Valladares C, Collazo Vallduriola I, Moya Villanueva S, et al. Tasa de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina en urgencias pediátricas en España. *An Pediatr.* 2022;97(2):95-102.
3. Del Rosal T, Méndez-Echevarría A, García-Vera C, Escosa-García L, Agud M, Chaves F, et al. *Staphylococcus aureus* nasal colonization in Spanish children. The COSACO Nationwide Surveillance Study. *Infect Drug Resist.* 2020; 13:4643-51.
- 4 Daum RS. *Staphylococcus aureus*. En: Long SS, Prober CG, Fischer M (eds.). *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 5.a ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. pp. 692-706.
- 5.Tabla dosis antibióticos. Seipweb. Versión 1.0 Sociedad Española Infectología Pediátrica 2021
- 6.Cobo Vazquez E, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandes (I): impetigo, cel·lulitis, absceso (v3/2019). Guía ABE. Infeccioses pediatria. Guía ràpida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico.
- 7.Vigilància de les infeccions relacionades amb l'Atenció Sanitària de Catalunya. Programa VINCat. PROA Comunitari a Catalunya 2023

6. HISTÒRIC DE VERSIONS

Versió	Motiu	Data	Autors
0	Elaboració	Gener 2025	Equip PROA Baix Camp i Priorat
1	Revisió	28/04/2026	Dr. Gonzalo Martí