

Nº5

ACTUALIZACIONES PARA MEDICXS

del Primer Nivel de Atención

Una guía actualizada para el manejo de problemas de salud prevalentes en el Primer Nivel de Atención

Medicamentos



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

ÍNDICE

Pág. 3	Editorial
Pág. 4	Otitis media aguda: ¿control clínico o tratamiento antibiótico?
Pág. 9	Cefalexina... ¿ya no se usa en infecciones de piel?
Pág. 16	“Doctor/a, no corresponde drenar abscesos en el centro“
Pág. 24	Bibliografía

Presentación y estructura de los casos

Caso problema: se presenta en primer lugar una situación clínica cotidiana que motiva la discusión y el análisis.

Interrogantes: a continuación se generan disparadores y preguntas relacionados con la situación presentada.

Aportes teóricos: luego de esto, se presentan contenidos teóricos actualizados y revisados por expertos temáticos o referentes del tema.

Puntos clave: describimos sintéticamente los conceptos más relevantes de la publicación.

EDITORIAL

Estimados lectores:

Desde el área de Promoción del Uso Racional de Medicamentos (CUS-Medicamentos) nos proponemos generar una herramienta de actualización accesible a todos los profesionales de la salud que realizan su práctica en el Primer Nivel de Atención. Por este motivo elaboramos la presente publicación en forma de revista. La elección de una herramienta de capacitación en formato papel pretende resolver todas aquellas situaciones en las que el soporte digital no es accesible o cómodo para consultar. En este sentido, adaptaremos al formato papel aquellas actualizaciones que se enviaron en formato digital a los becarios de los cursos que realiza el Programa y que resultaron de mayor interés. Las revistas acompañarán el envío de cada botiquín.

La complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención y el abordaje bio-psico-social que pretenden brindar los equipos de salud del Primer Nivel de Atención nos convoca a brindar capacitación en forma continuada y accesible.

Las publicaciones pretenden ser sintéticas, estar basadas en la última y mejor evidencia disponible y ser de fácil acceso y consulta, para colaborar con el profesional en el proceso de toma de decisiones clínicas. Los contenidos abordan temas relacionados con problemas de salud prevalentes y/o que generen alta carga de enfermedad en la población de nuestro territorio.

Buscamos además, aumentar la capacidad resolutoria de los efectores del Primer Nivel de Atención, de tal forma que los usuarios y usuarias puedan manejar, dentro de lo posible, sus problemas de salud en el efector del Primer Nivel más próximo o cercano a su hogar.

En la presente publicación abordaremos tres temas:

1) Otitis Media Aguda en niños, buscamos fomentar el uso racional de antimicrobianos, haciendo una revisión sobre las indicaciones de antibióticos en este problema, y determinando aquellos niños que pueden beneficiarse con la utilización de los mismos

2) "Cefalexina... ¿ya no se usa en infecciones de piel?", buscamos fomentar un uso racional de antimicrobianos, con la emergencia de microorganismos resistentes causantes de infecciones de piel en la comunidad, existe incertidumbre en relación al uso de betalactámicos en dichas infecciones, en este caso pretendemos determinar el uso que todavía tienen los betalactámicos en las infecciones superficiales y no purulentas de la piel.

3) "Doct@r, no corresponde drenar abscesos en el centro de salud".

En este caso buscamos fortalecer la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención (PNA) en la resolución quirúrgica de colecciones purulentas de la piel, identificando aquellas lesiones que pueden ser tratadas en el PNA y haciendo una revisión sobre la técnica adecuada para su tratamiento.

1º caso

Otitis media aguda: ¿control clínico o tratamiento antibióticos desde el inicio?



Caso Problema

Brian (de 18 meses) es traído por su madre, refiere que el niño comenzó hace aproximadamente 48 horas con rinorrea y fiebre de 38 grados, además se despierta muy irritable a mitad de la noche. Nos cuenta además que le costó mucho llegar al centro de salud, vive lejos y no dispone de movilidad.

El aspecto general de Brian es bueno, y se encuentra tranquilo en el regazo de su madre.

Examen físico (datos positivos):

- Temperatura: 37,9° C
- Aparato respiratorio: roncus aislados
- Otoscopia de oído derecho: tímpano eritematoso y algo abombado.



Interrogantes

- ¿Qué conducta tomarías en este caso?
- ¿La conducta expectante y la re-evaluación a las 48 horas es una opción válida?
- En caso de indicar antibióticos ¿cuál elegirías, a qué dosis y por cuánto tiempo?



Aportes teóricos

Definición y características

- Se define como otitis media aguda (OMA) a la infección de la efusión/exudado (generalmente muy purulento) del oído medio.
- La mayoría de los episodios ocurren entre los 6 meses y los 3 años de vida, luego su incidencia disminuye progresivamente aunque puede ocurrir ocasionalmente en adolescentes y adultos¹.
- Su etiología es habitualmente mixta, involucra bacterias y virus respiratorios.
- En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente, pero

llamativamente representa el motivo más frecuente por el que se indican antibióticos en los primeros años de vida.

- Es común el sobrediagnóstico de esta enfermedad, por confundirla con la efusión aséptica del oído medio², generando tratamientos antibióticos innecesarios y resistencia antimicrobiana.

- Debemos ser más precisos en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la OMA, e indicar antibióticos solamente en aquellos niños que tienen más posibilidades de presentar complicaciones.

- Tengamos presente que la incorporación de la vacuna conjugada antineumocócica representa un factor protector para OMA, y que la misma ha reducido las infecciones respiratorias e invasivas por neumococo.

Hallazgos clínicos sugestivos de OMA

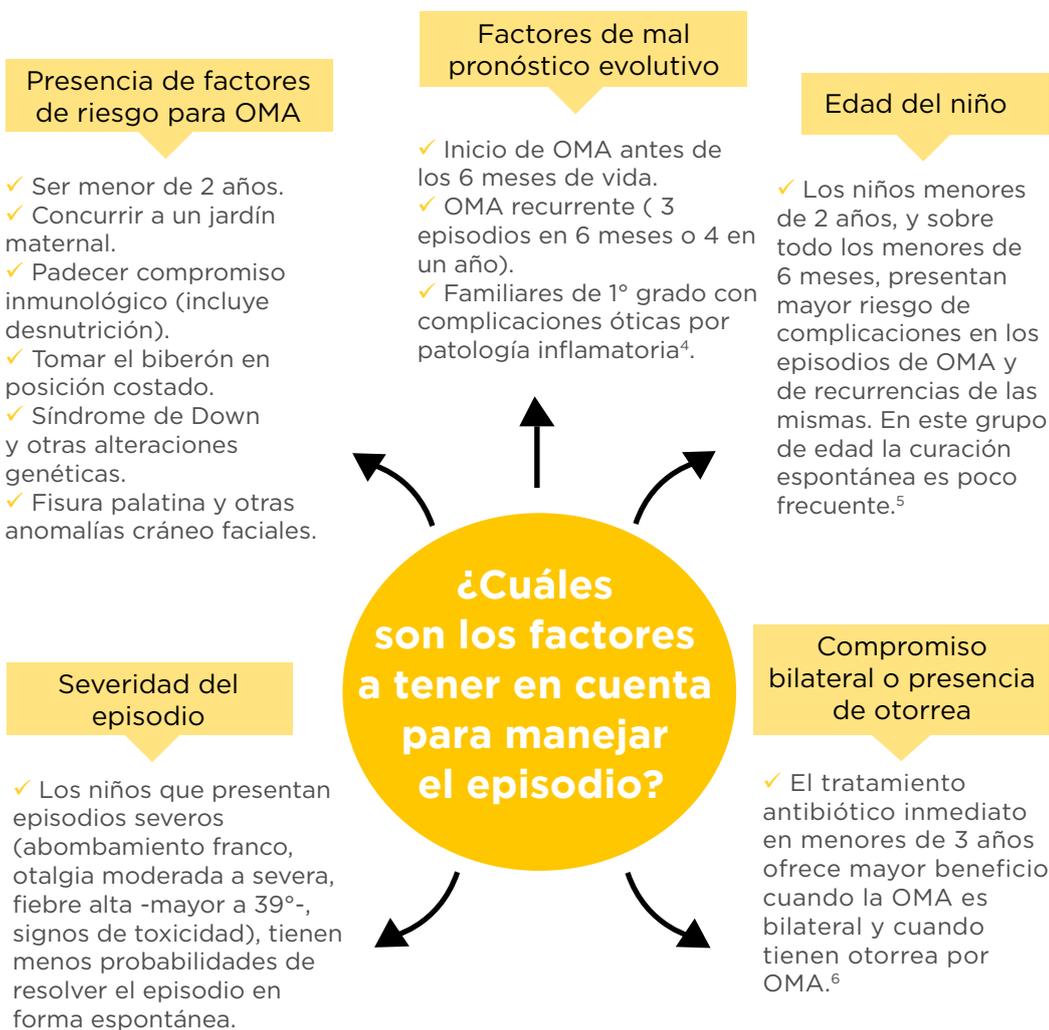
Los hallazgos clínicos asociados a OMA generalmente son poco específicos, por este motivo es muy importante que intentemos realizar una otoscopia de forma correcta.

