

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	GR
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR		
<b>Brucelosis o fiebre de Malta</b> CIE-10: A23.9 CIAP-2: A78	asociar <b>doxiciclina</b> Dosis adulto: 100 mg/12 h/6 sem vo	A	<b>Niños &lt; 8 a</b>	asociar <b>trimetoprim-sulfametoxazol</b> Dosis pediátrica: 10 mg/kg/12 h/6 sem	A	Se recomienda reposo e hidratación. Vigilar hemograma, función hepatorenal y ototoxicidad (estreptomina). La endocarditis requiere sustitución valvular y un curso prolongado de antibióticos. Control de la brucelosis animal.	
	+ <b>rifampicina</b> Dosis adulto: 15 mg/kg/d/8 sem vo (máx. 900 mg)	A		+ <b>rifampicina</b> Dosis pediátrica: 15 mg/kg/12 h (máx. 600 mg) vo durante 6 sem	A		
	o asociar doxiciclina + <b>estreptomina</b> Dosis adulto: 1 g/d/2 sem im	A	<b>Niños &gt; 8 a</b>	asociar <b>doxiciclina</b> Dosis pediátrica: 2-4 mg/kg/24 h vo (máx. 200 mg/d), en 2 dosis	A		
	Si hay resistencias y/o recaídas, asociar doxiciclina + estreptomina + <b>rifampicina</b> Dosis adulto: 15 mg/kg/d/6 sem vo (máx. 900 mg)	B		+ <b>rifampicina</b> Dosis pediátrica: 15 mg/kg/12 h/6 sem vo (máx. 600 mg)	A		
				asociar <b>rifampicina</b> Dosis adulto: 900 mg/d/6 sem vo	A		
		<b>Embarazo</b>	+ <b>trimetoprim-sulfametoxazol</b> Dosis adulto: 160 mg/12 h/6 sem vo	A			
<b>Observaciones</b> Es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada. Es difícil erradicar a nivel intracelular el microorganismo, por lo que se necesita terapia combinada para disminuir las recidivas y fallos. Las recaídas son muy frecuentes y suelen presentarse en los primeros meses que siguen al tratamiento, raramente tras 6 m sin síntomas. Suelen tratarse repitiendo el tratamiento inicial. En las formas localizadas de brucelosis se recomienda prolongar el tratamiento con doxiciclina al menos durante 8 sem. La espondilitis requiere doxiciclina durante 12 sem y estreptomina de 14 a 21 d. La neurobrucelosis precisa dos o tres fármacos que atraviesen la barrera hematoencefálica (doxiciclina, rifampicina, TMP-SMX) y la duración es individualizada. No se aconseja usar rifampicina si la situación local es de tuberculosis o brucelosis endémica, para así evitar resistencias. Los corticoides no han demostrado efectos beneficiosos en la neurobrucelosis. El uso de TMP-SMZ no se recomienda en el primer trimestre de embarazo por el aumento de riesgo de malformaciones congénitas y durante la última semana de embarazo por asociarse a kernicterus en el recién nacido.							
<b>Chancroide</b> CIE-10: A57 CIAP-2: X99, Y99	<b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g vo DU Dosis pediátrica: 12-15 mg/kg vo DU (máx. 1 g)	A	<b>Embarazo y lactancia</b>	<b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 250 mg im DU Dosis pediátrica: 250 mg im DU	A	Información sobre conductas sexuales de riesgo, aconsejando sobre todo el uso del preservativo. Debería evitarse la actividad sexual hasta la resolución de todas las úlceras. Investigar, evaluar y tratar a las parejas sexuales (incluso en ausencia de síntomas) que el paciente ha tenido durante los 10-14 d previos al inicio de la úlcera. Los pacientes deben evaluarse a los 3-7 d	
			<b>VIH+</b>	asociar <b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 250 mg im DU  + <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g vo DU			

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<b>Chancroide</b> (Cont.)						del inicio del tratamiento (alivio del dolor y mejora de la úlcera). Si no existe mejoría, pensar en un diagnóstico incorrecto, coinfección por otra ITS, por VIH, falta de adherencia o germen resistente. Las adenopatías no fluctuantes, al contrario que las fluctuantes, responden bien a los antibióticos y no precisan drenaje o aspiración del contenido purulento. Las fluctuantes deben drenarse por aspiración.
<b>Observaciones</b> Con frecuencia, el tratamiento es empírico. Se aconseja estudiar la presencia de sífilis, herpes, hepatitis B o VIH+; de hecho, muchos autores aconsejan tratar también el herpes simple y la sífilis por la frecuencia de la coinfección. Se han descrito fracasos con dosis única de azitromicina en pacientes VIH+, por lo que deben ser estrechamente monitorizados, ya que en ocasiones es reflejo de una coinfección, sobre todo por el herpes simple. Se han propuesto cursos más largos de tratamiento en los pacientes VIH+.						
<b>Fiebre botonosa mediterránea</b> CIE-10: A77.1 CIAP-2: A77	<b>doxiciclina</b> (véase «Observaciones») Dosis adulto: 100 mg/12 h/5-7 d vo Dosis pediátrica: 2,2 mg/kg/12 h/5-7 d vo (en niños que pesan < 45 kg máx 200 mg)	<b>A</b>	<b>Alternativa</b>  <b>Alergia a tetraciclinas. Mujeres embarazadas. Niños &lt; 8 a</b>	<b>azitromicina</b> Dosis adulto: 500 mg/d/5 d vo  <b>josamicina</b> Dosis adulto: 1 g/12 h/5 d vo	<b>A</b>  <b>A</b>	Desparasitar los animales mediante repelentes. Prevención primaria: evitar la picadura de la garrapata y el contacto con perros, gatos y animales de caza, sobre todo en verano y otoño.
<b>Observaciones</b> Enfermedad de declaración obligatoria individualizada. El tratamiento se inicia de forma empírica sin esperar a la confirmación y debe mantenerse al menos hasta pasados 2 d de la desaparición de la fiebre. El uso de doxiciclina en niños que pesan > 45 kg conlleva un riesgo mínimo de tinción dental si la duración es corta. Si la enfermedad es grave (cefalea, disnea, manifestaciones neurológicas), está indicado el ingreso hospitalario y el tratamiento con cloranfenicol iv.						
<b>Granuloma inguinal</b> CIE-10: A58 CIAP-2: X99, Y99	<b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g/sem/3 sem mínimo	<b>A</b>	<b>Pauta alternativa</b>  <b>Embarazo y lactancia materna</b>	<b>doxiciclina</b> Dosis adulto: 100 mg/12 h/3 sem mínimo vo  <b>eritromicina</b> Dosis adulto: 500 mg/ 6 h/21 d vo	<b>A</b>  <b>A</b>	Información sobre conductas sexuales de riesgo. Es conveniente una evaluación clínica hasta que las lesiones se hayan curado. Deben examinarse y tratarse los contactos sexuales en los 60 d anteriores al inicio de los síntomas o si presentan signos o síntomas de la enfermedad.
<b>Observaciones</b> Enfermedad endémica en áreas tropicales. Deberá remitirse a servicio especializado. Pueden producirse recaídas 6-18 m después del tratamiento. El tratamiento se ha de aplicar un mínimo de 3 sem y hasta que todas las lesiones se hayan resuelto completamente (las recidivas son frecuentes). Si no hay mejoría clínica en los primeros días, debe añadirse gentamicina (1 mg/kg/8 h/2-3 d iv). Debe estudiarse la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, en cuyo caso el tratamiento puede prolongarse al retrasarse la resolución clínica.						

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<b>Hepatitis crónica por VHC</b> CIE-10: B18.2 CIAP-2: D72	Véase «Observaciones»					Apoyo psicológico, consejos dietéticos, tratamiento sintomático, ajuste de las dosis de otras medicaciones y cribado de cirrosis y carcinoma hepatocelular. Informar sobre el bajo riesgo de transmisión a amigos y familiares, aunque estos y los convivientes deberán adoptar precauciones en el uso de utensilios de higiene personal que puedan contactar con sangre. No deben realizar donaciones de sangre. Recomendar el uso del preservativo excepto en el caso de pareja estable. Evitar el consumo de alcohol y prácticas de riesgo para contraer el VIH. No existe riesgo para la lactancia materna salvo si hay grietas o heridas. Estudiar asimismo la presencia del VIH y VHB. Los pacientes susceptibles de hepatitis A y B deberían vacunarse; en caso de cirrosis hepática deberían vacunarse frente al neumococo.

**Observaciones**

El tratamiento antiviral, sobre todo en una etapa temprana de la infección, es la piedra angular de la hepatitis crónica C. El objetivo del tratamiento es eliminar el virus de la circulación: sinónimo de respuesta viral sostenida o viremia negativa 3 m tras finalizar el tratamiento. A largo plazo, se busca prevenir la progresión a cirrosis, carcinoma hepático o disminuir la necesidad de trasplante hepático y mejorar la supervivencia. Hasta el año 2014, el tratamiento habitual de la hepatitis C se basaba en diferentes combinaciones de interferón pegilado, ribavirina e inhibidores de la proteasa. La aparición a partir de 2014 de los nuevos fármacos antivirales de acción directa (simeprevir, sofosbuvir, daclatasvir, ledipasvir, dasavubir, ombitasvir, velpatasvir, paritaprevir, ritonavir, glecaprevir, pibrentasvir, elbasvir, grazoprevir) cambia las opciones drásticamente (se obtienen viremias negativas en más del 90% de los pacientes).

Se pueden usar con o sin ribavirina. Ya no se recomienda el tratamiento con interferón aunque puede usarse en ámbitos con pocos recursos. La indicación del régimen terapéutico depende del genotipo viral (en España, el tipo 1 es el más frecuente, 70%), la presencia o ausencia de cirrosis y la ausencia de tratamiento previo (naive) o la respuesta a otros tratamientos. Deben vigilarse las interacciones con otros fármacos, como las estatinas, la rifampicina, la fenitoína, la carbamazepina y la amiodarona, esta última está contraindicada en determinadas combinaciones de antiviricos por el riesgo de complicaciones cardíacas graves. Los pacientes en tratamiento con rivabirina deben evitar el embarazo durante el uso de este y hasta 6 m después, por su elevada teratogenicidad.

La indicación prioritaria de tratamiento con antivirales de acción directa incluye pacientes con fibrosis hepática avanzada, en lista de espera de trasplante hepático, trasplantados hepáticos con recidiva de la infección, ausencia de respuesta a triple terapia con inhibidores de la proteasa de primera generación (boceprevir o telaprevir), trasplantados no hepáticos con hepatitis C, independiente del estadio de fibrosis hepática, hepatitis C con manifestaciones extrahepáticas clínicamente relevantes, riesgo elevado de transmisión y mujeres que deseen quedarse embarazadas. Se aconseja comprobar la respuesta vírica sostenida mediante la determinación del ARN-VHC al finalizar el tratamiento, a los 3 o 6 m de la finalización y al año, en pacientes que vayan a ser dados de alta para el seguimiento posterior tras conseguir la respuesta vírica sostenida (negatividad del ARN-VHC). Los pacientes con cirrosis hepática deberán continuar con el cribado.

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<b>Infecciones de transmisión sexual (en agresiones sexuales)</b>  CIE-10: A64 CIAP-2: A78	asociar <b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 500 mg im DU	A	<b>Alergia a cefalosporinas o tetraciclinas</b>	asociar <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g vo DU	A	Las agresiones sexuales recientes deben valorarse en el hospital. Hay que ser escrupulosamente respetuoso con la intimidad de la víctima y no somerlarla a exploraciones innecesarias o repetidas. El apoyo psicológico y emocional es tan importante para las víctimas de una agresión sexual como la prevención de daños. Aunque el riesgo de contraer una ITS es difícil de estimar, a partir del séptimo día de la agresión se recomienda recoger cultivos vaginal, cervical y/o anal, realizar serologías de sífilis, hepatitis B y C, VIH (previo consentimiento), que se repetirán a los 3, 6 y 12 m. También se solicitará prueba de embarazo, grupo sanguíneo y Rh. En los pacientes que reciben profilaxis post-exposición al VIH debe evaluarse la adherencia y tolerancia a la medicación 3 a 5 d después del inicio. Se aconseja realizar hemograma, pruebas de función hepática y renal, al inicio y durante la profilaxis.
	+ <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g vo DU	A		+ <b>metronidazol</b> Dosis adulto: 2 g vo DU	A	
	+ <b>metronidazol</b> Dosis adulto: 2 g vo DU	A	<b>Embarazo</b>	asociar <b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 500 mg im	A	
		+ <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g vo DU		A		
		+ <b>metronidazol</b> Dosis adulto: 2 g vo DU		A		

**Observaciones**

Utilizar analgésicos y/o ansiolíticos si es necesario. Se recomienda tratamiento empírico porque algunas víctimas no acuden a realizar las visitas de seguimiento. El metronidazol no debe usarse en el 1.º trimestre de gestación, ni en hombres agredidos sexualmente. Si existe riesgo de contraer una hepatitis B (por ejemplo, si se sabe que el agresor es HBsAg+), se aconseja poner Ig antihepatitis B (el CDC recomienda profilaxis postexposición con la vacunación de la hepatitis B sin inmunoglobulina hepatitis B [HBIG]). Se recomienda la vacunación frente al VPH en mujeres de 9 a 26 a y hombres de 9 a 21 a que no han iniciado o completado la vacunación; se llevará a cabo mediante dos dosis, la 2ª se aconseja a los 6-12 m. El tratamiento inicial cubre la infección por gonococo y/o *Chlamydia*, *Trichomonas vaginalis*, vaginosis bacteriana y *Treponema pallidum*. En función de los resultados de los cultivos y del seguimiento clínico, puede añadirse fluconazol y aciclovir a la propuesta inicial. Se recomienda profilaxis postexposición en las primeras 72 h (4-6 si es posible) de haberse producido el contacto. No obstante, en casos concretos de personas que presenten un alto riesgo de transmisión, podría realizarse profilaxis después de pasadas las 72 h.

El tratamiento antirretroviral consiste en la combinación de tres fármacos de dos clases diferentes. Remitir a un servicio de medicina interna o unidad de infecciones de referencia. Es obligatorio cumplimentar el parte de lesiones. Si no han transcurrido más de 72 h de la agresión sexual y si la paciente lo desea (una vez descartado embarazo previo con b-HCG en orina), hacer prevención poscoital con levonorgestrel (1,5 mg vo DU). Añadir antieméticos si la paciente presenta náuseas y/o vómitos.

En caso de no disponer de ceftriaxona, puede sustituirse por cefixima 400 mg/DU vo.

La profilaxis de micosis puede realizarse con fluconazol y la de herpes virus con aciclovir o famciclovir durante 5 d.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	GR	Circunstancias modificantes		GR	Medidas no farmacológicas	GR
			Tipo	Tratamiento alternativo			
<b>Linfo-granuloma venéreo. Proctitis</b> CIE-10: A55 CIAP-2: X99, Y99	<b>doxiciclina</b> Dosis adulto: 100 mg/12 h/21 d vo  o <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g/sem/3 sem vo	A  A	<b>Alergia a tetraciclinas, embarazo, lactancia</b>  <b>Clínica de proctitis (se asocia a proctitis gonocócica)</b>	<b>eritromicina</b> Dosis adulto: 500 mg/6 h/21 d vo  asociar <b>doxiciclina</b> Dosis adulto: 500 mg/12 h/21 d vo  + <b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 500 mg im DU	A  C  C	Información sobre conductas sexuales de riesgo. La incisión y el drenaje o la escisión quirúrgica deben evitarse siempre que sea posible ya que pueden alterar el drenaje linfático, producir fistulas o disminuir la curación. Si la aspiración de pus es aconsejable, debe realizarse siguiendo un abordaje lateral a través de piel sana y bajo cobertura antibiótica.	
<b>Observaciones</b> Realizar serología, lúes, VIH, hepatitis B y C e investigar presencia de herpes virus y/o gonorrea. Los pacientes con VIH+ deben recibir el mismo tratamiento. Enfermedad rara en nuestro medio causada por la <i>Chlamydia trachomatis</i> , propia de países tropicales. Remitir a servicio especializado. Investigar (muestras de uretra o cérvix para detectar infección por clamidia). Si existe proctocolitis, estudiar gonococo y sífilis. La ineficacia del tratamiento suele deberse a la falta de adherencia o a reinfecciones antes que a la resistencia al antibiótico. Los pacientes deben ser seguidos hasta que los síntomas y signos remitan. Si la enfermedad no remite 3 sem después de tratamiento, pensar en diagnósticos alternativos. Antes de iniciar el tratamiento, las parejas sexuales de las personas con LGV (en los últimos 3 m) deben ser examinadas y es preciso recoger muestras biológicas para el estudio microbiológico específico para clamidias. También debe ofrecerse el cribado de ITS (VIH, sífilis, hepatitis B, gonococo, clamidia). Recomendar a los pacientes que no mantengan relaciones sexuales hasta 7 d después del inicio del tratamiento. Aconsejar la vacunación contra la HA y HB si no están inmunizados. Las mujeres deben seguir el protocolo de cribado de cáncer de cérvix. El tratamiento empírico de elección de las parejas sexuales asintomáticas de los últimos 3 m es: doxiciclina 100 mg/12 h/ 7 d vo. En caso de riesgo de mal cumplimiento, valorar la pauta de azitromicina 1 g/sem/3 sem vo.							
<b>Profilaxis en pacientes con VIH/sida para neumonía por <i>P. jiroveci</i> (carinii) y toxoplasmosis</b> CIE-10: Z29.8 CIAP-2: B90, D87, K70, K93, T91, W78, W79	Prevención primaria: <b>trimetoprim-sulfametoxazol</b> Dosis adulto: 80 mg + 400 mg/d vo Dosis pediátrica: 75 mg + 375 mg/12 h, 3 d consecutivos a la sem vo  Prevención secundaria: <b>trimetoprim-sulfametoxazol</b> Dosis adulto: 160 mg + 800 mg/d vo	A  A	<b>Toxoplasmosis</b>	<b>trimetoprim-sulfametoxazol</b> Dosis adulto: 160 mg + 800 mg/24 h vo Dosis pediátrica: 75 mg + 375 mg/12 h vo	A	En pacientes seronegativos a toxoplasma, recomendar evitar comer carne cruda y sonrosada, lavar bien la verdura y la fruta. Evitar exposición a heces de gato. Revisar vacunaciones. Recomendar evitar prácticas que favorezcan la reinfección, consumo de drogas y, si no es posible, minimizar riesgos. Informarse sobre prácticas de sexo seguro. Informar al paciente y a la familia sobre medidas higiénicas (no compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar o utensilios punzantes de aseo personal). Evitar tatuajes y piercings.	

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<p><b>Observaciones</b></p> <p>La mejor forma de prevenir la infección por <i>P. jiroveci</i> es la mejora del sistema inmune mediante terapia antirretroviral. La respuesta inmune reduce el riesgo de <i>P. jiroveci</i> y permite interrumpir la profilaxis. Las principales indicaciones para la quimioprofilaxis son: CD4 &lt; 200 c/uL, CD4 &lt; 14%, CD4 200-250 si la monitorización es infrecuente, enfermos con sida que no hayan iniciado el tratamiento antirretroviral o cuya carga viral persiste a pesar de haberlo iniciado. Las indicaciones de quimioprofilaxis de toxoplasmosis son CD4 &lt; 100 con IgG + para <i>Toxoplasma gondii</i>. Se puede suspender la profilaxis pasados más de 6 m de terapia antirretroviral, carga viral indetectable y si los CD4 se mantienen &gt; 200 más de 3 m; se reanuda si CD4 &lt; 200 (&lt; 100-200 para toxoplasmosis). En caso de hipersensibilidad al TMP/SMX, intentar primero una desensibilización en atención especializada con dosis progresivamente crecientes de TMP/SMX, antes de prescribir fármacos alternativos menos eficaces y de uso preferentemente hospitalario (atovacuona, dapsona). Ninguno de estos fármacos está indicado para profilaxis de toxoplasmosis. En caso de embarazo, sí que estaría indicado, pero debe evitarse en el 1.º trimestre. Prevención secundaria: se puede suspender si hay respuesta al tratamiento antirretroviral y los CD4 aumentan por encima de 200 durante más de 3 m. Si el primer episodio de neumonía sucedió con CD4 &gt; 200, puede mantenerse siempre la profilaxis, excepto si hay elevación de los CD4 con tratamiento. Se reiniciará cuando los CD4 desciendan por debajo de 200 o ante una nueva neumonía. En aquellos pacientes que desarrollan una neumonía por <i>P. jiroveci</i> a pesar de respuesta inmune, la profilaxis debe mantenerse siempre. La profilaxis para toxoplasmosis cerebral y retinitis por citomegalovirus debe ser valorada en atención especializada. En caso de recidivas frecuentes por virus herpes simple, estaría indicado aciclovir (400 mg/8 h/5 d vo).</p>						
<p><b>Quimio-profilaxis de la enfermedad meningocócica</b></p> <p>CIE-10: A39.0 CIAP-2: N71</p>	<p><b>rifampicina</b> Dosis adulto: 600 mg/12 h/2 d vo Dosis pediátrica: niños &lt; 1 m, 5 mg/kg/12 h/2 d vo; niños &gt; 1 m, 10 mg/kg/12 h/2 d vo (máx. 600 mg/dosis)</p>	<p><b>A</b></p>	<p><b>Tto. alternativo en adultos &gt; 18 a</b></p> <p><b>Intolerancia a rifampicina y/o embarazadas</b></p>	<p><b>ciprofloxacino</b> Dosis adulto: 500 mg vo DU</p> <p><b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 250 mg im DU Dosis pediátrica: &lt; 15 a: 125 mg DU im</p>	<p><b>C</b></p> <p><b>C</b></p>	<p>Debe tenerse precaución con la transmisión por gotas procedentes de la persona afectada a la conjuntiva y mucosa de nariz y boca de la persona susceptible. Debe mantenerse precaución hasta 24 h después de la instauración del tratamiento, con el uso de mascarillas y la recogida del material contaminado en doble bolsa. La ropa no debe airearse para evitar la diseminación de los microorganismos.</p>
<p><b>Observaciones</b></p> <p>La quimioprofilaxis debe realizarse lo antes posible, preferentemente en las 24 h siguientes (no es necesario confirmación de laboratorio). A partir de 2 sem de diagnóstico del caso índice, la quimioprofilaxis es de escaso valor. No está indicada la búsqueda de portadores nasofaríngeos previa a la administración de quimioprofilaxis. Se ha de tener en cuenta que la rifampicina está contraindicada en el embarazo, enfermedad hepática o alcoholismo y tñe lágrimas, lentillas, orina y sudor; además se asocia a la aparición de resistencias bacterianas. La azitromicina (500 mg DU) y la ceftriaxona son alternativas en áreas donde haya un porcentaje considerable de resistencia bacteriana a quinolonas. La ceftriaxona garantiza la adherencia al tratamiento y puede darse a niños pequeños y embarazadas. Se indica tratamiento a convivientes en el mismo domicilio o que hayan pernoctado en la misma habitación del paciente en los 10 d precedentes al inicio de la enfermedad; a contactos cercanos en la escuela (contacto de al menos 4 h en la semana anterior al comienzo de la enfermedad), incluyendo compañeros de clase, comedor y juegos, personas que hayan estado expuestas a las secreciones nasofaríngeas; a pasajeros sentados al lado del paciente en viajes de duración mayor de 8 horas; a personal sanitario que haya tenido contacto con las secreciones nasofaríngeas del enfermo. Si en la misma clase se producen 2 casos, la quimioprofilaxis debe prescribirse a toda la clase y al profesorado y al propio enfermo antes de salir del hospital, salvo que haya sido tratado con ceftriaxona o cefotaxima. Si aparece otro caso en otra aula del mismo centro, se considerarán como contacto todos los niños y personal del centro. Valorar vacunación si la infección se ha producido por serogrupos A, C, Y, W135</p>						

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<b>Sífilis</b> CIE-10: A53.9 CIAP-2: X70, Y70	<b>penicilina benzatina</b> Dosis adulto: 2.400.000 UI DU im en 2 inyecciones de 1.200.000 UI en cada nalga Dosis pediátrica: 50.000 UI/kg im (máx. 2.400.000 UI)	<b>A</b>	<b>Alergia a penicilina (sífilis primaria o secundaria o latente precoz o de &lt; 1 a de duración)</b>  <b>Embarazo y alergia a la penicilina</b>  <b>Sífilis tardía (latente tardía o terciaria o de duración desconocida o de &gt; 1 a de duración)</b>  <b>Alergia a la penicilina</b>	<b>doxiciclina</b> Dosis adulto: 100 mg/12 h/14 d vo  En caso de alergia, valorar desensibilización (penicilina G parenteral es el único fármaco bien documentado para tratar la sífilis en el embarazo)  <b>penicilina benzatina</b> Dosis adulto: 2.400.000 UI sem/3 sem im Dosis pediátrica: 50.000 UI/kg/sem/3 sem im (máx. 2.400.000 UI por dosis)  <b>eritromicina</b> Dosis adulto: 500 mg/6 h/14 d vo	<b>A</b>  <b>C</b>  <b>A</b>  <b>A</b>	Informar sobre conductas sexuales de riesgo. Recomendar no mantener relaciones sexuales hasta finalizar el tratamiento. Debe valorarse la posibilidad de otras ITS o VIH. Investigar, evaluar y tratar a las <b>parejas sexuales</b> que el paciente ha tenido durante los 90 d previos al inicio de la úlcera. Si se han mantenido relaciones sexuales más allá de los últimos 3 m desde el diagnóstico de sífilis primaria, secundaria o latente precoz, deberían ser tratados de forma presuntiva si las pruebas serológicas no están disponibles inmediatamente y el seguimiento es dudoso. Los fármacos y las pautas son las mismas que el tratamiento de la sífilis precoz. Los pacientes deben ser informados de posibles efectos secundarios como la reacción de Jarisch-Herxheimer; para minimizarla se puede pautar prednisolona durante tres días, empezando un día antes del tratamiento con penicilina.

**Observaciones**

El **tratamiento de elección** está referido a la sífilis precoz (primaria, secundaria o latente precoz o menor de 1 a). Determinar test no treponémico (VDRL) a los 3, 6, 12 y 24 m; en caso de que no disminuyan los títulos o que incluso aumenten, solicitar serología VIH. En pacientes cuyos títulos no desciendan, se aconseja repetir tratamiento con penicilina benzatina (2.400.000 UI/sem/3 sem; excepto en neurosífilis). En caso de sífilis durante el embarazo, después del parto y tras cesar la lactancia se instaura doxiciclina (100 mg/12 h/14 d vo) y tratamiento del niño como sífilis congénita. Antes de iniciar un tratamiento alternativo por alergia a la penicilina, debe confirmarse el diagnóstico. En este caso el tratamiento de la sífilis tardía y alergia a penicilina es doxiciclina (100 mg/12 h/28 d). La sospecha de sífilis latente tardía o terciaria es de derivación hospitalaria. La neurosífilis requiere penicilina G iv durante 10-14 d. Una revisión Cochrane no encontró diferencias significativas entre el uso de la penicilina benzatina y de azitromicina en el tratamiento de la sífilis precoz, si bien solo debe usarse si no hay otras alternativas posibles dada la rápida presentación de resistencias.



## ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<p><b>Observaciones</b></p> <p>El éxito del tratamiento depende fundamentalmente de la adhesión a las pautas prescritas. El tratamiento debe ser individualizado y centrado en el paciente. Se debe vigilar la posible aparición de efectos secundarios de los fármacos.</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento está indicado un análisis de sangre (hemograma, VSG, función hepática, ác. úrico, creatinina, glucosa y serología VIH), valorar explorar agudeza visual si se va a utilizar etambutol y una audiometría si se usa estreptomina. Para evitar la neuropatía por isoniazida en aquellas situaciones propensas a la deficiencia de Vit B<sub>6</sub> (alcoholismo, desnutrición, embarazo, lactancia, diabetes, etc.) se aconseja agregar piridoxina (10-25 mg/d).</p> <p>Seguimiento: en la mayoría de los pacientes es suficiente la realización de una visita de control a los 15 d, al mes y a los 2, 4 y 6 m. Se recomienda realizar un control analítico (hemograma y bioquímica) a los 15 d y, posteriormente, cada 2 m, hasta finalizar el tratamiento. Se recomienda optimizar los controles si se presentan alteraciones analíticas por toxicidad farmacológica. La elevación de los valores normales de transaminasas no justifica la retirada del tratamiento si no se supera 5 veces dicho valor. El seguimiento radiológico se realizará a los 2 m de iniciar el tratamiento y al finalizar el mismo, o en cualquier momento si se sospecha alguna complicación. El seguimiento bacteriológico en los pacientes con tuberculosis pulmonar se realizará en el primer mes, el segundo, el cuarto y al final del tratamiento. Si el cultivo del segundo mes persiste positivo, el seguimiento debe ser mensual.</p> <p>Mala adherencia al tratamiento: en pacientes con riesgo de abandono del tratamiento o en aquellos casos con alta probabilidad de incumplimiento, se debe instaurar un sistema de tratamiento directamente observado, manteniendo la pauta de fármacos indicada para cada caso.</p> <p>Factores modificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Población general: 2HRZE + 4 HR. Cuando el antibiograma demuestra sensibilidad a todos los fármacos, se podría retirar etambutol. Si en la Rx de tórax inicial existe cavitación o los cultivos de esputo son positivos a los 2 m de tratamiento, este se debe prolongar hasta los 9 m (2HRZE + 7HR).</li> <li>– Pacientes VIH+: 2HRZE + 4HR. En pacientes con CD4 &lt; 100/μl, con problemas de adherencia, los que presentan una Rx de tórax inicial con cavitación y en los que los cultivos de esputo se mantengan positivos a los 2 m de tratamiento, se recomienda una pauta de 9 m (2HRZE + 7HR). Solo se puede considerar el uso de rifabutina si es imposible utilizar rifampicina. El manejo terapéutico de la tuberculosis en las personas con infección por el VIH se debe llevar a cabo mediante atención especializada.</li> <li>– Otras patologías concomitantes: gota y hepatopatía crónica grave (2HRE + 7HR), meningitis y tuberculomas (2HRZE + 10HR), silicosis y espondilitis tuberculosa con afección neurológica (2HRZE + 7HR).</li> <li>– Embarazo y lactancia: se recomienda el mismo tratamiento.</li> <li>– Pautas alternativas: imposibilidad de uso de isoniazida (2EZR + 10ER); de rifampicina (2EZH + 16EH); de pirazinamida (2ERH + 7HR).</li> </ul>						
<p><b>Tuberculosis. Infección tuberculosa latente (quimio-profilaxis secundaria)</b></p> <p>CIE-10: R76.1</p> <p>CIAP-2: A70</p>	<p><b>isoniazida</b> Dosis adulto: 300 mg/24 h/6 m vo (máx. 300 mg) Dosis pediátrica: 5 mg/24 h/6 m vo (máx. 300 mg)</p>	<p><b>A</b></p>	<p><b>Tratamiento alternativo</b></p> <p><b>Intolerancia o resistencia a isoniazida</b></p>	<p>asociar <b>isoniazida</b> Dosis adulto: 300 mg/24 h/3 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/24 h/3 m (máx. 300 mg) vo</p> <p><b>+ rifampicina</b> Dosis adulto: 600 mg/d/3 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/3 m (máx. 600 mg) vo</p> <p><b>rifampicina</b> Dosis adulto: 600 mg/d/4 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/6 m (máx. 600 mg/d) vo</p>	<p><b>C</b></p> <p><b>C</b></p> <p><b>C</b></p>	

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR		GR
<b>Tuberculosis. Infección tuberculosa latente (quimio-profilaxis secundaria)</b> <i>(Cont.)</i>			<b>Mala adherencia terapéutica</b>	<b>isoniazida</b> (pauta intermitente solo si se realiza tto. directamente observado) Dosis adulto: 15 mg/kg/dosis 2 veces sem/6 m (máx. 900 mg/dosis) vo Dosis pediátrica: 15 mg/kg/3 veces sem/6 m (máx. 900 mg/dosis) vo			
			<b>Mala adherencia e imposibilidad de uso de isoniazida</b>	<b>rifampicina</b> Dosis adulto: 600 mg/3 veces sem/6 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/2 veces sem/6 m (máx. 900 mg/dosis) vo			
			<b>Población indigente o probables contactos previos con isoniazida</b>	asociar <b>rifampicina</b> Dosis adulto: 600 mg/d/2 m vo  <b>+ pirazinamida</b> Dosis adulto: 20 mg/kg/d/2 m (máx. 2 g) vo			
			<b>VIH o pacientes con lesiones inactivas en Rx de tórax</b>	<b>isoniazida</b> Dosis adulto: 300 mg/24 h/9 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/kg/24 h/9 m (máx. 300 mg) vo			
<b>Observaciones</b>							
Antes de iniciar el tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL) debe excluirse una enfermedad tuberculosa, averiguar si se ha llevado previamente un TITL y valorar el riesgo de toxicidad por fármacos. El TITL se indica en personas infectadas que presentan un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en función del tamaño de la induración tras la prueba de la tuberculina y de la situación clínica. Se consideran positivas las reacciones:							
a) $\geq 5$ mm: infectados por el VIH, contactos estrechos $< 35$ a con casos contagiosos, fibrosis en la radiografía de tórax.							
b) $\geq 10$ mm: inmigrantes $< 35$ a de países con alta prevalencia en sus primeros 5 a de residencia, infección reciente (convertores en los últimos 2 a), enfermedades hematológicas, neoplasias, DM, desnutrición, pérdida de peso, enolismo, UDVP, trabajadores sanitarios o de instituciones cerradas de $< 35$ a, niños ( $< 4$ a, sobre todo), adolescentes y jóvenes expuestos a adultos con riesgo de tuberculosis.							
Las recomendaciones en caso de mala adherencia son generales; dadas las diferentes situaciones con que nos podemos encontrar, se han de individualizar de manera específica y valorar el beneficio de la profilaxis con el riesgo del mal cumplimiento en cada caso. Las pautas intermitentes y en poblaciones sociales de riesgo deberán administrarse bajo un tratamiento directamente observado. En pacientes VIH+, silicóticos y pacientes con lesiones fibróticas pulmonares mayores de 2 cm, mantener durante 9 m. En niños (incluidos niños con FR) y convertores, mantener también durante 9 m. Tratar a la embarazada si hay riesgo importante de infección tuberculosa (contacto reciente con un paciente con enfermedad tuberculosa o infección concomitante por el VIH). La lactancia no contraindica el tratamiento. La asociación rifampicina + pirazinamida solo se utilizará en situaciones excepcionales si no hubiera ninguna otra opción, dado que esta combinación tiene un mayor riesgo de hepatotoxicidad.							

ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas	GR	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR			
<b>Tuberculosis. Quimio-profilaxis primaria</b> CIE-10: Z20.1 CIAP-2: A70	<b>isoniazida</b> Dosis adulto: 300 mg/24 h/2 m vo Dosis pediátrica: 5 mg/kg/24 h/2 m vo (máx. 300 mg/d)	A	<b>Mala adherencia terapéutica</b>	<b>isoniazida</b> (pauta intermitente) Dosis adulto: 15 mg/kg/2 veces sem/2-3 m (máx. 900 mg por toma) Dosis pediátrica: 15 mg/kg/2 veces sem/2-3 m (máx. 900 mg por toma)	C	Desaconsejar la ingesta de alcohol.		
			<b>Imposibilidad de uso de isoniazida</b>	<b>rifampicina</b> Dosis adulto: 600 mg/24 h/2 m vo Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d/2 m vo (máx. 600 mg)				C
			<b>Mala adherencia terapéutica e imposibilidad de uso de isoniazida</b>	<b>rifampicina</b> (pauta intermitente) Dosis adulto: 600 mg/24 h/2 veces sem/2 m Dosis pediátrica: 10 mg/kg/2 veces sem/2 m (máx. 600 mg por toma)				C
<b>Observaciones</b> No tratar si anteriormente ha recibido profilaxis o tratamiento correcto antituberculoso. Se precisa control clínico mensual. No son necesarios controles analíticos sistemáticos, salvo en pacientes con riesgo hepático previo o sospecha de toxicidad hepática; suspender el tratamiento si las transaminasas se elevan más de 5 veces (o más de 3 veces, si hay toxicidad). Realizar siempre estudio de contactos y convivientes. Las pautas intermitentes deben ser supervisadas en régimen de observación directa (programa de TDO), están indicadas en previsión de incumplimiento (indigencia, prisión, alcoholismo, desestructuración sociofamiliar, etc.). Se realizará nuevo Mantoux a los 2 m y si es negativo (PPD <5 mm), se suspenderá la quimioprofilaxis; si es positivo, una vez descartada la enfermedad activa tuberculosa (anamnesis, exploración física y radiografía de tórax), se tratará como una enfermedad tuberculosa latente (continuar el tratamiento hasta los 6 m). La edad para instaurar quimioprofilaxis está en discusión; aun así, se considera la edad inferior a 35 a como la referencia para tratamiento quimioprofiláctico. No se recomienda quimioprofilaxis en mayores de 35 a, excepto si se asocian factores que aumentan el riesgo de reactivación: VIH+, grupo de riesgo para ser VIH+, contactos íntimos y frecuentes pertenecientes a un grupo con microepidemia (más de un caso). Si el contacto es VIH+ o inmunodeprimido, solicitar Rx de tórax. La quimioprofilaxis en embarazadas se pospondrá hasta después del parto. Asociar Vit B <sub>6</sub> en los tratamientos con isoniazida.								
<b>Uretritis. Cervicitis</b> CIE-10: N34.2 CIAP-2: U72	asociar <b>ceftriaxona</b> Dosis adulto: 1 mg im DU  + <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 1 g vo DU	A	<b>Uretritis no gonocócica</b>	<b>doxicilina</b> Dosis adulto: 100 mg/12 h/7 d vo	A			
		A	<b>Dificultad para obtener ceftriaxona</b>	asociar <b>cefixima</b> Dosis adulto: 400 mg vo DU  + <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 2 g vo DU	A			

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO INCLUIDAS EN LAS OTRAS UNIDADES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<b>Uretritis. Cervicitis (Cont.)</b>			<b>Alergia a la penicilina</b>	asociar <b>gentamicina</b> Dosis adulto: 240 mg im DU	<b>A</b>	
				+ <b>azitromicina</b> Dosis adulto: 2 g vo DU	<b>C</b>	
<b>Observaciones</b>						
En la uretritis aguda el tratamiento debe cubrir <i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> . En caso de alergia a la penicilina, ciprofloxacino no se recomienda por el aumento de resistencias. Si se aislara <i>M. genitalium</i> : azitromicina 500 mg vo monodosis + 250 mg/24 h 4 d.						
En embarazadas está contraindicada la utilización de quinolonas y tetraciclinas.						
Recomendar a los pacientes que no mantengan relaciones sexuales hasta 7 d después del inicio del tratamiento y se haya verificado la curación (también la de la pareja o parejas). En caso de no haber mejoría clínica en 1 sem, si se confirma mal cumplimiento del tratamiento o reexposición, se repetirá el mismo tratamiento.						
Evaluar posible infección por <i>Trichomonas vaginalis</i> . El tratamiento de ceftriaxona + doxiciclina también sirve para erradicar <i>Treponema pallidum</i> .						
Para evitar que la infección vaya pasando de una persona a otra, es muy importante que la pareja o parejas sexuales de los tres últimos meses sean visitadas y reciban el tratamiento adecuado, que será el mismo y con la misma pauta que los pacientes.						