

Protocol infeccions de pell i part toves a pediatria

ÍNDEX

1. CONSIDERACIONS INICIALS
2. INTRODUCCIÓ
3. SITUACIONS CLÍNIQUES
4. ANNEXOS
5. BIBLIOGRAFIA

1. CONSIDERACIONS INICIALS

Habitualment, el tractament inicial serà empíric. Per valorar-ne l'elecció 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.
 - ✓ Antibiòtics 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 de *S. aureus* resistent a meticil·lina (SARM).
 - ✓ Antibiòtics sistèmics:
 - Penicil·lina V i amoxicil·lina: actius enfront de *S. pyogenes*, no enfront de *S. aureus* (90% de les soques de *S. aureus* presenten resistències mediades per penicil·linases).
 - Cloxacil·lina: actiu enfront *S. aureus* meticil·lina sensibles i *S. pyogenes*. Mala tolerància oral i biodisponibilitat oral.
 - Cefadroxil (VO)/cefazolina (EV): cefalosporina 1 g, activa enfront de cocs grampositius sensibles a meticil·lina.
 - Cefuroxima-acetil: cefalosporina 2 g, actiu enfront de grampositius i enterobacteriàcies.
 - Amoxicil·lina-clavulànic: actiu enfront de *S. pyogenes* i *S. aureus* meticil·lina sensible, així com a bacils gramnegatius i anaerobis. D'especial rellevància en infeccions polimicrobianes.
 - Clindamicina: ampli espectre, alternativa en pacients al·lèrgics a betalactàmics, actiu enfront de *S. aureus* resistent a meticil·lina (SARM) (tot i augment de resistències, fins 26% en alguns estudis). Només disponible en càpsules.

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

2. INTRODUCCIÓ

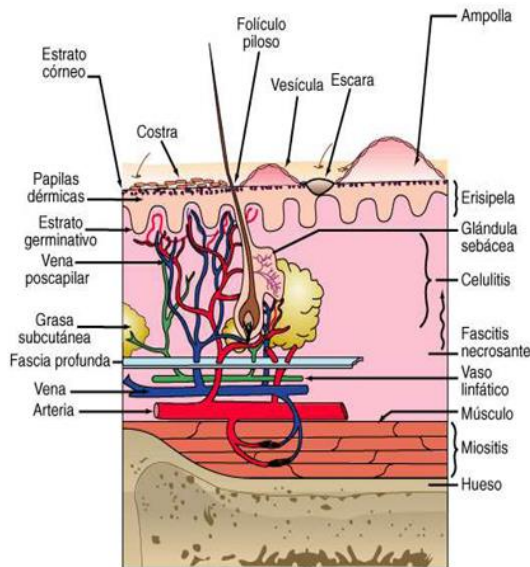
Les infeccions de pell i parts toves es troben entre les infeccions més freqüents en edat infantil i presenten un ampli ventall de gravetat.

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. Per tant, se centra 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 i impliquen l'epidermis (impetigen), la dermis (ectima, erisipela) o el teixit cel·lular subcutani (cel·lulitis, abscessos subcutanis); mentre que les infeccions de parts toves poden estendre's a zones més profundes i afectar les fàscies (fasciïtis necrosant) o el múscul (piomiositis).

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



El diagnòstic és fonamentalment clínic. Tot i que habitualment no és necessari fer exàmens complementaris, sí que és 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 l'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 això, les característiques del pacient o el context clinicoepidemiològic poden afavorir la implicació d'altres espècies. És important la recollida de mostres per a l'estudi microbiològic en aquestes situacions.

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

Normalment, el tractament tòpic amb antisèptics o antibiòtics tòpics en casos d'infeccions superficials és suficient. Els més utilitzats pel seu espectre d'acció són la mupirocina o l'àcid fusídric, a excepció 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. En un segon nivell es precisen altres antibiòtics tòpics com l'ozenoxacina, els quals sempre es reserven a situacions concretes.

En el cas d'infeccions que requereixin tractament sistèmic, les penicil·lines antiestafilocòcciques com la cloxacil·lina i les cefalosporines de 1a generació són una 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, és rellevant a l'hora de seleccionar el tractament empíric; per això, l'amoxicil·lina o la penicil·lina sola no són una opció candidata en el tractament empíric. En el moment actual l'elecció de tractament més acceptat són les cefalosporines de 1a generació (cefadroxil, cefalexina o cefazolina) pel seu espectre reduït, bona biodisponibilitat a teixits i bona tolerabilitat.

