

LARRUAZALEKO INFEKZIO BAKTERIANOEN MANEUIA ANBULATORIO-EREMUAN

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ TRATAMENDU ANTIBIOTIKOA
AUKERATZEKO IRIZPIDEAK
- ▶ LARRUAZALEKO ETA ATAL BIGUNETAKO
INFEKZIO BAKTERIANO OHIKOENAK
LEHEN MAILAKO ARRETAN
- ▶ HAGINKADEK ERAGINDAKO ZAURIAK

Larruazala eta haren anexuak dira organismoaren egiturazko babes nagusia kanpoko agenteen aurka. Oreka hori apurtu eta larruazaleko infekzioak eragin ditzaketen faktore garrantzitsuenak hauek dira: larruazal-osotasuna haustea, higienarik eza, pilaketa, hezetasuna eta immunoeskasiak^{1,2}.

Larruazaleko infekzioek kontsulta ugari eragiten dituzte Lehen Mailako Arretan, helduenak zein pediatriakoak.

Prebalentzia handiena duten larruazaleko infekzioetako bakterioak *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) eta *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*) dira. Tratamendua orokorrean enpirikoa da, eta baldintza jakin batzuetan edo bilakaera klinikoa txarra denean bakarrik gomendatzen da azterketa mikrobiologikoa¹.

Gainazaleko infekzioak farmakologikoak ez diren neurriekin (higienea, sendaketak, etab.) eta antiseptiko topikoekin tratatu daitezke, eta batzuetan antibioterapia topikoa erabili behar da (mupirozina edo azido fusidikoa). Tratamendu sistemikoa forma hedatuetan, larrietan edo pazienteak beste arrisku-faktore batzuk dituztenean baino ez da erabiltzen. Antibiotikoak modu desegokian erabiltzeak erresistentzia bakterianoaren hazkuntza gero eta handiagoa dakar³.

Buletin honen helburua da anbulatorioan kontsultak eragin ditzaketen larruazaleko infekzio bakteriano garrantzitsuenen eta hagingkadengatiko zaurien gain-infekzioen maneia berrikustea.

TRATAMENDU ANTIBIOTIKOA AUKERATZEKO IRIZPIDEAK³

Oro har, tratamendua enpirikoa izan ohi da. Tratamendua aukeratzekoan alderdi hauek hartu behar dira kontuan:

- Infekzioaren etiologia. Mikroorganismoen sentsibilitate-profila eta antibiotikoekiko erresistentzia lokalak.

Mikroorganismorik ohikoenak bakterio gram positiboak dira (*S. aureus* eta *S. pyogenes*). Beste germen gram positibo, gram negatibo (*Pseudomonas aeruginosa*) eta anaerobiko batzuk ez dira hain ohikoak.

S. pyogenes penizilinarekiko sentikorra da beti.

S. aureus: penizilinasen bidezko erresistentziak dituzte anduien % 90 inguru; beraz, betalaktamiko eraginkorrak behar dira bektalaktamasak sortzen dituzten anduien kontra. Komunitatean hartutako metizilinarekiko erresistentea den *S. aureus* (K-MESA) edukitzearen susmoa egotekotan, klindamizina edo trimetoprima-sulfametoxazola (kotrimoxazola) erabiliko dira. Gure ingurunean, erresistentzia-ereduak kontuan hartuta, kotrimoxazola erabiltzea gomendatzen da⁴.

- Infekzioaren kokapena, hedapena eta sakontasuna.
- Pazientearen ezaugarriak: komorbiditatea, egoera immunologikoa eta adina.
- Antibiotikoaren ezaugarriak: ekintza-espektroa (zenbat eta zabalagoa izan, erresistentziak agertzeko orduan eta aukera handiagoa), metabolismoa, hartzeko modua, posologia eta zaporea.
 - Antibiotiko topikoak (mupirozina % 2 eta azido fusidikoa % 2): ahotik hartzen diren antibiotikoen eraginkortasun berbera edo handiagoa dute infekzio arinak edo mugatuak tratatzekoan. Erresistentzia-eragileak dira⁵. Aktiboak dira Metizilinarekiko Erresistentea den *S. Aureus* (MESA) bakterioaren aurka. Beste tratamendu topiko batzuk ez dira gomendagarriak, esaterako: bazitrazina-neomizina-polimixina, ez baitute eraginkortasun handiagorik erakutsi eta erreakzio alergiko anafilaktoideak eragin baititzakete⁴.
 - Antibiotiko sistemikoak
 - Penizilina V: aktiboa da *S. pyogenes* bakterioaren aurka, baina ez *S. aureus* bakterioaren aurka.
 - Amoxizilina: aktiboa da *S. pyogenes* bakterioaren aurka, baina ez *S. aureus* bakterioaren aurka.
 - Kloxacilina: aktiboa da betalaktamasak sortzen dituen *S. aureus* bakterioaren aurka (baina ez MESAren aurka), baita *S. pyogenes* bakterioaren aurka ere.
 - Zefadroxiloa: lehenengo belaunaldiko zefalosporina, aktiboa metizilinarekiko sentikorrak diren koko gram positiboen aurka.
 - Zefuroxima-axetiloa: bigarren belaunaldiko zefalosporina, aktiboa da enterobakterioen aurka.
 - Amoxizilina-klabulanikoa: aktiboa da metizilinarekiko sentikorrak diren *S. pyogenes* eta *S. aureus* bakterioen aurka (ez MESAren aurka). Oso erabilia mikrobio anitzeko infekzioetan.

- Klindamizina: espektro zabala, ordezko aukera da betalaktamikoekiko alergia duten pazienteetan, aktiboa MESAren aurka (% 23,5eko erresistentziak)⁴. Kapsuletan bakarrik har daiteke (pediatriako pazienteetan beharrezkoa izan daiteke formula magistrala).
- Kotrimoxazola: espektro zabala, aktiboa da MESAren aurka (% 3,4ko erresistentzia baino ez)⁴, ez da aktiboa *S. pyogenes* bakterioaren aurka (kasu horietan penizilina V edo amoxicilina gehitu beharko litzateke).
- Makrolidoak (eritromizina, klaritromizina, azitromizina): erresistentziak eragiteko gaitasun handia (metizilinarekiko sentikorra den *S. aureus*-en % 20, MESAren % 50 eta *S. pyogenes*-en % 7)⁴. Bektalaktamikoekiko alergia kasuetan erabili daiteke.

Komunitatean hartutako metizilinarekiko erresistentea den *S. aureus* (K-MESA)

Komunitatean hartutako metizilinarekiko erresistentea den *S. aureus* bakterioa agertzea osasun publiko arazoa da dagoeneko amerikar kontinenteko herrialde batzuetan, Asian, Australian, Zeelanda Berrian eta Europako herrialde batzuetan^{3,6-8}. Ikerketen arabera, erlazio handia dago antibiotiko topikoen (mupirozina eta azido fusidikoa) erabilera handiagoaren eta antibiotikoekiko erresistentzien hazkunde azkarraren artean; beraz, herrialde batzuetan mugak gomendatzen ari dira antibiotiko topikoen erabilera⁶. Erresistentzia gurutzatuak egon daitezke azido fusidikoaren eta metizilinaren artean, beraz, mupirozina topikoa MESA kasuetan bakarrik erabiliko da⁶. Gure inguruan K-MESA bakterioak duen intzidentzia eskasa ikusita (% 11,5 Gipuzkoako Lehen Mailako Arretan 2017an⁴), ez da gomendagarria tratamendu enpirikoa aldatzea, egoera benetan larria ez bada, errekurritzia edo aurrekari epidemiologikorik ez badago eta K-MESA bakterioaren intzidentzia handia duten herrialdeetatik datozen etorkinak ez badira. Kasu horietan kotrimoxazola edo klindamizina bidezko tratamendua gomendatzen da¹. MESAk izan ditzakeen arrisku-faktoreak hauek dira: MESAren eramaile ezagun bat izatea edo MESAren eramailearekin bizitzea, paziente instituzionalizatuak, larruazaleko ultzera kronikoak, ospitaleratuak, immunodeprimituak, kateterra edo bestelako gailu medikoak dauzkaten pertsonak^{5,9}.

Deskolonizazioa¹⁰: Sudurreko kolonizazioa bakarrik duten pazienteetan, mupirozina erabiltzea gomendatzen da, sentsibilitatearen monitorizazioa egin ondoren. Andui erresistenteak egotekotan, azido fusidiko topikoa edo bazitrazina topikoa gehi aho bidezko kotrimoxazola ematea gomendatzen da.

Deskolonizatzeko jarraibideak: Sudur bidezko mupirozina % 2ra; behin eman sudurzulo bakoitzean 3 aldiz egunean, 5 egunez. Gida batzuek pazientearen higiena klorhexidina-xaboiarekin egitea gomendatzen dute, % 4ra, 5 egunez. Betiere, barailaren azpitik egingo da, kaltetutako azala mazeratu gabe, eta arreta berezia eskainiko zaio besapeen, iztaien eta perineo-inguruaren higienerari. Tratamenduaren 5 egunak igaro ondoren, antibiotiko topikoaren dosirik jaso gabe egon behar du pazienteak, gutxienez 72 orduz, eta jarraian, lagin mikrobiologikoak hartu beharko dira, deskolonizazioa eraginkorra izan ote den egiaztatzeko. Sudurreko frotisa positiboa baldin bada, antibiogramaren arabera tratamendua errepikatzeak aukera aztertuko da.

Sudurraz kanpoko erradikazioari dagokionez, gida batzuek antibiotiko topiko edo sistemikoak gomendatzen dituzte, horretarako ebidentzia nahikorik egon ez arren.

LARRUAZALEKO ETA ATAL BIGUNETAKO INFEKZIO BAKTERIANO OHIKOENAK LEHEN MAILAKO ARRETAN

Hainbat orrialde daude patologia hauei buruzko material grafiko interesgarriarekin: Dermapixel (<http://www.dermapixel.com>) edo Dermatologia-atlasa (<http://dermis.net/dermisroot/es/home/index.htm>), adibidez.

Anpoilarik gabeko inpetigo arina^{1-3,5,11}: oso infekzio kutsagarria da (autoinokulazioaren edo kontaktu zuzenaren edo kutsatutako objektuen bidez) eta epidermisari eragiten dio, oro har, agerian dauzkagun aldeei. Umeetan, larruazaleko infekziorik ohikoena da, bereziki 2 eta 5 urte artean. Zikatrizialak ez diren lesioak eragiten ditu, ondo mugatuak, makulatik papulara, besikulara eta pustulara aldatzen direnak, eta azkenean zolda melizeriko lodia bihurtzen direnak. Larruazal osasuntsuan edo lehenago lesionatutako larruazalean (inpetignizazioa) gerta daiteke. Honako prebentzio-neurri hauek hartu behar dira: nolabaiteko larruazal-isolamendua, eskuoihalik edo objektu pertsonalik ez trukitzea eta eskolarako adinean dauden umeak eskolara ez joatea tratamenduaren lehenengo 48 orduetan gutxienez. Anpoiladun forma ere badago, eta orduan, lesioak besikula bihurtzen dira eta horiek eduki horia, arrea edo zornetsua duten anpoila. Gero erraz apurtu eta zolda mehe marroi batek estaltzen ditu. Konplikazio nagusiak hedapen lokala (zelulitisa, linfadenitisa) edo sistemikoa (pneumonia, osteoartrosia, sepsia) dira.

Mikroorganismorik ohikoena	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua	Oharra
<i>S. aureus</i> eta/edo <i>S. pyogenes</i>	Lesio arina eta hedatu gabea % 2ko mupirozina edo % 2ko azido fusidiko topikoa 8 orduz behin, 5-7 egunez.		
	Lesio zabaletan edo lesioak aurrera egiten dutenean: aho bidezko antibiotikoa 5-7 egunez: Kloxazilina H: 500 mg/6 orduz behin P: 50-100 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan Zefadroxiloa H: 500 mg-1 g/ 8-12 orduz behin P: 50 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan	Amoxicilina-klabulanikoa aho bidez 5-7 egunez H: 875/125 mg/8 orduz behin P: 20-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan Aho bidezko zefadroxiloa peditrikoaren hornidurarik eduki ezearan: Zefuroxima axetiloa P: 15-30 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak: H: Klindamizina aho bidez 300-600 mg/8 orduz behin, 10 egunez P: Azitromizina 10 mg/kg-ko/egunean 5 egunez edo klaritromizina 15 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan, 7 egunez MESA arriskua egonez gero: Kotrimoxazola 5-10 egunez H: 160/800 mg/12 orduz behin P: 6-12 mg TMP/30-60 mg SMX kg/egunean, 2 hartualditan, 5-10 egunez

H: helduentzako jarraibideak. P: peditriarako jarraibideak TMP: trimetoprima. SMX: sulfametoxazola

Erisipela^{2,13}: dermoepidermisari eragiten dion infekzioa. Hantura gorria da, distiratsua, mingarria, gogortua, edematosoa, eta ertz goratu ondo mugatuak dituena. Ohikoena beheko gorputz-adarretan eta aurpegian agertzea izaten da. Erasan orokorraren klinikarekin garatzen da (sukarra, hotzikarak, ondoez orokorra) eta anpoila bigunak ager daitezke. Zelulitisarekin diagnostiko bereizlea egin behar da.

Mikroorganismorik ohikoena	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua	Oharra
<i>S. pyogenes</i> Beste estreptokokoko batzuk (<i>S. aureus</i> ez da hain ohikoa)	Antibiotikoa ahoz 5-10 egunez (bilakaera klinikoaren arabera) Amoxicilina H: 500 mg/8 orduz behin P: 50-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan Penizilina V H: 500-1.000 mg/6-8 orduz behin P: 25-50 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan	Zefadroxiloa 5 egunez H: 500 mg/8 orduz behin P: 50 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak: H: Klindamizina aho bidez 300-600 mg/8 orduz behin, 7-10 egunez P: Azitromizina 10 mg/kg-ko/egunean 5 egunez edo klaritromizina 15 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan, 7 egunez

H: helduentzako jarraibideak. P: peditriarako jarraibideak

Zelulitis ez konplikatu^{2,5,12,13}: dermoepidermisen kokatutako infekzioa. Plaka eritematoso bero eta mingarria izaten da, txarto zehaztutako mugekin. Batzuetan, besikulak, petekiak edo nekrosi lokala izaten ditu eta linfadenitisa eta sintoma sistemikoak ere ager daitezke batera. Garrantzitsua da erisipelarekin diagnostiko bereizlea egitea.

Mikroorganismorik ohikoena	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua	Oharra
<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> Beste estreptokokoko batzuk	Kloxazilina ahoz 5 egunez H: 500 mg/6 orduz behin P: 50-100 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan Zefadroxiloa ahoz 5 egunez: H: 500 mg/8 orduz behin P: 50 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan	Amoxicilina-klabulanikoa aho bidez 5-10 egunez (bilakaera klinikoaren arabera) H: 875/125 mg/8 orduz behin P: 20-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak: H: Klindamizina aho bidez 300-600 mg/8 orduz behin, 7-10 egunez P: Azitromizina 10 mg/kg-ko/egunean 5 egunez edo klaritromizina 15 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan, 7 egunez MESA arriskua egonez gero: Kotrimoxazola 5-10 egunez H: 160/800 mg /12 orduz behin, 10 egunez P: 6-12 mg TMP/30-60 mg SMX kg/egunean, 2 hartualditan, 5-10 egunez Zelulitis errepikaria egotekotan (3-4 gertakari urtean), tratamendu profilaktikoa emateko aukera kontuan hartu.

H: helduentzako jarraibideak. P: peditriarako jarraibideak TMP: trimetoprima. SMX: sulfametoxazola

Folikulitisa¹⁻³: ile-folikuluaren gainazaleko infekzioa denez, ilea dagoen eremuetan agertzen da (aurpegia, buru-azala, besapeak, iztaiak eta gorputz-adarrak). Sarritan depilazioaren ondoren agertzen da. Bainujantziak estalitako ataletan agertzen denean, *Pseudomonas aeruginosa* bakterioa dagoela susmatu behar da. Lesioak oinarri eritematosoa duten papulak-besikulak dira. Diagnostiko bereizlea egin behar da akne arruntarekin eta kandidiasiarekin. Folikulitisa dermis sakonera hedatu daiteke (furunkulua) edo inguruko larruazalpeko ehun zelularrean eragina izan dezake (antraxa).

Mikroorganismorik ohikoenak	Tratamendu lehenetsia	Oharrak
<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i>	Antiseptiko topikoa eta % 2ko mupirozina topikoa 8 orduz behin edo % 2ko azido fusidiko topikoa 8 orduz behin, 5-7 egunez. Errepikaria bada edo hedatuta badago aur- pegi-erdiko herenean, edo sukarra agertzen bada, gehitu aho bidezko antibiotikoa 7-10 egunez: Kloxazilina H: 500 mg/6 orduan behin P: 50-100 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan Amoxizilina-klabulanikoa H: 875/125 mg/8 orduan behin P: 20-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan Klindamizina H: 300-600 mg/8 orduan behin P: 10-30 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan	Ez erabili antibiotikoak beti: konpresa beroak, etab. Pseudomonas edukitzearen susmoa egoteko- tan: azido azetikoaren soluzio topikoa % 1-5, 15-30 minutuz, egunean pare bat aldiz, eta lesio hedatuak izatekotan, ziprofloxazinoa ahoz. H: 500 mg/8 ordutik behin, 7 egunez. Folikulitis sakonak: ebakia eta drainatzea egin behar dira, eta antibiotiko bidezko tratamen- du goiztiarra jarri, konplikazioak ekiditeko. Kultiboa eta antibiograma egitea gomenda- tzen da.

H: helduentzako jarraibideak. P: pediatriarako jarraibideak

Eritrasma^{1,2,5}: *Corynebacterium minutissimum* bakterioak sortutako infekzioa, gorputzeko tolestura hezei eragiten diena (behatz arteei, iztaiei, besapeei, bularren azpiari eta gluteoen arteko eremuari). Hauek dira faktore eragileak: beroa, hezetasuna, obesitatea, larruazalaren mazerazioa, diabetes mellitusa, eta higienarik eza. Kolore gorri/marroidun lesioak dira, ertz irregular eta ondo zehaztuak dituztenak, pixka bat ezkatatzaileak. Prurito arina sortzen dute. Diagnostiko bereizlea intertrigo mikotikoarekin (tratamendua klotrimazol topikoa-
rekin).

Mikroorganismorik ohikoenak	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua
<i>Corynebacterium minutissimum</i>	Kasu arinak: tratamendu topikoa lesio mugatu eta lokalizatuentzako: Eritromizina topikoa/12 orduan behin, 15 egu- nez.	Klotrimazol topikoa/12 orduan behin, 15 egu- nez. % 2ko azido fusidiko topikoa/12 orduan behin, 7 egunez.
	Kasu hedatu eta berreritzeak: antibiotikoa ahoz 7-10 egunez: Eritromizina H: 500 mg/6 orduan behin P: 30-50 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan	Klaritromizina H: 500 mg/12 orduan behin P: 15-20 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan

H: helduentzako jarraibideak. P: pediatriarako jarraibideak

Paronikia^{1,3} (edo azazkaleko itzermina): hatzeko edozein zatiren infekzio akutua, egitura osteotendinosoa-
ren infekzioarekin batera edo infekziorik gabe. Azazkal inguruko itzermin bezala azal daiteke, infekzioa
azazkaleko izurraren inguruan dagoenean, hanturazko seinale nabarmenekin, larruazal gorria, edematosoa
eta oso mingarria, eta aurrera egiten badu, zornedun eremu txiki bat garatzen du izurraren hondoa eta
zabaldut egiten da azazkaleko sustraira iritsiz. Hatz-bizarrak kentzeko tresna kutsatuen erabilerak sortzen
du. Azazkal azpiko itzermina azazkal azpiko mamian egindako zauri zorrotzak eragin ohi du edo azazkal
azpiko itzemina ere eragin dezake. Mamian mina agertzen da eta zornedun materiala
bat-batean drainatu daiteke azazkal azpiko izurrean.

Mikroorganismorik ohikoenak	Tratamendu lehenetsia	Oharrak
<i>S. aureus</i> <i>Candida albicans</i> * Orofaringeko mikro- biota (polimikrobia- noa eta mistoa)	Gainazalekoa: konpresa heze beroak jarri, egunean 2-3 aldiz. % 2ko mupirozina edo % 2ko azido fusidiko topikoa 8 orduz behin, 5-7 egunez. Sakona: ebakia eta drainatzea egin behar dira, eta ahozko antibiotiko bidezko tratamendu goiztiarra jarri, konplikazioak ekiditeko (nekrosia, osteomieltisa). Amoxizilina-klabulanikoa 7 egunez H: 875/125 mg/8 orduan behin P: 20-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan Zefadroxiola 7 egunez H: 500 mg-1 g/ 8-12 orduan behin P: 50 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan Kloxazilina 10 egunez H: 500 mg/6 orduan behin P: 50-100 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak: H: Klindamizina ahoz 300-600 mg/8 orduan behin, 10 egunez P: Azitromizina 10 mg/kg-ko/egunean 5 egunez edo klaritromizina 15 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan, 7 egunez

* Eskuak behin eta berriz urarekin kontaktuan izaten dituzten pertsonak.
H: helduentzako jarraibideak. P: pediatriarako jarraibideak

Hidrosadenitisa^{1,3}: hidrosadenitis zorne-jariatzailea («zaldar» izenez ezaguna) gaixotasun inflamatorio kronikoa da eta guruin apokrinoei eragiten die (besapeak, iztaiak, uzki ingurua, perineo-ingurua, pubis-ingurua, etab.). Pubertaroan hasi ohi da, batez ere emakumeengan. Bakterioen kolonizazioa (estafilokoko koagulasa negatiboa edo *S. aureus*) bigarren mailakotzat jotzen da. Hasierako sintomak aldizkako mina eta hipersentikortasuna, pruritoa eta hiperhidrosi lokala dira. Ondoren, lesio nodular more-gorriak agertzen dira, zabaldu egiten da eta zornedun materiala draina dezake. Orbain hipertrofikoak edo fistulak ager daitezke, eta errekurrentzia oso ohikoa da. Kasu gehienak berez mugatzen dira, eta beraz ez dute antibioterapiarik behar.

Mikroorganismorik ohikoenak	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua	Oharrak
<i>S. aureus</i> Orofaringeko anae- robioak	Neurri higieniko zorrotzak, konpresa beroak eta arropa garbiak erabili + antiseptiko edo antibiotiko topikoak (% 2ko mupirozina edo % 2ko azido fusidiko topikoa 8 orduan behin). + Kloxazilina aho bidez H: 500 mg/6 orduan behin P: 50-100 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan edo Zefadroxiola ahoz H: 500 mg-1 g/ 8-12 orduan behin P: 50 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan	Hobetzen ez bada: amoxizilina-klabulanikoa ahoz 10 egunez H: 875/125 mg/8 orduan behin P: 20-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak: H: Klindamizina ahoz 300-600 mg/8 orduan behin, 10 egunez P: Azitromizina 10 mg/kg-ko/egunean 5 egunez edo klaritromizina 15 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan, 7 egunez

H: helduentzako jarraibideak P: pediatriarako jarraibideak

Keratolisi punktata^{1,14}: oinazpietako infekzioa. Batez ere nerabe eta heldu gazteei eragiten die, eta ohikoagoa da eremu bero eta hezeetan. Sintoma nagusienak hiperhidrosia, usain txarra eta pruritoa dira. Epidermisan azaleko sakonuneak (*punctata*) agertzen dira, batzuetan eredu linealarekin (*sulcatum*), eta diagnostikoa klinikoa da, hiperhidrosia, bromhidrosia eta deskribatutako lesio dermatologikoen hirukoa oinarritzat hartuta. Diagnostiko bereizlea oinazpiko ezakia edo garatxoekin burutu behar da.

Mikroorganismorik ohikoenak	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua
<i>Corynebacterium</i> sp. Beste batzuk: <i>Dermaphphilus congolensis</i> eta <i>Kytococcus sedentarius</i>	Hiperhidrosiaren tratamendua + xaboi antiseptikoarekin garbiketak + antibiotiko topikoak, 2 aldiz eman egunean, 2-4 astez edo ebazpen klinikora arte (% 3ko eritromizina, klindamizina, % 2ko azido fusidikoa edo % 2ko mupirozina).	Benzoilo-peroxido topikoa 1 edo 2 aldiz egunean, 2-4 astez, edo ebazpen klinikora arte.
<i>Corynebacterium</i> sp. Beste batzuk: <i>Dermaphphilus congolensis</i> eta <i>Kytococcus sedentarius</i>	Lesio hedatua bada edo tratamendu topiko bidezko antibiotikoei erantzuten ez diena, gutxienez 10 egunez, aho bidez: Eritromizina H: 250-500 mg/6 orduan behin P: 20-40 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan Klindamizina H: 300-600 mg/8 orduan behin P: 10-30 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan	

H: helduentzako jarraibideak. P: pediatriarako jarraibideak

Uzki inguruko dermatitis bakterianoa^{1,3}: 6 hilabete eta 10 urte bitarteko umeengan du eragina, eta intzidentzia gorenra 3-5 urte bitarteko umeengan. kontaktu bidez transmititzen dela uste da, bai autoinokulazio bidez (faringeko edo larruazaleko infekzioa edo eramaile asintomatikoa) edo bai familia barneko kutsadura bidez, bainuontziko ur bera erabiltzen bada edo senideren batek faringoamigdalitis akutua edo uzki-inguruko dermatitisa eduki badu, batez ere. Klinikoa: goratu gabeko 2-3 cm-ko eritema uzkiaren inguruan, ondo zehaztutako er-tzekin eta pruritoa, kaka egite mingarria, idorreria, eta gainezkatzeak eragindako inkontinentzia, hematokezia edo fisurak ekar ditzake. Mutikoei balanopostitisa eduki dezakete, eta neskatoket bulbobaginitisa jariatze eta disuriarekin. Fase akutuan lesioa gorria da, distiratsua, hezea, mingarria eta mintz zurixka izan dezake. Tratamendurik gabe lesioak kroniko bihurtzen dira, fisura mingarriekin jariatzen mukosoarekin edo inguruan zarakar horixka duten plaka psoriasiformeekin. Diagnostikoa klinikoa da, baina baieztapen bakteriologikoa behar duenez, uzki eta faringe inguruko laginak jaso behar dira, faringean ere sintomak baldin badaude.

Mikroorganismorik ohikoenak	Tratamendu lehenetsia	Ordezko tratamendua	Oharra
<i>S. pyogenes</i> eta gutxiago <i>S. aureus</i> gutxiago edo aurekoarekin batera.	Amoxizilina aho bidez 10 egunez H: 500 mg/8 orduan behin P: 50-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan Penizilina V aho bidez 10 egunez H: 500-1.000 mg/6-8 orduan behin P: 25-50 mg/kg-ko/egunean, 4 hartualditan	Hasierako tratamenduari ez badio erantzuten, eta antibiograma jaso artean: Amoxizilina-klabulanikoa ahoz H: 875/125 mg/8 orduan behin P: 40-50 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak: H: Klindamizina ahoz 300-600 mg/8 orduan behin, 10 egunez P: Azitromizina 10 mg/kg-ko/egunean 5 egunez edo klaritromizina 15 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan, 7 egunez Errekurrentziak: Zefuroxima-axetiloa aho bidez 7-10 egunez H: 250-500 mg/8-12 orduan behin P: 15-30 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan

H: helduentzako jarraibideak P: pediatriarako jarraibideak

HAGINKADEK ERAGINDAKO ZAURIAK^{1,3,9}

Haginkadek eragindako zauri gehien gain-infekzioek lehenengo 12 orduetan sortzen dituzte zeinu klinikoak, orokorrean, eritema, mina edo jariatzea.

Infektatzeko aukera gehien duten haginkadak katuarenak dira (% 50-80) hagin zorrotzak dituztelako, eta ez dira hain errez infektatzen txakurren (% 10-20). Gizakienak ia beti modu lokalean infektatzen dira. Egon ohi den mikrobiota mikrobio anitzekoa izaten da: estreptokokoa, *S.aureus*, anaerobioak...

Jarraibide orokorrak:

- Garbitu zauria ahalik eta arinen ur ugariz edo gatz-serumaz.
- Antiseptiko eta antibiotiko topikoen erabilera eztabaida handia sortu du.
- Hartu zauriaren kultiboa, soilik haginkadatik 12 ordu baino gehiago igaro badira edo infekzio-zantzuak badaude.

- Profilaxi-neurri estandarrak hartzeko aukera kontuan hartu errabia, tetanosa (haginkada guztiak tetanigenoak dira) eta zaurien bidez transmititzen diren gainerako gaixotasunen aurka.
- Profilaxi antibiotikoa ondorengo kasuetan erabili ohi da:
 - Katuen eta gizakien haginkadak
 - Aurpegi, esku, oin edo genitalen eremuetako haginkadak
 - Haginka egin eta 8-12 ordu beranduago artatu diren haginkadak (haginka egin ondoren kontsulta medikoa 8-12 ordu atzeratzen denean)
 - Komorbiditatea: immunoezabatzea, endokarditis-arriskua, pneumopatia kronikoa, hepatopatia kronikoa, diabetes mellitusa
 - Bularreko umeak, ume immunodeprimituak edo asplenikoak
- Eskatu aholkularitza kirurgikoa zauri sakon, hedatu, desbitalizatu, infektatuetarako edo hezur edo artikulazioak erasan dituzten zaurietarako.

Tratamendu lehenetsia	Oharrak
Amoxizilina-klabulanikoa aho bidez 5-10 egunez H: 875/125 mg/8 orduan behin P: 20-60 mg/kg-ko/egunean, 3 hartualditan	Betalaktamikoekiko alergikoak zefalosporinak onartzen badituzte: Zefuroxima-axetiloa 5-10 egunez H: 250-500 mg/8-12 orduan behin P: 15-30 mg/kg-ko/egunean, 2 hartualditan Betalaktamikoekiko alergikoak zefalosporinak onartzen ez badituzte: Klindamizina + ziprofloxazinoa 5-10 egunez H: 300-600 mg/8 orduan behin + 500 mg/12 orduan behin edo klindamizina + kotrimoxazola 5-10 egunez H: 300-600 mg/ 8 orduo + 160/800 mg/12 orduo P: 10-30 mg/kg-ko/egunean, 3-4 hartualditan + 6-12 mg TMP 30-60 mg SMX /kg-ko/egunean, 2 hartualditan

H: helduentzako jarraibideak. P: pediatriarako jarraibideak, TMP: trimetoprima. SMX: sulfametoxazola

Bilakaera txarra bada, kultiboa eskatu eta ospitaleratzeko aukera kontuan hartu³.

Eskerrak eman nahi dizkiogu José María García-Arenzanari, Donostialdea ESiko Mikrobiologia Zerbitzuko sendagileari, testua berrikusteagatik, bai eta egindako iruzkin eta iradokizun egokiengatik ere.

BIBLIOGRAFIA

1. Documento de consenso SEIP-AEPAP-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas bacterianas de manejo ambulatorio. An Pediatr. 2016;84:121.e1-121.e10. [on line]: www.analesdepediatria.org
2. García D, Ballester M, Valle E. Infecciones cutáneas. AMF. 2018;14(4):184-197.
3. Uso adecuado de antibióticos en pediatría. Infecciones cutáneas. Bolcan. 2016; 7(4):1-8. Servicio Canario de la Salud.
4. Guía de tratamiento de las enfermedades infecciosas en Atención Primaria. OSI Donostialdea. Osakidetza. 2018
5. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área de Aljarafe. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/guia/guia_find_hsd.asp
6. Bacterial skin and soft tissue infections. Aust Prescr. 2016;39:159-163.
7. Topical antibiotics for skin infections: should they be prescribed at all? Bpac. 2017. Disponible en: <https://bpac.org.nz/2017/topical-antibiotics-1.aspx>
8. Topical antibiotics for skin infections: when are they appropriate? Bpac. 2017. Disponible en: <https://bpac.org.nz/2017/topical-antibiotics-2.aspx>
9. Guía de tratamiento empírico de las enfermedades infecciosas (2ª edición). 2017. Comité de Política Antibiótica. OSI Donostialdea. Osakidetza
10. Protocolo de Aislamiento. Recomendaciones para prevenir la transmisión de infecciones en las Organizaciones Sanitarias Integradas. Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza 2018 Disponible en: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-apoyo/seg-clinic/seg-pac-iras/Paginas/default.aspx>
11. Kosar L, Laubscher T. Management of impetigo and cellulitis. Can Fam Physician.2017;63:615-8.
12. IDSA. Practice Guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America.
13. Guía PRIOAM del Hospital Virgen del Rocío. <http://guiaprioam.com>
14. Barankin B, Leung A. Pitted keratolysis. Uptodate® 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pitted-eratolysis?search=skin%20and%20soft%20tissue%20infections%20queratolisis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

«INFAC buletina argitalpen elektronikoa bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetzako intranetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevimesan@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Libe Moraza, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea