MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN

"PROTOCOLO DE MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS"

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Dr. Ángel Santillán	M. Internista	23/08/ 2019	
Revisado por:	Dr. Ricardo Bedón	M. Internista	16/09/2019	

	Dra. Romina Barboza	M. Internista	
	Dr. Romel Hilaire	Infectólogo	
	Dr. Manolo Calero	Director Asistencial	Hospital Docente de Calderón · Ministerio de Salud Pública · Dirección Asistencial
Aprobado por:	Econ. Holger García	Gerente del Hospital General Docente de Calderón	SALUD PUBLICA · GERENCIA · HOSPITAL DOCENTE DE CALDERÓN

"Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo"

Contenido

INTRODUCCIÓN: 3
2. OBJETIVO 4
3. ALCANCE 4
5. DIAGNÓSTICO 5
INFECCIONES DE PARTES BLANDAS 5
Tabla 5. Etiología de las infecciones de la piel y los tejidos blandos 7
6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL 8
7. FACTORES DE RIESGO PARA S. AUREUS METICILINO RESISTENTE MRSA 9
8. CRITERIOS DE INGRESO 9
9. TRATAMIENTO 10
Figura 3. Tratamiento Infección de Partes Blandas 11
FORMAS LEVES 12
FORMAS MODERADAS, categoría II 12
INFECCIONES DE PARTES BLANDAS PURULENTA 12
FORMAS GRAVES, categoría III 13
10. ESCALA DE SHAPIRO 13
11. CRITERIOS PARA PASAR DE TRATAMIENTO INTRAVENOSO A VIA ORAL 14
13. CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL 15
14. DECALAJE DE ANTIBIOTICOS SEGÚN CULTIVO 15
BIBLIOGRAFÍA 15
16- CONTROL DE CAMBIOS 17

1.- INTRODUCCIÓN:

Las infecciones de partes blandas constituyen una enfermedad de gran prevalencia a nivel mundial. Además de ser una de las principales causas de hospitalización. (2) Si a nivel primario

se controlan de manera adecuada, se evitarían hospitalizaciones por infecciones que inicialmente se podrían tratar de manera ambulatoria, es por eso muy importante el conocimiento acerca de su manejo inicial que determina su pronóstico, pudiendo llegar a comprometer formas graves como son la fascitis necrotizante, con rangos de mortalidad superiores al 70%. Además del alto costo sanitario. (1)

Dentro de las infecciones superficiales, el impétigo ocurre más frecuentemente en regiones tropicales o subtropicales, con una mayor incidencia en niños de dos a cinco años. La erisipela y celulitis ocurren mayormente en el sexo femenino, con afectación mayor en adultos entre los 40 y 60 años, con una incidencia de 10 a 100 casos por cada 100000 habitantes al año, el aislamiento microbiológico más frecuente es *Staphylococcus aureus*, sobre todo en las infecciones superficiales. Cabe destacar un incremento progresivo de la incidencia de infecciones por *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM) en los últimos años, no solo en las relacionadas con la asistencia sanitaria sino también en las de origen comunitario. Así la incidencia de SARM se sitúa en torno al 22,03%.(1) Se debe tomar en cuenta que las infecciones de partes blandas requieren de un abordaje multidisciplinar que incluya tratamiento antibiótico y, en los casos en los que sea necesario, quirúrgico, ya que reduce la mortalidad de manera considerable, desde un 38% a un 4,2%(3)

2. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL:

- Realizar un protocolo que oriente el manejo y tratamiento de pacientes con infección de partes blandas en el Hospital Docente de Calderón.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Implementar recomendaciones para el manejo de infecciones de partes blandas en el área de Medicina Interna del Hospital General Docente de Calderón.
- Guiar en el diagnóstico y tratamiento de infecciones de partes blandas.
- Establecer esquemas de manejo en cuanto al tratamiento de las infecciones de partes blandas

3. ALCANCE

Médicos tratantes, residentes y postgradistas del Hospital General Docente de Calderón.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