Los hallazgos más indicativos de OMA son:

- Abombamiento moderado a excesivo de la membrana timpánica (MT).
- Abombamiento leve de la MT asociado a la reciente aparición de dolor de oído o a eritema de la MT.
- Aparición de otorrea aguda no causada por un nuevo episodio de otitis externa.

La característica más importante para realizar el diagnóstico de OMA es el abombamiento completo (franco e importante) de la membrana timpánica, asociado a un derrame en un oído medio y opacidad timpánica.

La OMA no debe ser diagnosticada en niños que no presenten efusión del oído medio³



¿Cuándo está indicado el tratamiento antibiótico?

- **Niños menores de dos meses:** por el riesgo de complicaciones, la inmunosupresión relativa y por la posibilidad de infecciones por microorganismos no comunes (infecciones por gramnegativos⁷) la OMA se considera una enfermedad grave en estos niños (se recomienda internación)⁸.

- **Niños de dos a seis meses de edad:** es el grupo con mayor probabilidad de complicaciones y de OMA de repetición. Se recomienda tratamiento antibiótico con Amoxicilina – ácido clavulánico en dosis de 80 a 90mg/kg al día, en 2 a 3 tomas, durante 10 días.⁹

- **Niños entre seis meses y dos años de edad:** un diagnóstico cierto de OMA es indicación de tratamiento antibiótico desde el inicio.¹⁰

- La Amoxicilina a dosis de 90 mg/kg día dividida en dos tomas durante 10 días representa actualmente la primera opción del tratamiento.

- En este punto debemos aclarar que las guías para OMA de la Academia Americana de Pediatría de 2013 aclaran que puede mantenerse una observación expectante en niños de 6 a 23 meses **si la OMA es unilateral y no severa**¹¹, asegurando un seguimiento continuado y cercano del caso, si el niño no mejora o empeora dentro de las 48 a 72 horas de iniciados los síntomas debe indicarse antibióticos. De no existir posibilidad de seguimiento deben prescribirse antibióticos desde el momento del diagnóstico.

- Por otro lado, en este grupo de edad si el diagnóstico es dudoso, se valorará iniciar la antibioticoterapia cuando haya factores de riesgo (OMA a repetición, antecedentes familiares) o afectación grave. En el resto de los casos, se realizará una reevaluación en 24-48 horas.

- **Niños mayores de dos años:** si hay afectación grave o factores de riesgo, el tratamiento se realizará con Amoxicilina en dosis de 80 a 90 mg/kg/día, en dos o tres tomas, durante 7 a 10 días.

- Si la afectación es leve (fiebre <39°C, dolor poco intenso) y no hay antecedentes personales ni familiares de riesgo, se pautará tratamiento analgésico y se reevaluará al niño en 48 horas. Si los síntomas persisten o empeoran, se iniciará la antibioticoterapia con Amoxicilina en dosis de 80mg/kg al día y se mantendrá durante cinco días.

- **Niños con diagnóstico de OMA** asociado a **síntomas o signos severos** (otalgia moderada o severa – otalgia de al menos 48 horas de evolución – temperatura de 39 grados o más)¹², deben recibir tratamiento antibiótico independientemente de su edad.

¿Cuál es el antibiótico de elección y cómo debe indicarse?

Para la elección del antimicrobiano debemos tener en cuenta el patógeno más probable y su grado de resistencia. En este caso el neumococo es el microorganismo que más nos preocupa ya que presenta menos chances de resolución espontánea y más probabilidad de complicaciones.

La Amoxicilina a una dosis de 90mg/kg/día dividida en dos tomas durante 5 a 10 días representa actualmente la primera opción de tratamiento.

- Un curso estándar de 10 días para niños menores de 2 años y para aquellos que tienen síntomas graves.

- Un curso de 7 días parece adecuado para niños de 2 a 5 años con OMA o moderada.

- Para los mayores de 6 años con OMA leve o moderada, un curso de 5 a 7 días y es eficaz.

Deberemos evaluar en cada caso la necesidad de ampliar el espectro con inhibidores de betalactamasa. Indicaremos Amoxicilina-clavulánico o Amoxicilina-sulbactama a:

- Niños que hayan recibido Amoxicilina en los últimos 30 días.

- Niños que en forma concurrente presentan conjuntivitis purulenta (sugestivo de infección por *H. influenzae*).

- Historia de OMA recurrente que no responde a Amoxicilina.¹³⁻¹⁴

- Niños que concurren a jardín maternal¹⁵.

Las guías de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) argumentan que desde la incorporación de las vacunas conjugadas contra el neumococo, el *H. influenzae* no *tipificable* productor de *betalacmasa* ha cobrado cada vez más relevancia sobre todo en las OMA recurrentes o persistentes¹⁶, estimando que 1 de cada 8 otitis producidas por esta bacteria no responde a la Amoxicilina. Por tal motivo proponen que **en los niños con riesgo de mala evolución (ver más abajo), y en los casos de fracaso terapéutico debe indicarse** (como primera opción de tratamiento) Amoxicilina- Clavulánico (8:1) en dosis de 90/mg/kg día de Amoxicilina:

- Menores de seis meses.
- Clínica grave en niños menores de dos años.
- Antecedentes familiares de secuelas óticas por OMA frecuentes.
- Fracaso terapéutico con Amoxicilina.

Pacientes con indicación de tratamiento antibiótico y alergia a las penicilinas:

Puede indicarse Claritromicina en dosis de 15mg/kg al día en dos tomas durante siete días, o Azitromicina en dosis de 10mg/kg al día en una toma el primer día, seguida de 5mg/kg al día en una toma durante cuatro días más con seguimiento estrecho por la posibilidad de mala evolución. Si ésta se produjera, se realizará seguimiento por el Servicio de Otorrinolaringología, con timpanocentesis y tratamiento guiado por el antibiograma¹⁷.

¿Cuál es la eficacia del tratamiento antibiótico?

Una revisión sistemática que incluyó 18 trabajos, con mas de 4500 niños, buscó establecer la eficacia del tratamiento antibiótico en niños con OMA, los ensayos clínicos compararon la efectividad entre:

1. Fármacos antimicrobianos versus placebo.
2. Tratamiento antibiótico inmediato versus observación expectante (incluida la prescripción postergada de antibióticos) en niños con OMA.

Los resultados revelaron que a las 24 horas de iniciado el tratamiento, el 60% de los niños se habían recuperado, tanto en los pacientes que tomaban antibióticos como en aquellos que utilizaban placebo.

Concluyó además que los antibióticos no tienen efecto sobre el dolor durante la primeras 24 horas de indicados, sólo presentan un ligero efecto en la disminución del dolor los días subsiguientes, y mostraron un modesto efecto en la disminución de la perforación timpánica, y en la presentación de OMA contralateral. Los autores concluyen que los beneficios de los antibióticos se deben sopesar con los posibles daños: por cada 14 niños tratados con antibióticos un niño experimentó un efecto adverso (vómitos, diarrea o erupción cutánea). Por lo tanto, el manejo clínico correcto debe incluir una adecuada analgesia teniendo en cuenta el limitado papel de los antibióticos en la resolución de los casos. Los antibióticos son más útiles en los menores de 2 años con OMA bilateral o con OMA y otorrea. Para la mayoría de los otros niños con enfermedad leve en los países de ingresos altos, un enfoque observacional expectante parece justificado¹⁸.