Així i tot, 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 del 16,2% en algunes sèries. Per altra 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 de *S. aureus*. Les dades recentment descrites en el nostre entorn, gràcies al registre del VINCat mostren

una taxa de SARM en població pediàtrica entorn del 6,3% a tot Catalunya (N 896), i l'any 2023 van ser del 8,8% segons les dades avaluades a Camp de Tarragona (N45). En aquestes situacions amb sospita o confirmació de SARM-AC, el trimetoprim-sulfametoxazole (TMP-SMX) o la clindamicina constitueixen de forma global una bona opció de tractament, per bé que hem de tenir presents algunes taxes de resistència no menyspreable de clindamicina en algunes poblacions.

En general, el maneig del pacient es porta a terme de forma ambulatoria en la majoria dels casos, i hem de considerar que algunes situacions precisaran ingrés hospitalari per al 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, fasciïtis necrosant
- Xoc tòxic o síndrome de la pell escaldada
- Immunodeprimits
- Manca de resposta a tractament oral

3. SITUACIONS CLÍNiques

3.1. Impetigen

Infecció a la zona de l'epidermis, molt contagiosa i freqüent a la infància, amb un pic d'incidència entre els menors de 5 anys. És 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 melicèrica. Acostumen a distribuir-se a la zona periorifical a nas i boca, tronc, natges, perineu, 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 1-5 cm, 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 presenta 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 1a 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 comuna 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 (2-5 mm de diàmetre), soles o agrupades. Habitualment, apareixen al 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 l'epidermis fins a la dermis. Acostuma a localitzar-se a membres inferiors, i s'inicia com una lesió d'impetigen o sobreinfecció d'una lesió prèvia que evoluciona a una úlcera amb crosta i contorn sobreelevat, que cura deixant una lesió cicatricial.

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

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



3.4. Erisipela

Es tracta d'una infecció superficial que afecta la dermis superior i el sistema limfàtic. És causada habitualment per *S. pyogenes* o estreptococs dels grups B, C o G, i en grau més baix, per *S. aureus*.

Requereix una porta d'entrada com abrasions, úlceres o picades d'insecte. Es caracteritza 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 és amb antibioteràpia sistèmica, amb penicil·lina/amoxicil·lina oral o cefalosporines de 1a 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 són *S. aureus* i *S. pyogenes*; i en un grau més baix, *S. agalactiae* i bacils gramnegatius en nounats i enterobacteriàcies en pacients immunodeprimits.

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

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

L'ecografia pot ser d'utilitat en el diagnòstic diferencial amb altres entitats com els abscessos o la fasciïtis necrosant.

El tractament consisteix amb antibioteràpia sistèmica enfront de *S. aureus* i *S. pyogenes*, amb cefalosporines de 1a generació. Es pot 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 la zona 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 són *S. aureus*, seguit de *S. pyogenes*.

La base del tractament és el desbridament i drenatge de la col·lecció, i és suficient en gran part dels casos per a la 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. Fasciïtis necrosant

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. La localització més freqüent són les extremitats, així com el tronc en edat infantil.

Clínicament, es caracteritza per un dolor intens, desproporcionat per a les troballes a l'exploració física. Durant l'evolució s'observa 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, i pot 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 i és fonamental el desbridament quirúrgic extens, associat a antibioteràpia endovenosa d'inici precoç, habitualment amb un betalactàmic antiestafilocòccic (cloxacil·lina o cefalosporina 1a 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 gramnegatius i *S. pneumoniae*.

Normalment, el tractament empíric inicial serà amb cloxacil·lina o cefazolina endovenosa, i es valora la necessitat de desbridament quirúrgic en algunes ocasions. La durada total del tractament és de 3-4 setmanes generalment, i es pot 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 i és 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) 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 un grau més baix, 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 sèrum fisiològic i retirada de cos estrany)
- Desbridament (en cas de teixit desvitalitzat)
- Revisar estat vacunal del pacient enfront de tètanus
- Revisar indicació de profilaxi antiràbica (vegeu 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 2a generació amb clindamicina (si no anafilaxi) o TMP-SMX (en cas d'anafilaxi).

4. ANNEXOS

4.1. Taula resum infeccions de pell i parts toves

Infeccions de la pell i parts toves			
Impetigen	Epidermis	- <u>No ampul·lós (70%)</u>: erosió superficial amb costra mel·licèrica - <u>Ampul·lós</u>: ampolles superficials 1-5cm	Antibiòtic tòpic: mupirocina, àcid fusídic Si extens: cefadroxil VO Durada 5-7 dies
Ectima	Epidermis i dermis	- <u><i>S. pyogenes</i></u>: úlceres amb costra i contorn sobrelevat - <u><i>Pseudomonas aeruginosa</i></u> (ectima gangrenós): úlceres amb escara negra	Antibiòtic sistèmic: Cefadroxil VO/cefazolina EV Cobertura antipneumònica si ectima gangrenós Durada 7-10 dies
Erisipela	Dermis superior i sistema limfàtic	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
Fasciïtis necrosant	Fàscia	Dolor intens, desproporcionat per a les troballes a l'exploració física Fase final: col·loració violacigrisosa amb ampolles hemorràgiques Clínica sistèmica i xoc tòxic	Desbridament quirúrgic extens Antibiòtic sistèmic EV precoç: cloxa o cefalosporina 1 g + 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

Adaptat de Marin Cruz et al. Protoc diagn ter pediàtr 2023

4.2. Taula resum infeccions annexos cutanis

Infeccions dels annexos 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> Menys freqüent: - BGN (pacients amb acne que han rebut antibiòtic prèviament) - <i>P. aeruginosa</i> (saunes, piscines, hidromassatge)	Antibiòtic tòpic: mupirocina, àcid fusídic Durada 5-7 dies
Furóncol	Fol·licle pilós complet Dermis profunda Cara, coll, aixelles, glutis	Pústules/nòduls eritematosos, dolorosos Deixen cicatriu		Antibiòtic tòpic: mupirocina, àcid fusídic Calor local Valorar incisió i drenatge Si evolució tòrpida: cefadroxil Durada 7-10 dies
Àntrax	Conjunt de furóncols. Teixit cel·lular subcutani. 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, amoxicil·lina-clavulànic, clindamicina Durada 7-10 dies
Hidrosadenitis	Fol·licle pilosebaci i glàndules apocrines. Aixelles, engonals i perineu	Nòduls dolorosos que abscessifiquen Deixen cicatrius/fístules Recidives freqüents		Higiene rigorosa Mupirocina, àcid fusídic Amoxicil·lina-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 Amoxicil·lina-clavulànic o clindamicina Durada 7 dies

Adaptat de Marin Cruz et al. Protoc diagn ter pediatri 2023

4.3. 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	4 g/dia
Cefazolina IV	50-100 mg/kg/dia c/8 h	8 g/dia
Cloxacil·lina VO/IV	100-200 mg/kg/dia c/6 h	6 g/dia (VO) o 12 g/dia (EV)
Amoxicil·lina VO	50 mg/kg/dia c/8 h	3 g/dia (VO) o 6 g/dia (EV)
Ampicil·lina IV	100-200 mg/kg/dia c/6 h	12 g/dia
Amoxicil·lina-àcid clavulànic	VO: 40 mg/kg/dia c/8 h EV: 100 mg/kg/dia c/8 h	A. clavulànic 15 mg/kg/dia o 375 mg/dia
Sospita de <i>Staphylococcus aureus</i> resistent a la meticil·lina		
Trimetoprim-sulfametoxazole	20 mg/kg/dia (TMP) c/12 h	320 mg c/6 h (TMP)
Clindamicina	VO: 10-30 mg/kg/dia c/8 h EV: 20-40 mg/kg/dia c/6-8 h	1,8 g/dia (VO) o 2,7 g/dia (EV)
Vancomicina	40-60 mg/kg/dia c/6-8 h	4 g/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	600 mg/dosi (1800 mg/dia)
Al·lèrgia a betalactàmics		
Trimetoprim-sulfametoxazole	20 mg/kg/dia (TMP) c/12 h	320 mg c/6 h (TMP)
Clindamicina	VO: 10-30 mg/kg/dia c/8 h IV: 20-40 mg/kg/dia c/6-8 h	1,8 g/dia (VO) o 2,7 g/dia (EV)
Macròlids	Claritromicina: 15 mg/kg/dia c/12 h Azitromicina: 10 mg/kg/dia c/24 h	500mg/dia

5. BIBLIOGRAFIA

Marín Cruz, I; Carrasco Colom, J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 2:271-283.

Garriga Ferrer-Bergua, L.; Borrull Senra, A. M.; 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.

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.

Daum RS. Staphylococcus aureus. En: Long. S. S.; Prober, C. G.; Fischer, M. (eds.). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5.a ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. pp. 692-706.

Tabla dosis antibióticos. Seipweb. Versión 1.0 Sociedad Española Infectología Pediátrica 2021.

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 rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico.

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		