- *Infecciones supurativas*: afecciones supurativas en las cuales se produce secreción en su evolución.
- *Infecciones no supurativas:* afecciones de la piel en las cuales se ve comprometida tejido inflamatorio sin llegar a la producción de secreción.
- *Impétigo:* Infección superficial de la piel a nivel de la epidermis, inicialmente vesiculosa que evoluciona a la formación de pústulas cuyo contenido al secarse forma unas lesiones costrosas melicéricas. (3)
- *Foliculitis:* consiste en pequeñas pápulas eritemato-pustulosas centradas por un folículo piloso, frecuentemente pruriginosas. (3)
- *Erisipela:* es una infección superficial no necrótica que involucra la dermis, con un compromiso linfático sobresaliente. (3)
- *Celulitis:* La celulitis es una infección aguda de la piel que se disemina y se extiende más profundamente que la erisipela para afectar los tejidos subcutáneos. (3)
- *Fascitis Necrosante:* es una infección que se caracteriza por inflamación y necrosis de la piel, grasa subcutánea, fascia superficial y ocasionalmente profunda, rápidamente progresiva, produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica. (3)

5. DIAGNÓSTICO

INFECCIONES DE PARTES BLANDAS

Tabla 1. CLASIFICACIÓN ANATÓMICA DE LAS INFECCIONES DE TEJIDOS BLANDOS

	ANATOMÍA	SÍNDROME CLÍNICO
SUPERFICIALES	Piel	Impétigo
	Epidermis	Impétigo
	Dermis	Erisipela
	Folículos	Foliculitis, forúnculos
PROFUNDAS	Hipodermis, tejido celular subcutáneo	Celulitis, abscesos
	Tejido subcutáneo	Celulitis necrosante
	Grasa subcutánea	Fascitis necrosante: Tipo I: policrobiana
	Fascia superficial	Tipo II: monomicrobiana
	Fascia profunda	Miositis
	Músculo	Mionecrosis: Clostridiana No clostridiana

Fuente: E. LICEAGA, guías de diagnóstico y tratamiento del servicio de Infectología, hospital general de México 2018 (3)

IMPÉTIGO: Diagnóstico es clínico, la lesión inicial es la rotura abrupta de una vesícula de pared delgada, sobre la piel previamente normal que deja una erosión superficial cubierta por costras de color miel, que con el tiempo se secan y cura sin dejar cicatrices. (3)

FOLICULITIS: Diagnóstico es clínico, pequeñas pústulas a menudo rodeadas por un anillo de eritema localizadas en los orificios foliculares, menudo se presentan en racimos y durante su evolución afectan la cara, los glúteos y axilas, extremidades o en áreas de flexión. (3)

ERISIPELA: Cuadro Clínico de inicio rápido, afectación sistémica; placa caliente, brillante e indurada. Resolución con descamación fina. Más frecuente en extremidades, seguido de región facial. (13)

CELULITIS: Cuadro Clínico: sensibilidad local al tacto, dolor y eritema, y se intensifica rápidamente. Se desarrolla malestar general, fiebre y escalofríos. La zona afectada muchas veces es extensa y la lesión es eritematosa, caliente y tumefacta, los bordes no están elevados ni bien marcados, es común la linfadenopatía regional. (3)

FASCITIS NECROSANTE: El cuadro comienza con afectación local: edema difuso, eritema, calor y dolor. Progresa rápidamente y en 48 horas la zona adquiere una coloración azulada con formación de ampollas amarillentas. Sin tratamiento se desarrollan bullas, necrosis muscular y el proceso se extiende a lo largo de la fascia. Por último, aparece necrosis extensa del tejido celular subcutáneo. Asocia alteración del estado general, fiebre elevada, afectación multiorgánica y shock séptico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, asociado a exploración quirúrgica para desbridamiento, estudio de extensión y recogida de muestras para gram y cultivo. Se puede apoyar en estudios de imagen: ecografía, TC o resonancia magnética. (1)

Tabla 2. CLASIFICACIÓN MICROBIOLÓGICA DE FASCITIS NECROSANTE

TIPO	CARACTERÍSTICAS
TIPO I	Polimicrobiana más común
TIPO II	Monomicrobiana (Estreptococo, S.aureus, Clostridia sp.)
TIPO III	Mionecrosis por Vibrio Vulnificus*

*La clasificación tipo III no es universalmente aceptada

FUENTE: L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real

Tabla 3. Estadios Clínicos de Fascitis necrosante.

I (TEMPRANO)	Eritema, edema, hiperemia, dolor, fiebre
II (INTERMEDIO)	Vesículas y bulas, induración o fluctuación en piel
III (TARDÍO)	Bulas hemorrágicas, hipoestesia o anestesia de la piel, crepitación, necrosis de tejidos, progresión a gangrena

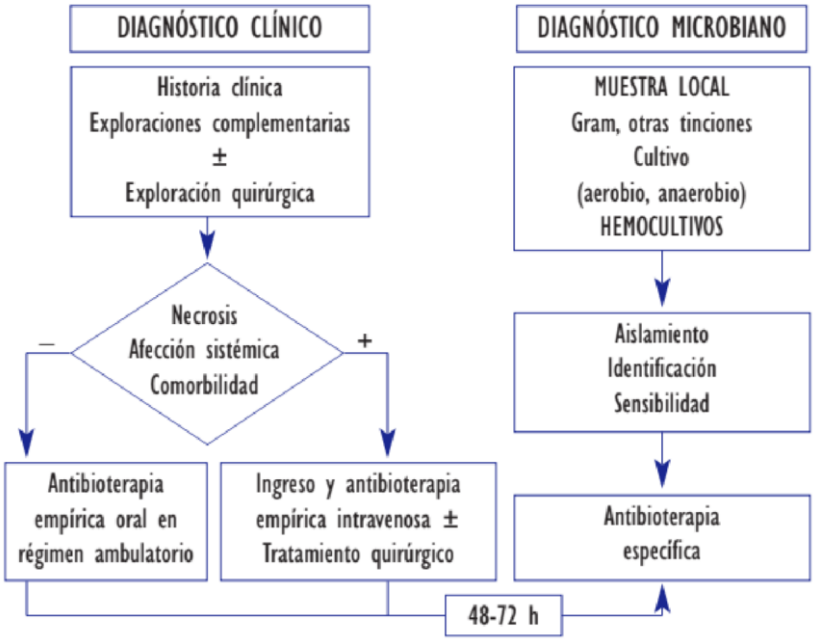
FUENTE: L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real

Tabla 4. Evolución clínica Fascitis Necrosante.

TIPO	EVOLUCIÓN CLÍNICA
FULMINANTE (horas)	Progresión rápida y estado de choque
AGUDA (días)	Áreas grandes de piel afectada
SUBAGUDA (semanas)	Empeoramiento de lesiones

FUENTE: L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real

Figura 1. Algoritmo diagnóstico-terapéutico de las infecciones de la piel y los tejidos blandos.



FUENTE: L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real

Tabla 5. Etiología de las infecciones de la piel y los tejidos blandos

TIPO DE INFECCIÓN	**MICROORGANISMO CAUSAL**
Impétigo	Sthapilococo aureus (60%), s. Pyogenes
Foliculitis	S. Aureus/ p. Aeruginosa
Erisipela	S. Aureus/ s. Pyogenes/ s. Agalactiae
Celulitis	S. Aureus/s pyogenes/h. Influenzae (niños)/vibrio (agua salada)/aeromona (agua dulce)
Fascitis necrotizante	S. Pyogenes/anaerobios/ polimicrobiana
Mionecrosis	Clostridium spp, otros microorganismos
Piomiositis	S. aureus
Mordeduras	S. aureus, Streptococcus, Peptostreptococcus, Prevotella Porphyromonas, Fusobacterium, Leptotrichia, Pasteurella multocida
Infección de herida quirúrgica	S. aureus, Enterobacterias
Infección de pie diabético	S. aureus, Streptococcus, Enterobacterias, P. aeruginosa, anaerobios
Infección de úlceras por presión	S. aureus, Enterobacterias, Enterococcus, P. aeruginosa, Anaerobios

FUENTE: L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real

6. **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

- Herpes zoster temprano facial
- Dermatitis por contacto o urticaria
- Carcinoma inflamatorio difuso de mama.
- Eritema crónico migratorio
- Enfermedad de Lyme
- Tromboflebitis superficiales
- Trombosis venosa profunda
- Reacciones adversas a drogas
- Gota- Hiperuricemia
- Picaduras de insecto con reacción inflamatoria

7. **FACTORES DE RIESGO PARA S. AUREUS METICILINO RESISTENTE MRSA**

- Hospitalización reciente.
- Pacientes que viven en asilos, cárceles o que estén prestando servicio militar.
- Terapia antibiótica reciente, terapia de amplio espectro en los últimos 6 meses Hospitalización o cirugía en los últimos dos meses previos
- Pacientes VIH positivos.
- Homosexuales.
- Hemodiálisis.
- Pacientes que comparten elementos como agujas, cuchillas de afeitar o elementos deportivos, consumidores de drogas intravenosas.

8. CRITERIOS DE INGRESO

Criterios de hospitalización:

- No tolera vía oral
- Compromiso sistémico
- Factores de riesgo, como: diabetes mellitus II, insuficiencia renal crónica, tratamiento inmunosupresor, neoplasia, VIH, LES, entre otros.

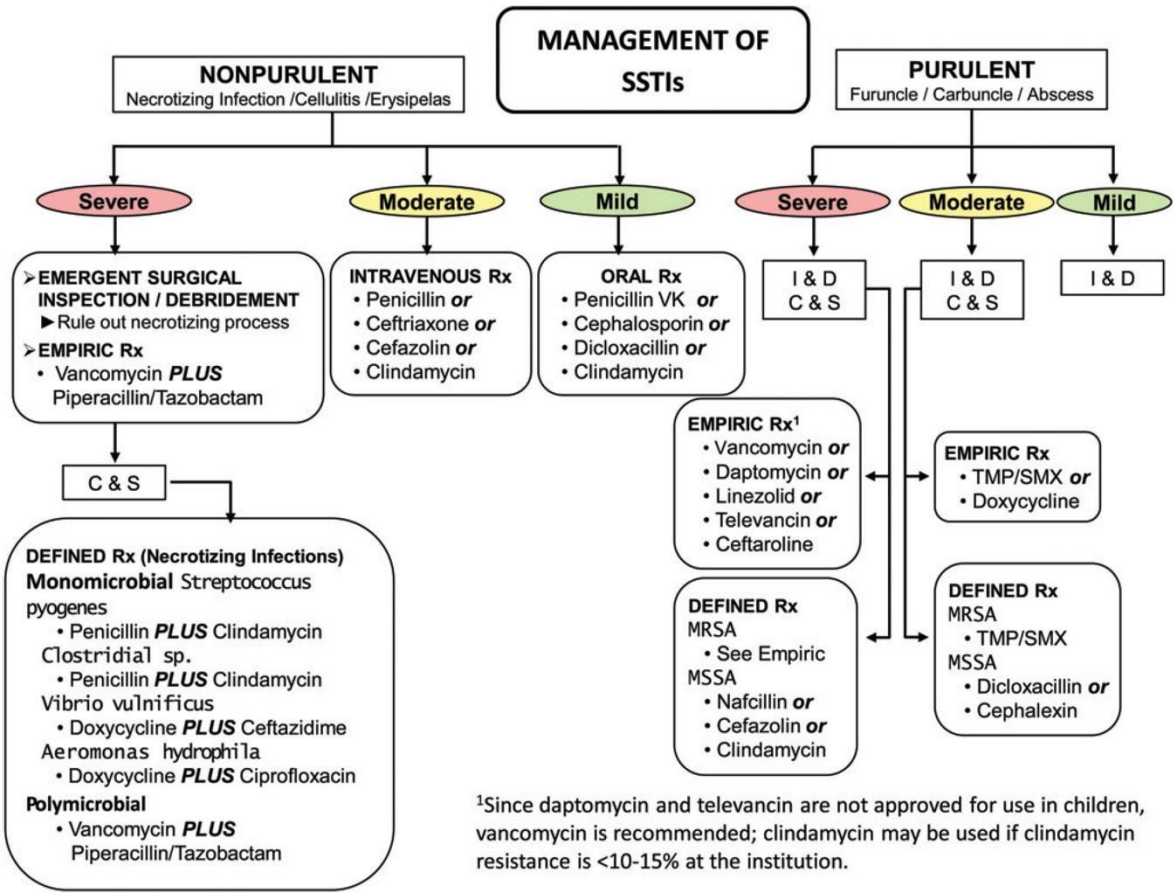
Para el abordaje de las infecciones de partes blandas, evidencian tres categorías de las cuales se presenta el manejo adecuado para cada una, citadas a continuación (4):

Tabla 6. Manejo de Infecciones de partes blandas acorde a nivel de complejidad

COMPLEJIDAD	CARACTERÍSTICAS
CATEGORÍA I: LEVE	Infecciones simples sujetos sanos o enfermedad crónicas controladas
CATEGORÍA II: MODERADO	Afectación del estado general sin comorbilidad o datos complementarios de gravedad.
CATEGORÍA III : SEVERO	Comorbilidad descompensada, estado tóxico, infección extensa, profunda o necrotizante

FUENTE: L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real

Figura 2. Manejo de Infección de Partes Blandas

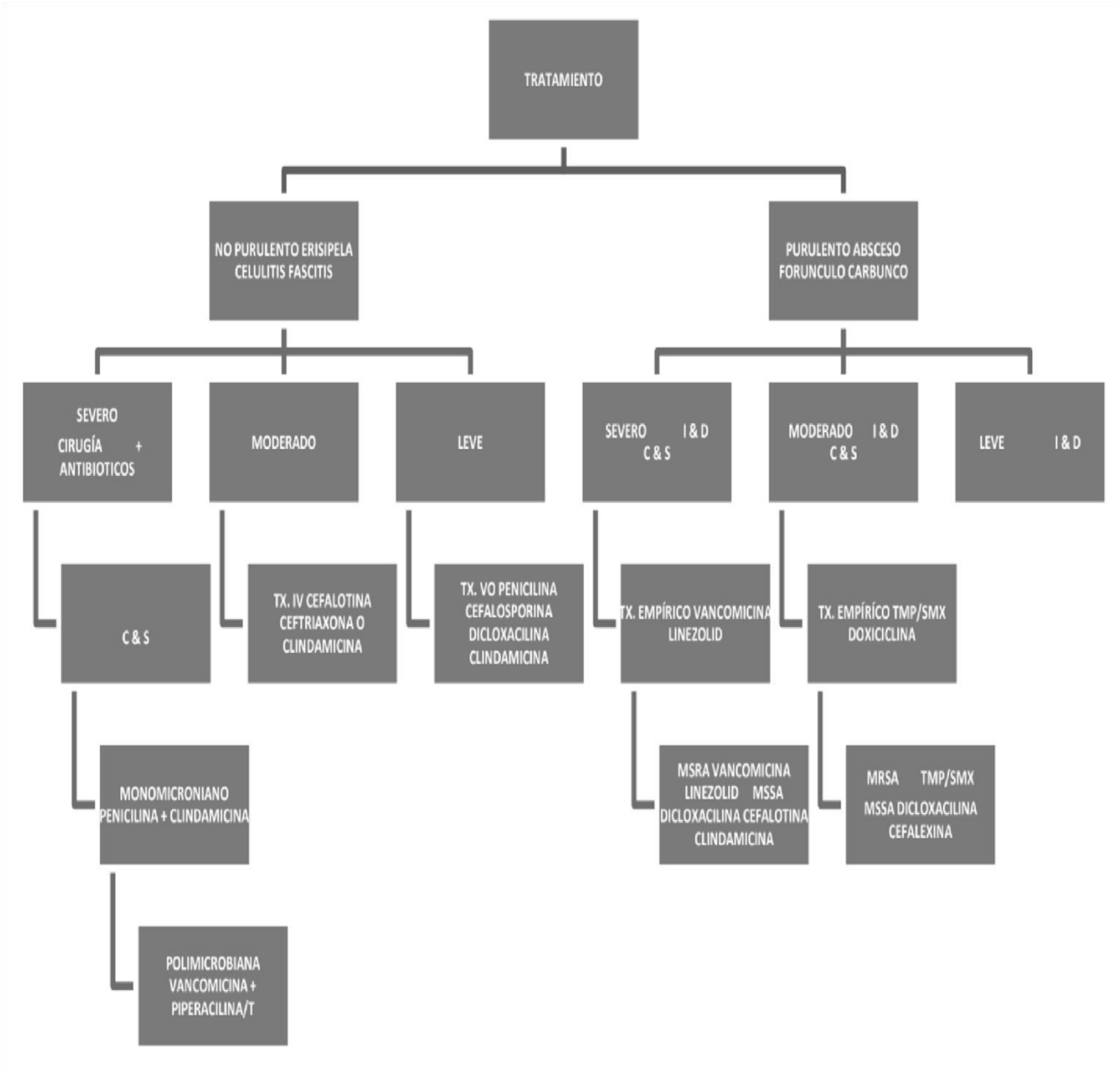


Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, et. al., (2014) Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. IDSA Practice Guidelines for SSTIs • CID 2014:59 (15 July) • e11

9. **TRATAMIENTO**

El tratamiento antibiótico ha de ser empírico por la dificultad en la obtención de muestras para cultivo en la mayoría de las ocasiones. La terapia debe cubrir los gérmenes probablemente implicados. Recordar para la interpretación del siguiente algoritmo tenemos a la categoría I o leve, categoría II o moderada y categoría III o severa, ya antes mencionadas. (9)

Figura 3. Tratamiento Infección de Partes Blandas



*Abreviaturas: I & D incisión y drenaje. C & S cultivo y sensibilidad

Fuente: PracGce Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and SoY Tissue InfecGons: 2014 Update by the InfecGous Diseases Society of America. CID 2014:59 (15 July) I: incision – D: drenaje- C: cultivo-S: sensibilidad

INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS NO PURULENTA

FORMAS LEVES

Considerada dentro de esta forma los pacientes sanos o categoría I. (4)

- Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 12 h oral

Nota: Alérgicos a Betalactámicos o prevalencia de SARM mayor del 20 %

- Clindamicina 300 mg cada 8 h oral o Cotrimoxazol 800/160 mg cada 12h

FORMAS MODERADAS, categoría II

Considerada dentro de esta forma los pacientes con afectación del estado general sin comorbilidad o datos complementarios de gravedad en categoría II. (4)

CELULITIS NO PURULENTA MODERA:

- Ceftriaxona 1 gr iv cada 12 horas

2da. Opción

- Clindamicina 600 mg iv cada 6 horas.

INFECCIONES DE PARTES BLANDAS PURULENTA

SIN FIEBRE, CON VÍA ORAL

- Clindamicina 300 mg vía oral cada 6 horas.

NO TOLERA VÍA ORAL

- Clindamicina 600mg iv cada 6 horas.

SI PACIENTE TIENE FIEBRE, ESCALOFRIÓ Y SI NO RESPONDE EN 48 HORAS

- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas. 1ra. Opción.
- Linezolid 600mg iv cada 12 horas. 2da. Opción.

FORMAS GRAVES, categoría III

Considerada dentro de esta forma los pacientes en categoría III con comorbilidad descompensada, estado tóxico, infección extensa, profunda o necrosante. (4).
Se debe realizar limpieza quirúrgica paciente ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos y utilizar los siguientes antibióticos.

SHOCK SÉPTICO DE PARTES BLANDAS.

- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas + Piperacilina+Tazobactam 4,5 gr iv cada 6 horas.
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas + Meropenem 1 gr iv cada 8 horas.
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas + Ceftriaxona 1 gr iv cada 12 horas + Metronidazol 500mg iv cada 6 horas.
- Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas +Metronidazol 500mg iv cada 6 horas + Levofloxacino 500mg iv cada dia.

GANGRENA DE FOURNIER.

Se deben utilizar los siguientes antibióticos + drenaje quirúrgico + estabilización hemodinámica.

Primera Opción:
Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas + Meropenem 1 gr iv cada 8 horas.

Segunda Opción.
Vancomicina 1 gr iv cada 12 horas + Piperacilina+Tazobactam 4,5 gr iv cada 6 horas.

Pacientes Alérgicos:

- Meropenem 1 gr iv cada 8 horas + Linezolid 600mg iv cada 12 horas

10. **ESCALA DE SHAPIRO**

Una vez diagnosticada una infección de partes blandas si se producen manifestaciones sistémicas, o con necesidad de manejo hospitalario es importante determinar el riesgo de un paciente a desarrollar bacteriemia, para lo cual se emplea la regla de Shapiro donde encontramos criterios mayores y menores, que se citan a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 7. REGLA DE SHAPIRO (VALORACIÓN BACTEREMIA)

Criterios mayores	Temperatura 39,4º (3 puntos) Sospecha clínica de endocarditis (3 puntos) Portador de cateter vascular (2 puntos)
Criterios menores (1 punto)	Temperatura 38,3º - 39,3º Edad =65 años Escalofríos Vómitos Hipotensión (sistólica = 90 mm Hg) Neutrofilia (48%) Leucocitos 18000 Porcentaje en cayado = 5% Trombopenia =150000 mm^3 Creatinina =2
Riesgo	Alto: = 5 puntos (hemocultivos positivos 15 - 25%) Moderado: 2 - 5 puntos (hemocultivos positivos 7 - 9%) Bajo: 0 - 1 punto (hemocultivos positivos 1%)

FUENTE: Ruth Peralta , Estela Torres de Taboada, Infecciones de piel y partes blandas Skin and soft tissues infections Postgrado Universidad Nacional de Itapúa (Encarnación, Paraguay) 2Dpto. de Medicina Interna. Hospital Nacional (Itauguá, Paraguay) SEPTIEMBRE 2017 o en Medicina Interna. Facultad de Medicina.

11. CRITERIOS PARA PASAR DE TRATAMIENTO INTRAVENOSO A VIA ORAL

- Temperatura menor de 37.8ºC
- Mejoría de los signos inflamatorios con disminución del área de eritema e induración
- Normalización o mejoría de leucocitos
- Estabilidad hemodinámica
- Comorbilidades estables
- Ausencia de complicaciones
- Capacidad para la ingesta oral

12. CRITERIOS DE ALTA HOSPITALARIA.

- Antibiótico IV durante más de 24h.
- Afebril (< 38ºC) durante ≥ 24h.
- Mejoría clínica o infección estable.
- Recuento leucocitario normalizado (4-12 x 109 /L).
- Sin taquicardia no justificada.
- Presión sistólica > 100 mm/Hg.
- Tolerancia oral, sin problemas de absorción gastrointestinal.(16)

13. CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL

- Paciente trasplantado
- Germen resistente con tratamiento antibiótico necesario, que no se encuentra en los medicamentos de segundo nivel
- Necesidad de tratamiento especializado que no se cuente al momento de la solicitud de la valoración

14. DECALAJE DE ANTIBIÓTICOS SEGÚN CULTIVO

Es imperativo. Se debe considerar rotar a un antibiótico restringido con lo cual disminuye la potencial colonización y súper infecciones. Si el material procesado fue obtenido adecuadamente, y los resultados son negativos, sospechar la participación de gérmenes no habituales, como por ejemplo: micobacterias, hongos, gérmenes que requieren medios enriquecidos, de crecimiento lento, o que se trate de una patología (15).

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Saavedra Lozano, M. Santos Sebastián, F. González, T. Hernández Sampelayo Matos, M.L. Navarro Gómez Infecciones bacterianas de la piel y tejidos blandos,
Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

2. Infecciones de piel y partes blandas: consenso sobre diagnóstico y tratamiento, Argent Pediatr 2014:112(1):e96-e102

3. E. LICEAGA, guías de diagnóstico y tratamiento del servicio de infectología, hospital general de México 2018

4. L. PORRAS LEAL, A. SÁENZ GUTIÉRREZ, P. CALDERÓN JIMÉNEZ y J. GIJÓN RODRÍGUEZ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA: PROTOCOLO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Ciudad Real. Link: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicaciones/capitulo-5_5.pdf

5. F. Álvez González Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela Infecciones por mordeduras y heridas punzantes link: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/mordeduras.pdf

6. N. RAMIREZ MEJÍA MI 196 UTP, G. VERGARA OSORIO MI 206 UTP, GUÍA DE MANEJO DE INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS E.S.E. SALUD PEREIRA.

7. Ruth Peralta , Estela Torres de Taboada, Infecciones de piel y partes blandas Skin and soft tissues infections Postgrado en Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Itapúa (Encarnación, Paraguay) 2Dpto. de Medicina Interna. Hospital Nacional (Itauguá, Paraguay) SEPTIEMBRE 2017

8. Manuel Raya-Cruza,??, Ignacio Ferulloa, María Arrizabalaga-Asenjoa, Antonio Nadal-Nadalb, María Paz Díaz-Antolínc, Margarita Garau-Colomc, Antonio PayerasCifrea LINK: https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-infecciones-piel-partes-blandas-pacientesS0213005X13000773

9. Advances in the medical management of skin and soft Gssue infecGons. BMJ 2016;355:i6004

10. PracGce Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and SoY Tissue InfecGons: 2014 Update by the InfecGous Diseases Society of America. CID 2014:59 (15 July)

11. Guidelines on the management of celluliGs in adults – June 2005. www.crestni.org.uk

12. NHS National Services Scotland. Incidence of hospital episodes by main diagnosis and financial year; and rates per 100,000 http://www.isdscotland.org/HealthTopics/Hospital-Care/Diagnoses/ [accessed 8 June 2011].

13. Elvira Cobo Vázquez[a], Jesús Saavedra Lozano[b] ultima actualización 21/04/2019 Infecciones de piel y partes blandas, link: https://guia-abe.es/temas-clinicosinfecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i):-impetigo-celulitis-absceso-

14. SEIMC 2006, GUÍA DE RECOMENDACIONES DE LA TERAPIA SECUENCIAL ANTIBIÓTICA, link: http://www.chospab.es/area_medica/enf_infecciosas/sesiones_clinicas/TerapiaSecuencialAntibiotica.pdf

15. Comité de infectologia critica, Estrategias para el diagnostico y tratamiento de las infecciones en el paciente critico, 2007

16. Mª Carmen Conde García, Hugo Daniel Patiño Ortega Revisores: Mª Dolores Fraga Fuentes, María Franco Huertas, Protocolo de infecciones bacterianas y agudas de la piel y partes blandas, octubre 2016

17. Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, et. al., (2014) Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. IDSA Practice Guidelines for SSTIs • CID 2014:59 (15 July) • e11

16- CONTROL DE CAMBIOS

(Este ítem lo llenará la Unidad de Calidad)

FECHA		DESCRIPCIÓN EL CAMBIO	CCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
08/2019		sión Inicial	N/A	001