Puntos clave

- Debemos ser más precisos en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la OMA, e indicar antibióticos solamente en aquellos niños que tienen más posibilidades de presentar complicaciones.
- Los niños menores de 2 años, y sobre todo los menores de 6 meses, presentan mayor riesgo de complicaciones y de recurrencias.
- La curación espontánea es poco frecuente en episodios graves, en pacientes con historia familiar de secuelas óticas por OMA y en menores de 2 años.

- La Amoxicilina a una dosis de 90mg/kg/día dividida en dos tomas durante 5 a 10 días representa actualmente la primera opción de tratamiento.
- Deberemos evaluar en cada caso la necesidad de ampliar el espectro con inhibidores de *Betalactamasa*.
- Todos los niños con OMA que manifiestan otalgia y fiebre merecen tratamiento sintomático. El Paracetamol (40mg/kg/día) y el Ibuprofeno (20 a 30mg/kg/día) tienen buen efecto analgésico y antipirético¹⁹.

Referencias

1. Dr. Andrés D. Sibbald. Otitis Media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014.
2. Dr. Andrés D. Sibbald. Otitis Media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014.
3. Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, and colls. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Clinical.
4. Otitis media aguda F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, M.J. García Miguel, A. Méndez Echevarría* Unidad de Infectología Pediátrica. *Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil La Paz. Madrid. (<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/oma.pdf>)
5. 38. Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE, and colls. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. N Engl J Med. 2011; 105:15.
6. Dr. Andrés Sibald. Otitis media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014
- 7 Berkun Y, NirPaz R, Ami AB, Klar A, Deutsch E, Hurvitz H. Acute otitis media in the first two months of life: characteristics and diagnostic difficulties. Arch Dis Child. 2008; 93:6904.
8. Gould JM, Matz PS. Otitis media. Pediatr Rev. 2010 31:10216.
9. Asociación Española de Pediatría. F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, T. de la Calle Cabrera y colab. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. 2012.Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:195—205.
10. Asociación Española de Pediatría. F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, T. de la Calle Cabrera y colab. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. 2012. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:195—205.
11. Dr. Andrés D. Sibbald. Otitis Media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014.
12. Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, and colls. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Clinical.
13. Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, and colls. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Clinical Practice Guideline. Pediatrics Mar 2013, 131 (3) D1D5; DOI: 10.1542/peds.digest1313
14. Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, and colls. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics Feb 2013, peds.20123488; DOI: 10.1542/peds.20123488
15. Dr. Andrés D. Sibbald. Otitis Media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014.
16. Ito M, Hotomi M, Marayama Y, and colls. Clonal spread of betalactamase producing amoxiciline calvulonate resistant strains of nontypeable H influenzae among Young children attending a day care in japon. Int J Pedr Otorhinolaryngol. 2010; 74:9016.
17. Asociación Española de Pediatría. F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, T. de la Calle Cabrera y colab. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. 2012... Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:195—205. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012;14:195—205.
18. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD000219. DOI: 10.1002/14651858.CD000219.pub4
19. Dr. Andrés D. Sibbald. Otitis Media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014.

2º caso

¿Cefalexina, ya no se usa para infecciones de piel...?



Caso Problema

Hoy nos consulta Franco, de 7 años, acompañado por su madre. El niño presenta una lesión en el muslo derecho, hace 3 días sufrió un traumatismo por una caída de su bicicleta. Afortunadamente sólo padeció excoriaciones leves.

El paciente tiene carnet completo de vacunas, y no presenta otros antecedentes personales de importancia.

Examen Físico

Buen estado general, sus signos vitales son:



FC: 90 por minuto



FR: 18 por minuto



TA: 110/70 mm Hg



Tº: 37,5 °C

Piel

Lesión eritematosa de 4x4 cm, dolorosa, caliente y de bordes no definidos en el muslo derecho. A la palpación no presenta crepitación, supuración, ni fluctuación. Próximo a la misma lineal de aproximadamente 1 cm en vías de cicatrización.



Interrogantes

- ¿Cómo se clasifican las infecciones de piel?
- ¿Cómo definimos el problema que presenta Franco?
- ¿Requiere la realización de métodos complementarios? ¿Cuáles?
- ¿Qué tratamientos indicarías? ¿Los betalactámicos ya no tienen indicación en las lesiones de piel?
- ¿Cómo realizarías el seguimiento?



Objetivo de la revisión

Las infecciones de piel y partes blandas representan un motivo de consulta frecuente en el Primer Nivel de Atención; afortunadamente con el tratamiento y seguimiento adecuados la mayoría de ellas resuelven sin mayores inconvenientes, pero en algunas ocasiones, y debido en gran parte a la emergencia de microorganismos resistentes, pueden surgir complicaciones severas e incluso mortales.

El objetivo de esta actualización es orientar al profesional del Primer Nivel de Atención, en la elección racional de antibióticos para el tratamiento de las infecciones superficiales no purulentas de la piel, específicamente para las **celulitis no purulentas**, balanceando por un lado el riesgo de participación de microorganismos resistentes como el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-co), y por el otro la utilidad que aún presentan los betalactámicos en este tipo de infecciones.

Aportes teóricos: a continuación describiremos dos clasificaciones de las infecciones de piel y partes blandas que son de utilidad para la práctica cotidiana.

Clasificación anatómica:

Infecciones Superficiales	
<ul style="list-style-type: none">• Impétigo.• Erisipela.• Ectima.• Celulitis.• Intertrigo.• Foliculitis.• Forúnculo.• Absesos.	<ul style="list-style-type: none">• Miositis.• Fascitisnecrosante.• Tipo I (polimicrobiana).• Tipo II (polimicrobiana-SGA).• Mionecrosis.• Clostridial• No clostridial.

Esta clasificación adquiere relevancia, entre otras cuestiones, por la importancia fundamental en determinar **la profundidad de la lesión y la presencia o ausencia de necrosis**, ya que las infecciones necrotizantes se acompañan de una rápida destrucción de tejido y toxicidad sistémica, y **requieren el desbridamiento quirúrgico urgente** además del tratamiento antimicrobiano.

Clasificación según presencia o ausencia de material purulento en la lesión



Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein, Sherwood L. Gorbach, Jan V. Hirschmann, Sheldon L. Kaplan, Jose G. Montoya, James C. Wade; Executive Summary: Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 59, Issue 2, 15 July 2014, Pages 147-159, <<https://doi.org/10.1093/cid/ciu444>>

Celulitis: definición, etiología, y manifestaciones clínicas

La celulitis es una infección superficial de la piel, involucra a la dermis y al tejido celular subcutáneo (lo afecta sin destruirlo), con respeto parcial de la epidermis. En la mayoría de los casos es producida por la entrada de microorganismos a través de lesiones de piel (traumatismos, heridas quirúrgicas, intertrigo micótico, etc.) que pueden haber pasado inadvertidas.

Etiología: es causada generalmente por *Staphylococcus aureus* (SA) y, en menor medida, por el *Streptococcus B hemolítico grupo A* (SBHGA). Pueden afectar a pacientes de cualquier edad, y en cualquier sitio de su cuerpo, pero generalmente afectan los miembros inferiores.

En algunas situaciones especiales los microorganismos involucrados pueden ser otros como *Pseudomona aeruginosa*, *Aeromonas o mucor* (en pacientes inmunodeprimidos o diabéticos), Streptococcus del grupo B (en lactantes menores de 3 meses), Neumococo (en pacientes con enfermedades del tejido conectivo), *Haemophilus influenzae* (en niños con celulitis de cara).

En la actualidad, el *Staphylococcus áureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-co) es el agente causal de más del 50 por ciento de las celulitis 1-2, su principal forma de presentación son las **infecciones purulentas de piel y partes blandas** (generalmente celulitis abscedadas únicas o múltiples). También pueden presentarse formando parte de un cuadro tóxico o de sepsis, y acompañarse de otros focos supurativos, como osteoartritis y miositis.

Manifestaciones clínicas: la celulitis aparece bruscamente como una placa eritematosa, caliente y dolorosa, de límites no netos (en la erisipela, por ser una infección más superficial, hay clara demarcación entre los tejidos implicados y no implicados y bordes sobreelevados). Puede ir acompañada de linfangitis, linfadenopatía regional y síntomas sistémicos, como fiebre, escalofríos y malestar general. Es una infección casi siempre unilateral y las extremidades inferiores son el sitio de afectación más común.

La participación bilateral debe hacernos sospechar en causas alternativas.

Es de crucial importancia que descartemos la presencia de una infección profunda/necrosante o complicada a través de los siguientes síntomas o signos:

- Dolor desproporcionado a los hallazgos físicos.
- Bullas violáceas.
- Hemorragias cutáneas.
- Anestesia cutánea.
- Rápida progresión del eritema o del borde de la lesión.
- Presencia de gas en los tejidos (crepitación a la palpación o en las pruebas de imagen).
- Signos de toxicidad sistémica.

¿Cuándo debo solicitar laboratorio?

- Pacientes con comorbilidades.
- Infecciones complicadas.
- Lactantes y niños pequeños.

¿Cuándo debo solicitar estudios por imágenes?

La realización de estudios por imágenes puede ser de utilidad para determinar la presencia de abscesos (ecografía de partes blandas) y/o para determinar compromiso óseo.

La radiología debería utilizarse en pacientes con comorbilidades:

- DBT.
- Insuficiencia venosa.
- Linfedema.
- Síntomas sistémicos persistentes.

Tengamos en cuenta que el examen radiológico no puede distinguir con fiabilidad la celulitis de la fascitis necrotizante o la gangrena gaseosa; si hay sospecha clínica de estas entidades, la imagen radiográfica no debe retrasar la intervención quirúrgica.

En relación a las pruebas microbiológicas el rendimiento es bajo, en la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico.

¿Cuáles son las complicaciones que pueden presentarse ante un paciente con celulitis?

- Abscesos cutáneos.
- Bacteriemia, endocarditis, neumonía, supuración pleuropulmonar.
- Tromboflebitis, artritis, osteomielitis.
- Fascitis necrotizante.
- Shock séptico.

Tratamiento

El tratamiento de la celulitis en huéspedes inmunocompetentes, y que se presenta con un traumatismo precedente debe incluir un antibiótico con actividad contra *Staphylococcus aureus* y SBHGA.

¿Qué preguntas debemos realizarnos para la toma de decisiones ante un paciente con celulitis no purulenta?

1. ¿Requiere tratamiento quirúrgico?
2. ¿Tiene criterio de tratamiento parenteral?
3. ¿Debemos cubrir el SAMR-co?

1. Para responder a nuestra primera pregunta tendremos en cuenta los hallazgos clínicos y/o de imágenes que nos orienten a pensar en la presencia de una infección profunda o necrótica, en cuyo caso, solicitaremos traslado urgente del paciente para internación y evaluación por cirugía.

2. El tratamiento endovenoso debe realizarse en las siguientes situaciones:

- Toxicidad sistémica (fiebre >38 grados, hipotensión arterial, taquicardia sostenida).

- Rápida progresión del eritema.
- Comorbilidades que incrementan el riesgo de respuesta pobre o posibilidades de complicaciones (neutropenia, trasplante reciente de Órganos, inmunodeficiencia, fármacos inmunosupresores, etc.)
- Progresión significativa de los hallazgos clínicos luego de 24-48 horas de tratamiento.
- Intolerancia para la vía oral.
- Lesión próxima a materiales médicos (prótesis articulares, injertos vasculares, etc.).
- Lactantes y niños pequeños.
- Los niños con celulitis y algunas de las siguientes características deben iniciar el tratamiento antibiótico por vía parenteral (las primeras dosis):
- Niños con múltiples sitios de infección.
- Menores de 5 años con infección de cara, manos o periné.
- Edad entre 29 días y 11 meses con una lesión mayor o igual a 3 cm de diámetro o edad de 12 meses a 4 años con infección mayor a 4 cm.

3. ¿Cuándo debemos cubrir al SAMR-co?

- Signos sistémicos de toxicidad (por ejemplo: fiebre 38° C, hipotensión o taquicardia sostenida).
- Episodio previo de infección por SAMR-co o colonización conocida de SAMR-co.
- Falta de respuesta clínica al régimen de antibióticos que no incluye actividad contra el SAMR-co.
- Lesión próxima a materiales médicos (prótesis articulares, injertos vasculares, etc)
- Mayores de 5 años con infección de cara, manos o periné.
- Factores de riesgo para SAMR-co.

Factores de riesgo:

- Contacto frecuente piel con piel, por ejemplo personas que practican deportes de contacto.
- Compartir artículos personales potencialmente contaminados (por ejemplo: afeitadoras, toallas) o equipo deportivo.
- Dificultades en el mantenimiento de la limpieza o higiene personal, hacinamiento.
- Acceso limitado a la atención médica.
- Exposición frecuente a agentes antimicrobianos.
- Historial de forúnculos, abscesos, infección o colonización con MRSA en pacientes o contacto cercano.
- Traumatismos de piel (quemaduras de césped, laceraciones o abrasiones, afeitado del cuerpo, perforación corporal, colocación del tatuaje, picaduras de insectos).

Cabe aclarar que la mayoría de los pacientes que padecen infecciones de piel por SAMR-co no presentan factores de riesgo. En el mismo sentido un trabajo prospectivo concluyó que los factores de riesgo para SAMR-co tienen escaso valor predictivo para la infección⁴.

¿Cuál es el tratamiento empírico recomendado para el tratamiento de las celulitis no purulentas?

El tratamiento empírico de los pacientes que presentan celulitis no purulentas (sin drenaje purulento o exudado y sin abscesos asociados) y que no presentan factores de riesgo para SAMR-co debe asegurar la cobertura contra el SBHGA y el *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Se sugiere:

- Cefalosporina de primera generación: cefalexina5 (100 mg/kg/día 4 veces al día en niños y 500 mg cada 6 horas en adultos). En un ensayo aleatorizado que incluyó a 153 pacientes con celulitis sin absceso; las tasas de curación fueron comparables entre las tratadas con cefalexina y las tratadas con cefalexina y trimetoprim-sulfametoxazol, es decir, en los pacientes con diagnóstico de celulitis sin absceso, la adición de trimetoprim-sulfametoxazol a la cefalexina no mejoró los resultados en general o por subgrupo6. En ciertos casos el espectro antibiótico debe ser ampliado como en: celulitis facial (donde el haemophilus influenzae pueda estar implicado), infecciones que se originan en la boca o celulitis periorbitaria, entre otras (abordaremos este tema en las próximas revisiones).

La mejoría sintomática del paciente se producirá dentro de las 24 a 48 horas del inicio de la terapia antimicrobiana, aunque la mejoría del edema y eritema puede retrasarse hasta 72 horas (tenemos presente que luego del inicio del tratamiento el eritema puede aumentar un poco debido a la destrucción bacteriana y su consecuente reacción tisular). La persistencia de eritema y/o de síntomas sistémicos después de este período de tiempo debe hacernos pensar en la presencia de patógenos resistentes o en diagnósticos alternativos.

- Para los pacientes que no responden al tratamiento con betalactámicos, se recomienda el uso de clindamicina para la cobertura del SARM-co. La clindamicina sigue siendo una excelente elección, dado que el nivel de resistencia reportado de los SAMR-co a este antibiótico ha sido menor del 10-15%.

- Para pacientes alérgicos a la penicilina y en los casos en que se considera la cobertura de SAMR-co puede indicarse trimetoprima-sulfametoxazol, doxiciclina (en niños de 8 años o más), o clindamicina. La trimetoprima-sulfametoxazol no debe utilizarse como agente único en el tratamiento inicial de la celulitis7 (ya que tiene escasa cobertura para SBHGA).

La duración del tratamiento debe ser individualizada dependiendo de la respuesta clínica del paciente. En general, 5 a 7 días de tratamiento resultan adecuados para los pacientes con celulitis sin complicaciones, cuya infección ha mejorado en 24-48 horas. La extensión de la duración de la terapia (hasta 14 días) puede justificarse en casos de infección grave y/o de respuesta lenta a la misma.

Recordemos además que el tratamiento de la celulitis debe incluir la elevación del área afectada (facilitando el drenaje por gravedad del edema) y el tratamiento de las condiciones predisponentes. La piel debe estar suficientemente hidratada para evitar sequedad y agrietamiento sin maceración interdigital.

Muchos pacientes con celulitis, sobre todos los adultos, presentan condiciones predisponentes para el desarrollo de celulitis recurrente (micosis interdigital o edemas). En estos pacientes, el tratamiento debe dirigirse tanto a la infección como a la condición predisponente. Como ejemplo, los pacientes con edema de miembros inferiores pueden beneficiarse del tratamiento con medias compresivas y terapia diurética.



Puntos clave

- En toda celulitis debemos determinar la presencia de drenaje purulento, exudado o abscesos ya que su presencia aumenta la probabilidad de infección por SAMR-co, lo cual modifica el tratamiento empírico inicial, además de requerir el oportuno drenaje quirúrgico.
- Siempre debemos buscar síntomas y signos de infección profunda o necrosante, ya que el paciente debe ser trasladado urgente a un centro de mayor complejidad.
- El tratamiento empírico de pacientes con celulitis no purulentas (sin drenaje purulento o exudado y sin abscesos asociados) y que no presentan factores de riesgo para SAMR-co debe asegurar la cobertura contra el SBHGA y el Staphylococcus aureus meticilino sensible. Se sugiere cefalosporina de primera generación, como la cefalexina (100 mg/kg/día 4 veces al día en niños y 500 mg cada 6 horas en adultos).
- Si se requiere cubrir empíricamente tanto al SAMR-co como al Streptococcus pyogenes se recomienda utilizar una de las siguientes:
 - Clindamicina.
 - TMP-SMX o Tetraciclina asociadas a un betalactámico (Ej.: Amoxicilina).

- Asegurar en todos los pacientes la re-evaluación en las primeras 48 horas de iniciada la terapéutica empírica, y con mayor énfasis en aquellos que iniciaron tratamiento empírico únicamente con cefalosporinas de primera generación.
- De no poder asegurar dicha re-evaluación en las primeras 48 horas (ya sea por falta de adherencia o difícil acceso a la atención) sería recomendable iniciar el tratamiento empírico con TMS-Amoxi o clindamicina.
- La conducta terapéutica (esquema antibiótico definitivo, duración del tratamiento, necesidad de evaluación en 2° nivel, etc.) quedará supeditada a la evolución clínica del paciente.
- La emergencia de resistencia bacteriana requiere de valoración dinámica del escenario epidemiológico, de forma tal de adaptar en forma oportuna las conductas terapéuticas a la realidad local.

Referencias

1. Kaplan SL, Hulten KG, Gonzalez BE, et al. Threeyear surveillance of community-acquired methicillin resistant Staphylococcus aureus in children. Clin Infect Dis 2005;40:1785-91.
2. Kaplan S. Community-Acquired Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Infections in Children.SeminPediatrInfect Dis 2006;17:113-9.
3. Moyanoc M ,Peuchota A , Giachettid A y colab. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Arch Argent Pediatr 2014;112(2):183-191
4. Miller LG, Perdreau-Remington F, Bayer AS, and colls. Clinical and epidemiologic characteristics cannot distinguish community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection from methicillin-susceptible S. aureus infection: a prospective investigation. Clin Infect Dis. 2007;44(4):471.
5. Moyanoc M ,Peuchota A , Giachettid A y colab. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Arch Argent Pediatr 2014;112(2):183-191
6. Clinical trial: comparative effectiveness of cephalexin plus trimethoprim-sulfamethoxazole versus cephalexin alone for treatment of uncomplicated cellulitis: a randomized controlled trial. AUPallin DJ, Binder WD, Allen MB, Lederman M, Parmar S, Filbin MR, Hooper DC, Camargo CA Jr SOClin Infect Dis. 2013;56(12):1754. Epub 2013 Mar 1
7. American Academy of Pediatrics. [Summaries of Infectious Diseases] In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:[Section 3 Summaries of Infectious Diseases page 723]

3° caso

“Doctor/a, no corresponde drenar abscesos en el centro”.



Caso Problema

En la enfermería nos espera Débora, la paciente (y de aclararle a Patricia y Mario que no deben realizar la compresión manual de abscesos y colecciones ya que pueden originar la diseminación de la infección vía hematológica) presenta una colección purulenta de 4cm de diámetro aproximado en muslo derecho. Patricia y Mario se adelantaron y comenzaron con “la compresión manual de la lesión”. Luego de realizar la evaluación clínica de la paciente usted decidió drenar quirúrgicamente el absceso, pero sus compañeros no acuerdan en llevar a cabo este procedimiento en el centro de salud.



Interrogantes

- ¿Qué tipo de lesiones podemos abordar en el primer nivel?
- ¿Tu centro de salud es un lugar adecuado para realizar este tipo de intervenciones? ¿Qué requisitos mínimos debe cumplir?
- ¿Estás entrenado para realizar el procedimiento?



Aportes teóricos

Como concepto general podemos decir, que pueden abordarse en el primer nivel de atención aquellas lesiones menores de 5 cm de diámetro ubicadas en tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles en la piel y los tejidos subcutáneos, ya que en líneas generales no se producirán complicaciones importantes a partir de este tipo de procedimientos.

Los procedimientos de cirugía menor donde nunca se penetran cavidades corporales cerradas no precisan de un quirófano convencional. En realidad pueden realizarse en cualquier espacio limpio, siempre que se garantice la existencia de tres pequeñas áreas estériles:

- El campo quirúrgico donde se interviene.
- La mesa instrumental adecuadamente cubierta.
- Las manos enguantadas del o los interventor/es.

Los lugares donde se realiza la exploración física o alguna dependencia multiuso (salas de curaciones o de observación, etc.) convenientemente preparados son lugares aptos para este tipo de prácticas¹.

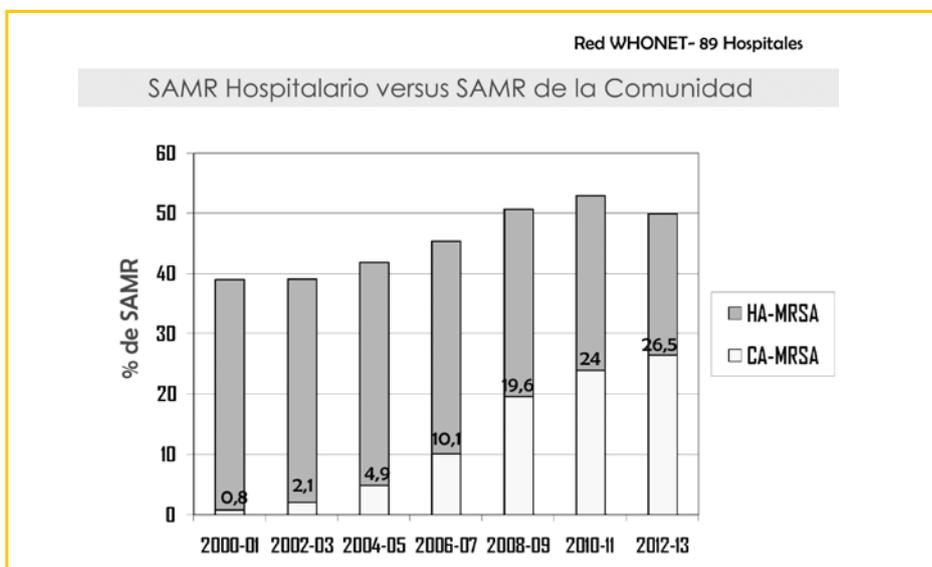
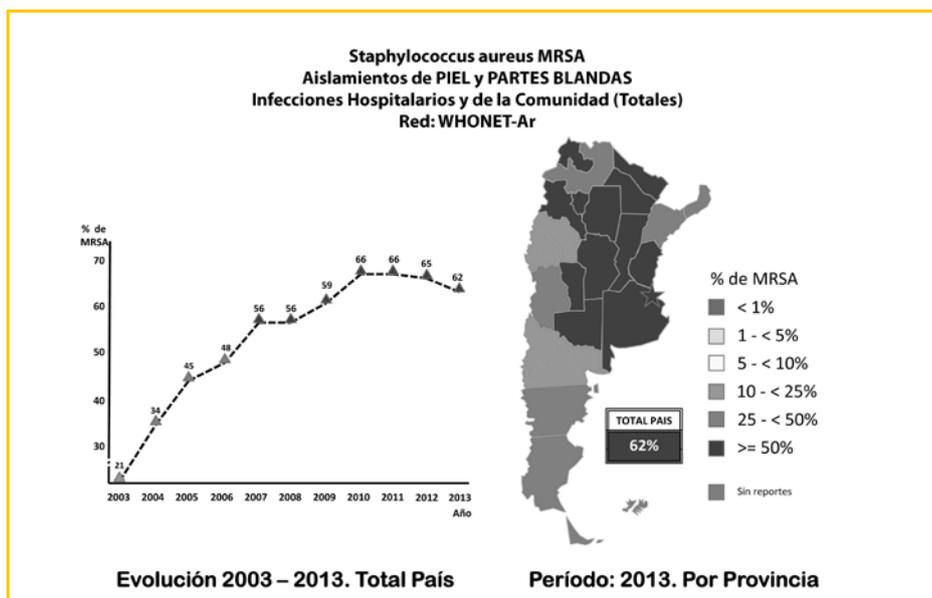
Aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel de atención implica, entre otras cosas, poder realizar procedimientos simples y de bajo riesgo en el centro de salud.

¿Qué tipo de lesión presenta Débora?

Un absceso es una colección de pus localizada en una zona anatómica concreta, pueden producirse dentro de cavidades preexistentes (quistes por ejemplo) o generarse por la propia destrucción infecciosa de los tejidos provocada por gérmenes piógenos. En el caso de los abscesos cutáneos el pus se acumula dentro de la dermis y en tejidos más profundos de la piel.

El germen más frecuentemente involucrado en este tipo de infecciones es el *Staphylococcus aureus metilino resistente (SAMR)*². En los últimos años se ha incrementado la incidencia de infecciones por *Staphylococcus aureus metilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-co)*. Si bien no hay unanimidad, pareciera que la adquisición de nuevos factores de virulencia determinó que estas infecciones sean más graves en comparación con los cuadros de origen comunitario causados por *Staphylococcus aureus metilino sensible (SAMS)*.

A continuación te brindaremos datos epidemiológicos en relación al SAMR facilitados por el Servicio de Antimicrobianos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI)-ANLIS "Dr Carlos G. Malbrán".



**TASAS DE RESISTENCIA SAMR-CO. ADAPTADO WHONET
(SERVICIO ANTIMICROBIANOS DEL INEI-ANLIS "DR. C. G. MALBRÁN"). 2015**

Antimicrobiano	% de resistencia
Minociclina	0.2
Tetraciclina	1
Rifampicina	2
TMS-STX*	3
Ciprofloxacina	6
Clindamicina	15
Eritromicina	20
Cefoxitina	48

*Trimetoprima/sulfametoxazol

Los abscesos se manifiestan clínicamente como nódulos o masas eritematosas, dolorosas, calientes y fluctuantes, con frecuencia coronadas por una pústula y rodeadas por inflamación.

La presencia de fluctuación es lo que diferencia un absceso de un flemón, en éste último el material purulento es escaso y, por tanto, el abordaje terapéutico será diferente. Por ello es fundamental detectar la fluctuación (sensación táctil de líquido a la palpación exterior del absceso), tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, pues indicará además la zona en la que habrá que realizar la incisión³.

La ecografía puede ayudar en el diagnóstico, y ser útil para medir las dimensiones de la colección.

Manejo en la consulta

Siempre que un paciente presente una masa purulenta accesible, el tratamiento debe ser el drenaje quirúrgico (apertura y evacuación de su contenido). En las fases inflamatorias precoces (si no se detecta fluctuación) la intervención se demora indicando al paciente tratamiento antibiótico y aplicación de compresas calientes⁴.

En lesiones de hasta 5 cm de diámetro el solo drenaje sin antibióticos adicionales puede ser suficiente para la cura⁵, particularmente en pacientes inmunocompetentes, sin signos de infección sistémica, a los que se les puede realizar un adecuado drenaje y seguimiento⁶.

El drenaje de un absceso es una técnica sencilla que se puede realizar en cualquier efector del primer nivel de atención de forma ambulatoria, con escasas complicaciones si se conoce la técnica. No obstante, en algunos casos está contraindicado el drenaje en el Primer Nivel, será entonces cuando habrá que derivar al paciente al segundo nivel asistencial⁷.

Se derivarán al segundo nivel asistencial aquellas colecciones purulentas:

- De gran tamaño que necesiten desbridamiento amplio en quirófano.
- Ubicadas en el triángulo nasogeniano (posible infección del seno cavernoso). Estas lesiones representan riesgo de flebitis séptica y extensión intracraneal a través del seno cavernoso.
- Abscesos periamigdalinos, retrofaríngeos y parafaríngeos.
- Abscesos de región anterior y lateral de cuello (pueden corresponder a quistes congénitos).
- Abscesos de mano (excluyendo paroniquias).

- Abscesos perianales profundos (fluctuación al tacto rectal por encima del esfínter anal),
- Abscesos adyacentes a vasos vitales o nervios (por ej.: Nervio facial, carótida, arteria femoral).
- Abscesos múltiples, recurrentes e interconectados.
- Abscesos grandes (> 5 cm por palpación o ecografía).
- Abscesos micóticos (ya que no deben ser tratados con incisión y drenaje).
- Angina de Ludwig (celulitis del piso de la boca).
- Abscesos mamarios, particularmente aquellos cercanos a la areola y el pezón.
- Los pacientes con trastornos de la coagulación subyacente (deben someterse a la corrección de su coagulopatía antes del procedimiento),
- Niños o adultos con lesiones extensas que requieran sedación y anestesia parenteral para manejar el dolor.

Diagnósticos diferenciales

- **Malformaciones vasculares:** los abscesos localizados en las cercanías de los vasos sanguíneos principales deben diferenciarse de aneurismas o malformaciones vasculares por medio de la clínica (por ej.: presencia de soplo o disminución de pulsos distales) o incluso solicitando una ecografía doppler.
- **Miasis:** se caracteriza por el antecedente de picadura de insecto, la formación de un nódulo que genera dolor, y la presencia de drenaje de pequeñas cantidades de líquido serohemático.
- **Panadizo herpético:** el panadizo herpético (infección del dedo por el virus del herpes simple) ocurre como una complicación de la infección primaria por herpes oral o genital, a través de una herida en la piel. Además del eritema, la hinchazón y el dolor, el panadizo herpético se caracteriza por la presencia de lesiones pustulosas o vesiculares. Los pacientes también pueden experimentar fiebre y linfadenitis con adenopatías axilares o epitrocleares. El estudio citológico de Tzanck puede revelar células gigantes multinucleadas.
- **Hidradenitis supurativa:** enfermedad inflamatoria crónica recidivante que afecta a las glándulas apocrinas. Debe tenerse en cuenta en cualquier paciente que se presenta con forunculosis recurrente de la ingle, las nalgas y las axilas. La hidradenitis supurativa puede estar asociada a abscesos cutáneos múltiples y recurrentes. El tratamiento depende de la extensión de las lesiones, comprende desde antibióticos tópicos hasta la cirugía.
- Enfermedades de transmisión sexual que puedan cursar con adenopatías inguinales supurativas (granuloma inguinal, cancroide, linfogranuloma venéreo).
 - Esporotricosis linfocutánea. Infección micótica. El drenaje de la lesión no tiene olor y no es groseramente purulento.
 - Enfermedad por arañazo de gato: algunos pacientes pueden desarrollar ganglios que supuran, la incisión y drenaje debe evitarse.

Como regla general la incisión y drenaje no está indicado para estas enfermedades.

Procedimiento

El material quirúrgico necesario es similar al que se emplea para la reparación de heridas cortantes:



Preparación del campo instrumental. El sitio en el cual se realizan estas intervenciones debe limpiarse diariamente, incluyendo la desinfección de las superficies quirúrgicas (mesa, carritos, camilla, etc.). Los materiales e instrumentos que se emplean directamente en la intervención han de estar y permanecer estériles. Antes de cada intervención los materiales a utilizar deberán presentarse en el carro de instrumental (que se encontrará cubierto previamente por un paño estéril), usted dejará caer en el carro (directamente desde sus envases) los materiales a utilizar, luego del lavado apropiado de manos y con las mismas enguantadas ordenará dichos elementos en el carro.

Preparación de los profesionales. El profesional deberá ser asistido por un enfermero u otro profesional del equipo con conocimientos de la técnica. Uso sin excepción de guantes estériles con adecuada higiene de manos previa, uso de barbijo quirúrgico simple y anteojos de protección.

Preparación del paciente. Los procedimientos menores no están exentos de posibles situaciones de emergencia. Debemos obtener una historia clínica completa (indagando sobre problemas de cicatrización, trastornos hemorrágicos, alergias y riesgo de endocarditis). Los pacientes con riesgo hemorrágico (anticoagulados o con coagulopatía preexistente) no deben ser intervenidos en el primer nivel, los compuestos con aspirina deberían evitarse de 7 a 14 días antes y hasta 2 a 7 días después⁹ y como norma general, no resulta necesario ningún laboratorio previo. En caso de riesgo de endocarditis bacteriana puede ser necesario el uso de profilaxis antibiótica. Explicar el procedimiento al paciente, advertirle sobre la posibilidad de formación posterior de una cicatriz antiestética e incluso con queloides, además de que el absceso puede recurrir. Firma de consentimiento informado por escrito.

Lavado y desinfección. El procedimiento se inicia con lavado cuidadoso de la zona y desinfección, utilizando clorhexidina alcohólica (en el caso de contar con la misma podrá utilizar yodopovidona, realizando la técnica de arrastre para dicha limpieza).

Anestesia local de la zona. La anestesia en la zona del absceso rara vez se utiliza. La infiltración del anestésico local es dolorosa y poco efectiva en zonas inflamadas por abscesos, donde el pH suele ser ácido. En general una incisión certera de drenaje es más efectiva que muchos pinchazos de intentos de anestesia. En el interior del absceso no tiene ningún sentido infiltrar anestesia local y la anestesia tópica local carece de toda efectividad.

Incisión. Debe realizarse una incisión lineal simple (paralela a las líneas de menor tensión de la piel) en la zona de máxima fluctuación del absceso (generalmente corresponde al centro de la lesión), orientándola en el eje mayor de la colección (evitando incidir el piso del absceso y la zona de tejido inflamatorio circundante para no producir un sangrado importante).

La incisión debe ser rápida con un bisturí puntiagudo (Nº 11), cortando completamente la piel que cubre el área de fluctuación durante la salida de la hoja del bisturí (“el bisturí se introduce pinchando y se retira cortando”). Para evitar el temblor inherente a esta maniobra, la mano que sujeta el mango del bisturí debe reposar sobre el paciente (como si escribiera sobre su piel), mientras que la mano contraria tensa la zona de corte.

Cuando comience a salir el material purulento se puede ayudar con la compresión de la piel de alrededor, dirigiendo la presión hacia la zona de incisión (no hacia planos profundos)

La incisión debe ser lo suficientemente amplia como para permitir un correcto drenaje de la cavidad y la introducción posterior de una pinza hemostática que logre explorar la misma y romper loculaciones.

• **Recoger muestra para cultivo principalmente en pacientes:**

- Inmunocomprometidos (DBT, VIH, etc.).
- Edades extremas.
- Pacientes a los que se indicará antibióticos orales.
- Infección local severa o con signos de enfermedad sistémica.
- O que no responden al tratamiento inicial.

• **Desbridamiento:** tras la salida espontánea de material acumulado, se explora introduciendo en la cavidad una pinza hemostática (Kocher), abriéndola y cerrándola en el interior del absceso en todas las direcciones para romper posibles loculaciones y eliminar completamente el tejido necrótico. Realizar la maniobra cuidadosamente ya que se dañan vasos subcutáneos (pueden producirse hemorragias que requieran un vendaje compresivo) y puede ser muy doloroso para el paciente requiriendo más infiltraciones de anestésico. En general cuando el absceso es pequeño no hace falta debridar, si el absceso es de gran tamaño lo más conveniente sería derivar al paciente a un centro de mayor complejidad.

• **Lavado de la cavidad:** este paso puede ser doloroso, advertir al paciente y respetar sus tiempos. Se lavara la cavidad con solución fisiológica en una jeringa y luego con una mezcla con 50 por ciento agua oxigenada, 50 por ciento povidona yodada.

• **Colocación del drenaje:** con ayuda de las pinzas Kocher, se colocara dentro de la cavidad una gasa empapada en povidona yodada (o un “rubber” que es un recorte de guante de latex) la cual se extraerá en la siguiente curación. Los abscesos cierran por segunda intención. En abscesos mayores de 5 cm de diametro, pacientes inmunodeprimidos y abscesos pilonidales se recomienda que luego del lavado de la cavidad se realice un “packing” (llenado cuidadoso de la cavidad del absceso con gasa esteril o gasa yodoformada o con hidrofibra) para evitar el cierre prematuro de sus bordes (el llenado con mucha fuerza puede causar necrosis de tejidos). Dejar una parte de la gasa en el exterior para posibilitar el drenaje de material purulento¹⁰. Recordemos que el manejo de abscesos mayores a 5 cm de diámetro no se recomienda en el PNA.

Cura local. Cura oclusiva con gasas y apósitos estériles.

Evaluar la necesidad de suero y vacuna antitetánica.

• **Curas diarias:** el paciente debe regresar a las 24 horas de realizado el drenaje para realizar las curaciones del herida. Se retirara el drenaje, se lavara la cavidad del mismo modo que la primera vez y se colocara de nuevo el drenaje, hasta que deje de salir material purulento. Las curas, lavando la cavidad y colocando nuevamente el drenaje deben ser frecuentes para impedir el cierre precoz de la incisión antes de que cure el absceso.

Se recomienda el tratamiento adicional con antibióticos sistémicos para el manejo de abscesos en las siguientes situaciones:

- Enfermedad extensa o severa (múltiples sitios de infección) ó rápida progresión asociada a celulitis.
- Signos o síntomas de enfermedad sistémica.
- Enfermedades asociadas (por ej.: diabetes) o inmunodepresión.
- Edades extremas.
- Abscesos en áreas de difícil drenaje (por ej.: cara, manos, genitales), perianales.
- Asociación a flebitis séptica.
- Escasa respuesta a la incisión y drenaje.

Pautas de alarma. Consultar nuevamente en caso de:

- Fiebre o equivalentes febriles.
- Reacumulación de pus en la zona.
- Aumento del dolor o enrojecimiento.
- Aumento de la inflamación.

Complicaciones

Son raras, se producen por el drenaje inadecuado de material purulento o por procedimientos demasiado agresivos.

- El drenaje inadecuado puede generar extensión local del proceso, causando osteomielitis, tenosinovitis, tromboflebitis séptica, fascitis necrotizante o fístulas.
- Un drenaje demasiado agresivo puede dañar nervios y vasos, y producir bacteriemia.



Puntos clave

- Los procedimientos de cirugía menor, donde nunca se penetran cavidades corporales cerradas no precisan de un quirófano convencional.
- En general pueden abordarse en el primer nivel de atención aquellas lesiones menores de 5 cm de diámetro ubicadas en tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles en la piel y los tejidos subcutáneos.
- Siempre que hay una masa purulenta accesible, el tratamiento debe ser su evacuación física, es decir, el drenaje¹¹.
- El drenaje de un absceso es una técnica sencilla que se puede realizar en cualquier efector del primer nivel de atención de forma ambulatoria, con escasas complicaciones si se conoce la técnica.
- Los pacientes con riesgo hemorrágico no deben ser intervenidos en el primer nivel de atención.

Referencias

1. Olmos Carrasco, O., Caballero Martínez, F. (2012). Problemas de la piel y el tejido subcutáneo. Capítulo 31, Volúmen 2. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2° edición. España: Editorial Panamericana (pag 1345).
2. Pulia MS, Calderone MR, Meister JR, Update on management of skin and soft tissue infections in the emergency department. CurrInfectDisRep (2014) 16:418 DOI 10.1007/s11908-014-0418-9.
3. Del Amo López, R., Díez García, M. Drenaje de un Absceso. (2012). Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria. Semfic.
4. Olmos Carrasco O, Caballero Martínez F. (2012). Problemas de la piel y el tejido subcutáneo . Capítulo 31, Volúmen 2. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2° edición. España: Editorial Panamericana (pag 1361).
5. Lee, M.C., Rios, A.M., Aten, M.F. (2004). Management and outcome of children with skin and soft tissue abscesses caused by community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Pediatr Infect Dis J.
6. Stryjewski, M.E., Chambers, H.F. (2008). Skin and soft-tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus. ClinInfectDis.
7. Vázquez Lima, M.J., Casal Codesido, J.R. Guía de actuación en urgencias. 3.a edición.
8. Olmos Carrasco, O., Caballero Martínez, F. (2012). Problemas de la piel y el tejido subcutáneo . Capítulo 31, Volúmen 2. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2° edición. España: Editorial Panamericana (pag 1349).
9. Olmos Carrasco, O., Caballero Martínez, F. (2012). Problemas de la piel y el tejido subcutáneo . Capítulo 31, Volúmen 2. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2° edición. España: Editorial Panamericana (pag 1349).
10. Butler, K. (2010). Incision and Drainage. In: Clinical Procedures in Emergency Medicine, 5th ed, Roberts, JR, Hedges, JR (Eds), Saunder Elsevier, Philadelphia. p.657.
11. Del Amo López, R., Díez García, M. Drenaje de un Absceso. (2012). Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria. Semfic.

Si quieres ver otros casos, visita nuestra web,
www.actualizacionesparamedicos.wordpress.com
donde vas a poder dejar tus dudas, comentarios y sugerencias.
Hasta el próximo número. ¡Saludos afectuosos!

Cobertura Universal de Salud. Medicamentos

Bibliografía

Caso 1

Sibbald A. Otitis Media. Módulo 1. Capítulo 4. Pronap 2014.

Michael E Pichichero MD. Acute otitis media: Update 2015. March 01, 2015.

Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, and colls. Diagnosis and Management Acute Otitis Media. Clinical Practice Guideline. Pediatrics Mar 2013, 131 (3) D1D5; DOI: 10.1542.

Del Castillo Martínez, F. Baquero Artigao, T. de la Calle Cabrera b, M.V. and colls. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda.

Asociación Española de Pediatría. F. del Castillo Martín, F. Baquero Artigao, T. de la Calle Cabrera y colab. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. 2012

Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD000219.

Caso 2

Kaplan L. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in children: Epidemiology and clinical spectrum. UPTODATE. Feb 22, 2017.

Kaplan L sheldon. Suspected Staphylococcus aureus and streptococcal skin and soft tissue infections in children >28 days: Evaluation and management. UpToDate. Jun 13, 2017.

Moyanoc M ,Peuchota A , Giachettid A y colab. Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Arch Argent Pediatr 2014;112(2):183-191

Spelman D, Baddur L. Cellulitis and skin abscess: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. Literature review current through: Mar 2017. Feb 03, 2017.

American Academy of Pediatrics. [Summaries of Infectious Diseases] In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015

Cherry J, Harrison G, Kaplan S, and colls. In FEIGIN AND CHERRY'S TEXTBOOK OF PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASES. SEVENTH EDITION. Philadelphia. Elsevier Saunders. 2014

Glikin H, Favalaro E, Sanjurjo J, y colab. Infecciones por Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) en afecciones dermatológicas habituales.

Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, and colls; Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in adults and children. Clin Infect Dis. 2011 Feb 1;52(3):e18-55. doi: 10.1093/cid/ciq146. Epub 2011 Jan 4.

Higgins B, Brindle R. Interventions for cellulitis and erysipelas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD004299. DOI: 10.1002/14651858.CD004299.pub2

VERÓNICA BERMEJO, LUCIANA SPADACCINI, GABRIELA R. y colab. PREVALENCIA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PACIENTES AMBULATORIOS. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; 72: 283-286

Consenso SADI-SAM-SAD-CACCVE. Guía para el manejo racional de las infecciones de piel y partes blandas - Parte I. Rev Panam Infectol 2009;11(3):49-6

Salgado Ordoñez F, Arroyo Nieto A, Lozano Serrano A , y colab. Infecciones de piel y partes blandas. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) Med Clin (Barc). 2009;133(14):552-564

Darmstadt G, Sidbury La piel. infecciones bacterianas cutáneas. capítulo 655 Parte XXX in. Behrman R, Kliegman R. Jenson H. Nelson Tratado de Pediatría. . 17 edición, España: Ed Elsevier. 2004.

<https://stati.in/cache.php?ver=1.5.3&ref=zteZ>

<https://stati.in/cache.php?ver=1.5.3&ref=zteZ>

Caso 3

Del Amo López, R., Díez García, M. Drenaje de un Absceso. (2012). Sociedad Española de medicina Familiar y Comunitaria. Semfic.

Kronfol, R., Downey, K. (2013). Technique of incision and drainage for skin abscess. UpToDate.

Olmos Carrasco, O., Caballero Martínez, F. (2012). Problemas de la piel y el tejido subcutáneo. Capítulo 31, Volumen 2. En Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2ª edición.

Menéndez Ancelovici, Marcela. (2006). Problemas quirúrgicos frecuentes. Sección 19. Procedimientos comunes en Cirugía menor, 200. Rubinstein, A., Terrasa ,S., Medicina Familiar y Práctica clínica Ambulatoria. Segunda edición. Panamericana.

Fitch, T., Manthey, D., McGinnis, H., and colls. (2007). Abscess Incision and Drainage. New England Journal of Medicine.

Autores

Méd. Jesús Fumagalli
Especialista en Medicina Familiar y General

Coordinación Editorial

Méd. Romina Gaglio
Especialista en Medicina Familiar y General
Méd. Jesús Fumagalli
Especialista en Medicina Familiar y General

Comité Editorial

Lic. Leandro De la Mota
Lic. Cristina Ratto

Revisor de estilo:

Méd. Liliana Gonzalez
Psiquiatra. Posgrado en Educación para la Salud.
Lic. Leandro Koren - Comunicador social

Revisores

Caso 1

- José Montes, coordinador de la Comisión de Infecciones en Ped. de Sociedad Argentina de Infectología (SADI).
- Patricia Angeleri. Médica Infectóloga. Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONA CRA).
- Melisa Prieto. Médica Infectóloga. Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONACRA)

Caso 2

- Gabriela Manonelles. Médica Infectóloga pediatra. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.
- Patricia Angeleri. Médica Infectóloga. Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONACRA).
- Melisa Prieto. Médica Infectóloga. Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONACRA).

Caso 3

- Dr. Andrés Kasparian. Especialista en cirugía general (UNC) Doctor en medicina y cirugía JTP (Prof asistente) en cátedra de cirugía UHC I (HNC) Prof. Adjunto Cátedra de Fisiología Humana. Fac. Cs. Méd. UNC.
- Dra. Beatriz Carballeira. Médica clínica. Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner y Hospital de Alta Complejidad en red. Florencio Varela.
- Agradecemos a la jefa de Servicio Antimicrobianos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI)
- ANLIS Doctor Carlos Malbrán, Alejandra Corso, por su buena disposición y por facilitar material para esta publicación.
- Patricia Angeleri. Médica Infectóloga. Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONACRA).
- Melisa Prieto. Médica Infectóloga. Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONACRA)

0800.666.3300

Cobertura Universal de Salud - Medicamentos

   /msalnacion



República Argentina 
argentina.gob.ar/salud

CUS-MEDICAMENTOS. Av. 9 de Julio 1925, piso 8.
C1073ABA. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación