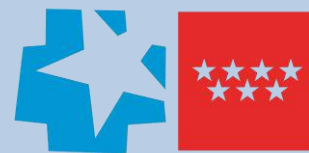




GUÍA DE USO DE  
ANTIMICROBIANOS  
EN **ADULTOS** CON  
TRATAMIENTO  
AMBULATORIO

**ADULTOS**



SaludMadrid



**Edita:** Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

**Enero, 2019**

**Publicación digital. Disponible en:** <http://www.comunidad.madrid/publicaciones/20887>

Revisado y aprobado por la Comisión Central de Política Antimicrobiana y el Comité Director en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

**Este documento se citará como:** Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio V1. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Enero 2019. 35 páginas. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicaciones/20887>

**ISBN: 978-84-451-3755-0**

### Coordinador editorial:

Jose Manuel Lajuneiro Peláncanos Farmacéutico Subdirección Central de Farmacia y Productos Sanitarios

### Índice de autores (por orden alfabético):

- María Álvarez Álvarez. Médico de Urgencias. H. de Lugo/Coruña
- Felipe Andrés Rodríguez. Gerente. CS El Hiestro
- Arriaga Arceaga Lantieri. Médico de Familia. CS Los Pinos. DA Sur
- Elena Balduero. UH. Farmacéutica de hospital. H. Principe de Asturias
- M<sup>te</sup> Patricia Balbuena Martín. Médico de Familia. CS Gallardo Villalba. Estación
- Rosma Bander García. Farmacéutica de atención primaria. DA Suroeste
- Araceli Castano Mantas. Otorrinolaring. H. Severo Ochoa
- M<sup>te</sup> Angeles Cruz Martos. Farmacéutica de atención primaria. DA Sur
- M<sup>te</sup> Soledad Cuatrecasas García. Microbiología. H. Severo Ochoa
- Ana Isabel Martínez. Médico de Urgencias. H. Príncipe de Asturias
- Manuel Ferraz García. Médico de Familia. CS Mirasolera
- M<sup>te</sup> Isabel Izarra Arana. Microbiología. H. Euzkadi
- Rosa Fernández Mira. Microbiología. H. La Paz
- Juan González de Castiella. Médico de Urgencias. H. Unión San Carlos
- María González Martínez. Farmacéutica de residencias. Subdirección Central de Farmacia y Productos Sanitarios
- M<sup>te</sup> Victoria Hernandez Lucas. Farmacéutica. SL MMA
- Jose Manuel Lajuneiro Peláncanos. Farmacéutico. Subdirección Central de Farmacia y Productos Sanitarios
- Lucía Jarama Sánchez. Farmacéutica. Subdirección Central de Farmacia y Productos Sanitarios
- Carolina Marín Martínez. Farmacéutica de hospital. H. de Lugo/Coruña
- María Eugenia Martínez Navea. Farmacéutica de hospital. H. de Pontevedra
- María Mercedes Martínez Pérez. Gerente. H. Severo Ochoa
- Eugenia Martínez Sánchez. Farmacéutica de residencias. Subdirección Central de Farmacia y Productos Sanitarios
- Rosma Medina Bustillo. Farmacéutica de atención primaria. DA Sur
- Jose María Molero García. Médico de familia. CS San Andrés
- María Molina Cascajero. Farmacéutica de hospital. A-MPS
- Javier Monreal Zamudio. Médico de Familia. CS Valdeleiros
- M<sup>te</sup> Isabel Morciani Kelly. Microbiología. H. Feriñán y Canal
- Elena Muñoz Rubio. Médico de enfermedades infecciosas. H. Puerta de Hierro
- Javier Muñoz Gutiérrez. Médico de Familia. CS Buenos Aires
- Alejandra Palanca Carrera. Médico de Familia. CS Barrio de Pazo
- M<sup>te</sup> Sagrario Pérez López-Landae. Farmacéutica de atención primaria. DA Norte
- Francisca Piñazo Sánchez. Farmacéutica de hospital. H. Móstoles

- Carolina Pozo y González - Farmacéutica de atención primaria DSS Guaymas
- Jurema Barón García - Farmacéutica de atención primaria DSS Sur
- Patricia Ramos Góndez - Responsable de los servicios AMAS
- Juan Carlos Ferrero Ramos - Médico de enfermedades infecciosas - El Paso
- Jesús Ricardo Sánchez - Médico de familia CS Barro y Caja
- Patricia Pizarro Iglesias - Médico - SUIMMA
- Carmen Rodríguez Fernández - Médica de Familia CS San Cristóbal
- Paola Páez - Japá - Odontóloga - CSI - Festón
- Berenice Bello Marcano - Médica de enfermedades infecciosas - El Pinar de Asturias
- Patricia Rosar Muñoz - Médica de familia CS El Pinar
- M. Isabel Sánchez Romero - Microbióloga - El Fuerte de Horno
- Ana Rosa Sotomayor Martín - Farmacéutica de atención primaria DSS Sur
- Beaura Valero Borrero - Médico de Urgencias - El Suroeste Oriental
- Raúl Márquez Sánchez - Farmacéutico de hospital - El de Petate
- Ana Vargas Serrano - Médica de enfermedades infecciosas
- Raúl Vello Cuadrado - Médico de Familia - CS Panaderos
- Paz Viteros Pinón - Responsable Centros de Salud - DSS Sur

## ÍNDICE

---

Alcance y objetivos	3
Manejo de la guía	3
Metodología de elaboración de la guía	7
<b>CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO ADECUADO DE LOS ANTIMICROBIANOS</b>	<b>8</b>
<b>INFECCIONES ORL Y DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR</b>	<b>12</b>
<b>INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR</b>	<b>15</b>
<b>INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO</b>	<b>19</b>
<b>INFECCIONES CUTÁNEAS</b>	<b>23</b>
<b>INFECCIONES GENITALES O DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>30</b>
<b>INFECCIONES GASTROINTESTINALES</b>	<b>36</b>
<b>INFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL</b>	<b>38</b>
<b>INFECCIONES OFTALMOLÓGICAS</b>	<b>42</b>
<b>QUIMIOPROFILAXIS</b>	<b>45</b>
<b>PALUDISMO</b>	<b>51</b>















## **Recomendaciones de uso de antimicrobianos**

### **Infecciones en adultos**

## INFECCIONES ORL Y DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR

**Autor - coordinador:** Juan Carlos Ramos (MI)

**Otros autores:** M. Angeles Cere (MI), Rosa Camesá (MI), María María González (MI), José Manuel Ramírez (SI), Beatriz Martínez (MI), Ana María Muñoz (MI), Javier Muñoz (MI), Alejandra Palacios (MI), Elena Sánchez (AI)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Faringoamigdalitis (FAM)	Virales (1)  Bacterias - <i>Streptococcus</i> 5-17% 23-34  Mycoplasma - <i>parvum</i>	<b>NO PRECISA (AUTOLIMITADA).</b> A no ser que exista fiebre o presencia de flegón.  Tratar si se sospecha de infección por virus (1) o si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días.  Penicilinas 6-10 mg/kg/día x 10-14 días. Alternar con amoxicilina si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días.  Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días: 3-7 días de Moxifloxacino 400 mg/día.	Amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días.  Amoxicilina con clavulánico 12 mg/kg/día x 10 días.  Clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.  Fluorquinolonas (ciprofloxacino o levofloxacino) 10 mg/kg/día x 10 días.  Amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días + Clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.	<p>1. Usar si no es <i>Streptococcus</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ clindamicina 8 mg/kg/día x 10 p.m.d)</li> <li>✓ penicilina V 10 mg/kg/día x 10 p.m.d)</li> <li>✓ ciprofloxacino 10 mg/kg/día x 10 p.m.d)</li> <li>✓ levofloxacino 10 mg/kg/día x 10 p.m.d)</li> <li>✓ amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 p.m.d) + amoxicilina/clavulánico 10 mg/kg/día x 10 p.m.d).</li> </ul> <p>• Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días, tratar con amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días + clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.</li> </ul> <p>Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días, tratar con amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días + clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.</p> <p>2. Alternar con amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días + clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.</p> <p>3. Si se sospecha de infección por virus, tratar con SMOA de 5-7 días.</p> <p>4. Si se sospecha de infección por virus, tratar con SMOA de 5-7 días.</p>
Faringoamigdalitis (FAM)	Virales (1)	Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días.	Amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días.  Clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.	<p>Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el cuadro clínico persiste por más de 10 días con un uso de SMOA de 5-7 días, tratar con amoxicilina 10 mg/kg/día x 10 días + clindamicina 8 mg/kg/día x 10 días.</li> </ul>











ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
				<p><b>Cultivo de esputo</b> (pacientes con radiografía pulmonar normal o focal) para el diagnóstico de <i>P. aeruginosa</i> y otros patógenos.</p> <p><b>Factores de riesgo de mala evolución en el tratamiento ambulatorio:</b> edad avanzada, comorbilidades, inmunodepresión, uso de corticoides, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia de la médula ósea.</p> <p>Inicio de los síntomas del curso agudo a los 48-72 horas.</p>
<p>Neumonía aguda en la edad adulta.</p> <p>Aguda, sintomática, con radiografía pulmonar normal.</p>	<p><b>Más frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>S. pneumoniae</i></li> <li>- <i>M. pneumoniae</i></li> <li>- <i>H. influenzae</i></li> <li>- <i>M. catarrhalis</i></li> </ul> <p><b>Menos frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Legionella pneumophila</i></li> <li>- <i>C. pneumoniae</i></li> <li>- <i>S. pneumoniae</i></li> <li>- <i>M. pneumoniae</i></li> </ul>	<p><i>S. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 5-7 días.</p> <p><i>S. pneumoniae</i> (2.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 5-7 días.</p> <p><i>M. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modo 1) 5-7 días.</p> <p><i>M. pneumoniae</i> (2.ª elección) (modo 1) 5-7 días.</p> <p><i>S. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 5-7 días.</p>	<p><i>S. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 5-7 días.</p> <p><i>M. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modo 1) 5-7 días.</p> <p><i>M. pneumoniae</i> (2.ª elección) (modo 1) 5-7 días.</p>	<p><b>Valoración de la gravedad</b> (valoración de riesgo de mortalidad, de complicaciones y de hospitalización) de acuerdo con el grado de gravedad de la enfermedad.</p> <p><b>Diagnóstico etiológico</b> (valoración de riesgo de mortalidad, de complicaciones y de hospitalización) de acuerdo con el grado de gravedad de la enfermedad.</p> <p><b>Cobertura de etiología atípica:</b> el MAC (claritromicina) cubre la etiología atípica.</p> <p><b>Duración del tratamiento</b> (valoración de riesgo de mortalidad, de complicaciones y de hospitalización) de acuerdo con el grado de gravedad de la enfermedad.</p>
<p>Neumonía aguda en la edad adulta.</p> <p>Aguda, sintomática, con radiografía pulmonar normal.</p>	<p><b>Más frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>S. pneumoniae</i></li> <li>- <i>M. pneumoniae</i></li> <li>- <i>H. influenzae</i></li> <li>- <i>M. catarrhalis</i></li> <li>- <i>Legionella pneumophila</i></li> <li>- <i>C. pneumoniae</i></li> <li>- <i>S. pneumoniae</i></li> <li>- <i>M. pneumoniae</i></li> </ul> <p><b>Menos frecuentes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>S. pneumoniae</i></li> <li>- <i>M. pneumoniae</i></li> <li>- <i>H. influenzae</i></li> </ul>	<p><i>S. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 5-7 días.</p> <p><i>M. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modo 1) 5-7 días.</p> <p><i>S. pneumoniae</i> (2.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 5-7 días.</p>	<p><i>S. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modos 1 y 2) 5-7 días, 7 días.</p> <p><i>M. pneumoniae</i> (1.ª elección) (modo 1) 5-7 días.</p>	<p>Inicio de los síntomas del curso agudo a los 48-72 horas.</p> <p>Los síntomas de la enfermedad se resquebrajan rápidamente, los síntomas de gravedad disminuyen y se estabilizan. No se requiere ingreso hospitalario.</p> <p><b>Elevada sospecha de etiología atípica</b> (valoración de riesgo de mortalidad, de complicaciones y de hospitalización) de acuerdo con el grado de gravedad de la enfermedad.</p>

## Bibliografía:

### Bronquitis aguda

- Yoon H, Kim H, Kim M, Lee J, Lee J, Kim Y. *Acute bronchitis: epidemiology, etiology, and management*. *World J Clin Cases* 2015;7(12):2171-2177.
- National Health Service. *Acute bronchitis*. <http://www.nhs.uk/conditions/acute-bronchitis/>. Accessed 2016. [www.nhs.uk/conditions/acute-bronchitis/](http://www.nhs.uk/conditions/acute-bronchitis/)
- Smith SM, Charney D, Shulman R, Becker A. *Antibiotics for acute bronchitis*. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (12):CD010494. doi:10.1002/14651925.cd010494
- Yoon H, Kim H, Kim M, Lee J, Kim Y. *Acute bronchitis: epidemiology, etiology, and management*. *World J Clin Cases* 2015;7(12):2171-2177.

### Reagudización infecciosa de la EPOC

- Anthonisen NR, Wright DC, Hersh CP, et al. *Standardized definitions of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. *Am Rev Respir Dis* 1986;132:1001-1004.
- Yano S, Yano M, Yano A, Watanabe T, et al. *Effect of inhaled corticosteroids on the risk of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Yano S, Yano M, Yano A, Watanabe T, et al. *Effect of inhaled corticosteroids on the risk of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Yano S, Yano M, Yano A, Watanabe T, et al. *Effect of inhaled corticosteroids on the risk of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Yano S, Yano M, Yano A, Watanabe T, et al. *Effect of inhaled corticosteroids on the risk of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Yano S, Yano M, Yano A, Watanabe T, et al. *Effect of inhaled corticosteroids on the risk of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis*. *Chest* 2011;139:1101-1107.

### Neumonía adquirida en la comunidad

- Torres A, Sag I, Ferrer A, et al. *Worldwide burden and management of community-acquired pneumonia: results from a global survey*. *Lancet Infect Dis* 2011;11:939-947.
- Smith AD, Sakuma M, Mendez R. *Antibiotic resistance in community-acquired pneumonia: a global perspective*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Lim WS, van den Broek PP, Hoogkamporn W, et al. *Community-acquired pneumonia: a global perspective*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Ho M, Kung'u N, et al. *Worldwide burden and management of community-acquired pneumonia: a global perspective*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Torres A, Escobedo C, et al. *Worldwide burden and management of community-acquired pneumonia: a global perspective*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Torres A, Escobedo C, et al. *Worldwide burden and management of community-acquired pneumonia: a global perspective*. *Chest* 2011;139:1101-1107.
- Torres A, Escobedo C, et al. *Worldwide burden and management of community-acquired pneumonia: a global perspective*. *Chest* 2011;139:1101-1107.



ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B		<p>Tratamiento <b>recidivante</b> (no documentado) <b>&gt; 15 días</b> de terapia con interferón alfa o con nucleos(t)idos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se trata con interferón alfa, el resultado de la terapia debe ser negativo.</li> <li>• Si se trata con nucleos(t)idos, el resultado de la terapia debe ser negativo.</li> </ul> <p>Tratamiento <b>recurrentes</b> (<b>&gt; 15 días</b> de terapia).</p> <p>Si se trata con interferón alfa, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con nucleos(t)idos, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con lamivudina.</li> <li>• Tratamiento con adefovir.</li> <li>• Tratamiento con entecavir.</li> <li>• Tratamiento con telbivudina.</li> <li>• Tratamiento con tenofovir.</li> </ul> <p>Si se trata con interferón alfa, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con nucleos(t)idos, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con interferón alfa, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con nucleos(t)idos, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con interferón alfa, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con nucleos(t)idos, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con interferón alfa, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p> <p>Si se trata con nucleos(t)idos, el resultado de la terapia debe ser negativo.</p>		<p>No se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis leve.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis moderada.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis grave.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis muy grave.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis terminal.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis en fase de recuperación.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis en fase de remisión.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis en fase de estabilidad.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis en fase de mejoría.</p> <p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con cirrosis en fase de curación.</p>
Tratamiento de la infección aguda por el virus de la hepatitis B	<p>Interferón alfa</p> <p>Nucleos(t)idos</p>	<p>Interferón alfa</p> <p>Nucleos(t)idos</p>	<p>Interferón alfa</p> <p>Nucleos(t)idos</p>	<p>Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con infección aguda por el virus de la hepatitis B.</p> <p>Se recomienda el uso de nucleos(t)idos en pacientes con infección aguda por el virus de la hepatitis B.</p> <p>(1) Se recomienda el uso de interferón alfa en pacientes con infección aguda por el virus de la hepatitis B.</p> <p>Se recomienda el uso de nucleos(t)idos en pacientes con infección aguda por el virus de la hepatitis B.</p>

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Tuberculosis	<p><i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p><i>Mycobacterium avium</i></p> <p><i>Mycobacterium abscessus</i></p> <p><i>Mycobacterium fortuitum</i></p> <p><i>Mycobacterium goodii</i></p>	<p>Reservado para el uso de fármacos antimicrobianos</p> <p>En caso de no ser antimicrobianos:</p> <p>Amoxicilina Ácido clavulánico (Zumo de B) 400/400</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p> <p>5-Fluorouracilo (Fluorouracil)</p> <p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Levofloxacilo (Levofloxacilo) 500mg B144as</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p>	<p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p>	<p>1. Debe analizarse el estado de inmunosupresión del paciente para el uso de ciclosporina.</p>
Tuberculosis pulmonar	<p><i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p><i>Mycobacterium avium</i></p> <p><i>Mycobacterium abscessus</i></p> <p><i>Mycobacterium fortuitum</i></p> <p><i>Mycobacterium goodii</i></p>	<p>Reservado para el uso de fármacos antimicrobianos</p> <p>En caso de no ser antimicrobianos:</p> <p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Amoxicilina Ácido clavulánico (Zumo de B) 400/400</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p>	<p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p>	<p>1. Debe haber un T2R1 detectado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moxeza B144as</li> <li>• Moxeza B144as (Moxeza) 400mg B144as</li> <li>• Amoxicilina Ácido clavulánico (Zumo de B) 400/400</li> </ul> <p>Adaptación de dosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discrepancias de dosis</li> <li>• Insuficiencia renal</li> <li>• Medicación de otros fármacos</li> <li>• Interacciones farmacológicas</li> <li>• Interacciones farmacológicas</li> <li>• Interacciones farmacológicas</li> <li>• Amoxicilina Ácido clavulánico (Zumo de B) 400/400</li> </ul> <p>Para Tuberculosis pulmonar: 100mg B144as</p> <p>Reservado para el uso de fármacos antimicrobianos</p>
Resistencia a los antibióticos	<p><i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p><i>Mycobacterium avium</i></p> <p><i>Mycobacterium abscessus</i></p> <p><i>Mycobacterium fortuitum</i></p> <p><i>Mycobacterium goodii</i></p>	<p>Reservado para el uso de fármacos antimicrobianos</p> <p>En caso de no ser antimicrobianos:</p> <p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Amoxicilina Ácido clavulánico (Zumo de B) 400/400</p>	<p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p>	<p>1. Reservado para el uso de fármacos antimicrobianos</p> <p>En caso de no ser antimicrobianos:</p> <p>Tercio de ciclosporina (Immunosupresión) 100mg B144as</p> <p>Tetraciclina (Moxeza) 400mg B144as</p>



## INFECCIONES CUTÁNEAS

**Autor - coordinador:** Julia María Muñoz

**Otros autores:** M. Soledad Ceballos Muñoz, Mercedes Martín de Cid, Julia María Muñoz, M. Helena Muñoz, M. C.

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Escarra	<p><i>S. aureus</i></p> <p><i>S. aureus</i></p>	<p>Meropenem 1g cada 8h, 14 días</p> <p>Amoxicilina 1g cada 8h, 14 días</p> <p>Clavulato 125 mg cada 8h, 14 días</p>	<p>Penicilina G 4 millones cada 4h, 14 días</p> <p>Clindamicina 300 mg cada 6h, 14 días</p> <p>Imipenem 500 mg cada 6h, 14 días</p> <p>Amoxicilina 1g cada 8h, 14 días</p>	<p>La dosis mínima es de 100 mg cada 6h</p> <p>Amoxicilina debe administrarse con ácido clavulánico</p> <p>Amoxicilina con ácido clavulánico</p>
		<p>Doxilina 100 mg cada 12h, 4-6 semanas</p> <p>Moxicilina 100 mg cada 4 horas, 4-6 semanas</p> <p>Tetraciclina 400 mg cada 4 horas / 0 mg nocturno, 4-6 semanas</p>	<p>Clindamicina 300 mg cada 6h, 14 días</p> <p>Amoxicilina 1g cada 8h, 14 días</p> <p>Clindamicina 300 mg cada 6h, 14 días</p> <p>Amoxicilina 1g cada 8h, 14 días</p> <p>Meropenem 1g cada 8h, 14 días</p>	<p>Si el paciente no responde al tratamiento con tetraciclina, se debe cambiar a clindamicina</p> <p>No aplicar con leche</p>
<p>Si el paciente es VIH:</p> <p>RIS (Sulfametoxazol, 800 mg) / Trimetoprima (160 mg) - Número mínimo de dosis: 4-6 semanas. Si el paciente es VIH, el tratamiento debe ser de 6-8 semanas.</p> <p>Clindamicina 300 mg cada 6h, 14 días</p>				
<p>Amplias lesiones de más de 10 cm<sup>2</sup> - EUS, IS</p>	<p><i>S. aureus</i></p>	<p>Penicilina G 4 millones PAC (Amoxicilina 1g, ácido clavulánico 125 mg) 12h PAC (Clindamicina 300 mg, ácido clavulánico 125 mg) 6h Amoxicilina Penicilina G 4 millones - ampicilina 1g cada 6h</p>	<p>Penicilina G 4 millones - ampicilina 1g cada 6h - 14 días</p>	<p>Penicilina G 4 millones, fomentos calientes con clindamicina, neomicina y terramicina, mejorando la adherencia al tratamiento. Si el paciente es VIH, el tratamiento debe ser de 6-8 semanas</p> <p>No se recomienda el uso de antibióticos orales en pacientes con EUS</p> <p>Los pacientes con EUS deben ser tratados con antibióticos</p>









ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Manchas rojas	<i>Aspergillus</i> , <i>Epidermophyton floccosum</i> , <i>Microsporum</i> , <i>Trichophyton</i> , <i>Dermatophytes</i>	Amorolfina 0,1% crema 5 días 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días	Amorolfina 0,1% crema Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Morfotrina 4% crema 1 vez Itraconazol 100 mg cada 15 días Contraindicado: embarazo y lactancia	Se debe tener presente que la terbinafina no es eficaz en el tratamiento de las manchas rojas. La morfotrina está contraindicada en embarazadas.
Dermatofitos	<i>Trichophyton</i> , <i>Microsporum</i> , <i>Epidermophyton</i>	<b>Tinea pedis, tinea cruris y tinea corporis</b> Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Morfotrina 4% crema 1 vez cada 15 días SSNVT Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días	Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Morfotrina 4% crema 1 vez cada 15 días SSNVT Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Itraconazol 100 mg cada 15 días o 1 vez cada 7 días	Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Amorolfina 0,1% crema 5 días 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días
		<b>Tinea capitis:</b> SSNVT Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días Itraconazol 100 mg cada 15 días (12 años de edad) 4-8 semanas Eficacia de los antifúngicos sistémicos de ketoconazol y fluconazol en el tratamiento de la tinea capitis no está clara.	SSNVT Itraconazol 100 mg cada 15 días o 1 vez cada 7 días	
Tinea del cuero cabelludo	<i>Trichophyton</i> , <i>Microsporum</i>	Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días SSNVT Itraconazol 100 mg cada 15 días o 1 vez cada 7 días Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días	Terbinafina 1% crema 1 vez cada 15 días o 1 vez cada 7 días SSNVT Itraconazol 100 mg cada 15 días o 1 vez cada 7 días	





## INFECCIONES GENITALES O DE TRANSMISIÓN SEXUAL

**Autor-coordinador:** María Cuervo MP

**Otros autores:** María Álvarez-Lacort, Anaïs Rodríguez MP, M. Dolores Cuervo, M. Victoria Martínez Domínguez, Raquel Rodríguez MP

**Ante el diagnóstico de cualquier ITS, en especial las que cursan con úlceras (Sífilis, Herpes genital, Linfogranuloma venéreo, Chancro blando) deben descartarse otras ITS.**

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1º ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
GONORRUEA	Enfermedad	Tetraciclina 1mg/kg cada 6h + Amoxicilina 500mg cada 8h		
	Asintomática	Tetraciclina 1mg/kg cada 6h + Amoxicilina 500mg cada 8h Eritromicina 1g cada 6h Sulfametoxazol 800mg + Trimetoprim 160mg cada 12h	Si se sabe el tipo de gonorrea: Tetraciclina 1mg/kg cada 6h + Amoxicilina 500mg cada 8h	(1) En primer momento de evolución Tratamiento de las complicaciones Si el diagnóstico se retrasa o no se muestra la respuesta de otros antimicrobianos, debe ser IS farmacológico
	Enfermedad complicada: Artritis Meningitis	Ceftriaxona 1mg/kg cada 12h (1g/12h)	Amoxicilina 500mg cada 8h Si se sabe el tipo de gonorrea: Amoxicilina 500mg cada 8h + Trimetoprim 160mg cada 12h	Si el diagnóstico se retrasa o no se muestra la respuesta de otros antimicrobianos, debe ser IS farmacológico, si se muestra la respuesta de otros IS
Clamidia	Suspecta de infección por Chlamydia Infección por Chlamydia	Tratamiento empírico: Tetraciclina 1mg/kg cada 6h + Doxiciclina 100mg cada 12 horas, 10-14 días. Por defecto: azitromicina 1g cada 1 vez Amoxicilina 500mg cada 8h + ácido fólico 5mg cada 24h	Enfermedad complicada por Chlamydia Trifluorotol 100mg cada 12h	
	Suspecta de infección por HSV	Tetraciclina 1mg/kg cada 6h + Aciclovir 400mg cada 5h		* En caso de infección por herpes genital, debe descartarse la presencia de sífilis y de linfogranuloma venéreo



ENTIDAD ECONÓMICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Unión de Lucha Vecinal	U. Vecinal de Alcobendas	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica, Jurídica y Fiscal Ejecución de actividades de 20 días	Ejecución de actividades de 20 días Asesoría jurídica, contable y fiscal durante 6 semanas	Muy buen resultado. Se han realizado actividades de asesoramiento jurídico y fiscal y de mediación de conflictos de vecinos y de mediación de conflictos de inquilinatos. Se han elaborado planes de actuación de emergencia y de prevención de incendios.
Unión de Lucha Vecinal	Unión de Lucha Vecinal de Alcobendas (Asociación de Vecinos)	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica de 20 días Ejecución de actividades de 6 horas durante 20 días Elaboración de planes de emergencia de 20 días Asesoría jurídica contable y fiscal durante 6 semanas	Muy buen resultado. Se han realizado actividades de asesoramiento jurídico y fiscal y de mediación de conflictos de vecinos y de mediación de conflictos de inquilinatos. Se han elaborado planes de actuación de emergencia y de prevención de incendios.
Unión de Lucha Vecinal	U. Vecinal	Asesoría de 20 días de trabajo Comisión de Impulsión y Asesoría Económica	Elaboración de planes de 20 horas de 20 días Ejecución de actividades de 20 días	Muy buen resultado. Se han realizado actividades de asesoramiento jurídico y fiscal y de mediación de conflictos de vecinos y de mediación de conflictos de inquilinatos.
Unión de Lucha Vecinal	U. Vecinal	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica Ejecución de actividades de 20 días	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica de 20 días Ejecución de actividades de 20 días	Muy buen resultado. Se han realizado actividades de asesoramiento jurídico y fiscal y de mediación de conflictos de vecinos y de mediación de conflictos de inquilinatos.
Unión de Lucha Vecinal	U. Vecinal	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica Ejecución de actividades de 20 días	Comisión de Impulsión y Asesoría Económica de 20 días Ejecución de actividades de 20 días	Muy buen resultado. Se han realizado actividades de asesoramiento jurídico y fiscal y de mediación de conflictos de vecinos y de mediación de conflictos de inquilinatos.









# INFECCIONES GASTROINTESTINALES

**Autora - coordinadora:** Julia de la Haza (M)†

**Otros autores:** María A. Cordero (U), Beatriz Benítez (M), Jesús Redondo (M), José Virsós (R) (RS)

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Diarrea difusa		Tratamiento sintomático con opioides Tratamiento sintomático con loperamida		Evitar el uso de los productos dietéticos azucarados y los lacteos derivados de leche con lactosa. Evitar el uso de alcohol.
Diarrea difusa	<i>Salmonella</i> (no <i>S. flexneri</i> y <i>S. enteritidis</i> ) <i>Shigella</i> (no <i>S. flexneri</i> y <i>S. sonnei</i> ) <i>Campylobacter</i> <i>Yersinia enterocolitica</i>	Tratamiento sintomático con opioides Tratamiento sintomático con loperamida Eritromicina 125 mg cada 6 horas, 3 días Eritromicina 125 mg cada 6 horas Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno)	Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno) Clindamicina 300 mg cada 6 horas Tratamiento sintomático con loperamida	1 Evitar el uso de los productos dietéticos azucarados y los lacteos derivados de leche con lactosa. Evitar el uso de alcohol. 2 Ajustar el uso de opioides
Diarrea aguda	<i>Escherichia coli</i>	Tratamiento sintomático con opioides y loperamida Si el paciente no mejora, 3 días de Eritromicina 125 mg cada 6 horas	Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno)	Evitar el uso de los productos dietéticos azucarados y los lacteos derivados de leche con lactosa. Evitar el uso de alcohol.
Diarrea aguda difusa o difusa persistente	<i>Clostridia</i>	Primer línea de tratamiento con vancomicina Segunda línea de tratamiento con clindamicina o metronidazol Eritromicina	Metronidazol oral	Evitar el uso de los productos dietéticos azucarados y los lacteos derivados de leche con lactosa. Evitar el uso de alcohol.
Parásitos intestinales	Amoebiasis (no <i>A. coli</i> y <i>A. baumannii</i> ) Giardiasis	Metronidazol 125 mg cada 8 horas, 7 días Metronidazol 500 mg cada 8 horas, 5 días Tinidazol 1 g	Metronidazol 1 g, una vez (1 hora de ayuno) Secnidazol 125 mg cada 8 horas, 5 días Amebicida 1 g, una vez (1 hora de ayuno)	
	<i>Cryptosporidium</i>	Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno)		Segunda línea de tratamiento con clindamicina o metronidazol Evitar el uso de los productos dietéticos azucarados y los lacteos derivados de leche con lactosa. 1 Ajustar el uso de opioides
	Amoebiasis (no <i>A. coli</i> y <i>A. baumannii</i> ) Giardiasis	Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno) Metronidazol 125 mg cada 8 horas, 7 días Metronidazol 500 mg cada 8 horas, 5 días		1 Metronidazol
	Giardiasis	Parvosulfona 125 mg cada 8 horas		1 Metronidazol
	Giardiasis	Parvosulfona 125 mg cada 8 horas Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno) Metronidazol 125 mg cada 8 horas		Tratamiento sintomático con loperamida 1 Metronidazol
	Giardiasis (no <i>G. lamblia</i> )	Parvosulfona 125 mg cada 8 horas	Azitromicina 1 g, una vez (1 hora de ayuno)	



# INFECCIONES DE LA CAVIDAD ORAL

**Autor - coordinador:** Javier Martínez Mª

**Otros autores:** Felipe Arnes Gál, Paula Riera Gál, Ana Inés Solaizán B Añ, Ana Vegas Gál

ENTIDAD CLÍNICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Tarso	Mixotricado bacteriano	Amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg		-Moléculas de ampicilina y ampicilina sódica son bacteriostáticas frente al cultivo de microorganismos de la cavidad oral. -Tratamiento con antibiograma.
Parulis	Mixotricado bacteriano	Amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg Sintomático con ACP Amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg cada 8-12 horas, 7-14 días	Clamoxil 400 mg/ácido clavulánico 60 mg Si el paciente no tolera los antibióticos puede usarse clindamicina 300 mg cada 6-8 horas Clamoxil 400 mg/ácido clavulánico 60 mg	-El parulis puede ser aséptico, leve o doloroso. -Se trata con antibióticos y analgésicos. -El parulis leve se trata con ACP. -El parulis doloroso se trata con amoxicilina y ácido clavulánico. -Tratamiento sintomático con analgésicos.
Absceso dentario	Mixotricado bacteriano	Amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg cada 8-12 horas, 7-14 días	Clamoxil 400 mg/ácido clavulánico 60 mg 7-14 días Si el paciente no tolera los antibióticos puede usarse clindamicina 300 mg cada 6-8 horas Clamoxil 400 mg/ácido clavulánico 60 mg	-El absceso dentario se resuelve espontáneamente tras el tratamiento antibiótico. -El absceso dentario se trata con amoxicilina y ácido clavulánico. -El absceso dentario se trata con clindamicina.
Empioma	Mixotricado bacteriano	Amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg Sintomático con ACP Amoxicilina 500 mg/ácido clavulánico 125 mg cada 8-12 horas, 7-14 días	Clamoxil 400 mg/ácido clavulánico 60 mg Si el paciente no tolera los antibióticos puede usarse clindamicina 300 mg cada 6-8 horas Clamoxil 400 mg/ácido clavulánico 60 mg Si el paciente no tolera los antibióticos puede usarse clindamicina 300 mg cada 6-8 horas Metronidazol 500 mg/ácido clavulánico 125 mg	-El empoma se trata con amoxicilina y ácido clavulánico. -El empoma se trata con clindamicina. -El empoma se trata con amoxicilina y ácido clavulánico. -El empoma se trata con clindamicina. -El empoma se trata con amoxicilina y ácido clavulánico. -El empoma se trata con clindamicina. -El empoma se trata con amoxicilina y ácido clavulánico. -El empoma se trata con clindamicina.

ENTIDAD CLINICA	MICROORGANISMOS	1ª ELECCIÓN	ALTERNATIVA	OBSERVACIONES
Revoluones	Micobacterias	Anexo 15 - método 8 meses, 7-11 años Sistema de Monitoreo de la Resistencia a los Antibióticos Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-11 años	1. Anexo 17 - método 8 meses, 7-11 años Sistema de Monitoreo de la Resistencia a los Antibióticos Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-11 años	Indicador de resistencia a los antibióticos. Se debe considerar el uso de antibióticos en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones. - El uso de antibióticos en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones puede ser un factor de selección de resistencia a los antibióticos. Formas de reducir el uso de antibióticos en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones.
Revoluones	Micobacterias	Tuberculosis y otras micobacterias. Anexo 15 - método 8 meses, 7-11 años Sistema de Monitoreo de la Resistencia a los Antibióticos Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-10 años	Tuberculosis - método 8 meses, 7-11 años Método 8 - método 8 meses, 7-11 años	Asesoramiento de los Centros de Salud de Atención Primaria y de los Centros de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. - El uso de antibióticos en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones puede ser un factor de selección de resistencia a los antibióticos. No prescribir antibióticos en casos de tuberculosis.
Accesos de heridas	Micobacterias	Micobacterias y otros microorganismos. Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-10 años	1. Anexo 17 - método 8 meses, 7-11 años Sistema de Monitoreo de la Resistencia a los Antibióticos Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-10 años	Controlar heridas.
Tratamiento de heridas	Micobacterias	Tratamiento de heridas. Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-10 años		
Tratamiento de heridas	Carbón	Tratamiento de heridas. Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-10 años		
Tratamiento de heridas	Carbón	Tratamiento de heridas. Anexo 16 - Anexo 17 y 18 - método 8-12 meses, 7-10 años	Sistema de Monitoreo de la Resistencia a los Antibióticos Método 8 - método 8 meses, 7-10 años	El uso de antibióticos en el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones puede ser un factor de selección de resistencia a los antibióticos.







- Lopez, J. (2016). *El medio ambiente y el agua en España*. Sevilla: IICA.
- Borja, M. (2015). *El medio ambiente en España: un análisis de la evolución*. Madrid: IICA.
- IICA (2015). *El medio ambiente y el agua en España: un análisis de la evolución*. Sevilla: IICA.
- [Instituto Madrileño de Estudios y Análisis Medioambientales \(IMAMA\)](#) (2017). [El agua](#).









MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROFILAXIS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<p>Neisseria meningitidis ( meningococo)</p>	<p>Según el calendario de vacunación de la Comunidad de Madrid, a quienes vacunaremos en el momento de la <b>sin vacunación previa</b> (Nº de vacunas recomendadas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Personas &gt;60 años sin factores de riesgo (1 y 2)</b> (ver tabla de NNTM de las personas mayores)</li> <li>• <b>Personas &gt;18 años con patología crónica de base</b> (ver tabla de NNTM de las personas mayores)</li> <li>• <b>Personas de cualquier edad que pertenezcan al grupo de alto riesgo (2)</b>: para ser de alto riesgo (NNTM de AR) el individuo debe cumplir dos o más de los NNTM</li> </ul>	<p>NNTM de las personas mayores NNTM de las personas con patología crónica NNTM de las personas de alto riesgo</p>	<p>1. Personas con riesgo de infección por meningococos (ver tabla de las indicaciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el momento de la vacunación, el individuo debe estar en un estado de salud estable</li> <li>• En estado de salud estable</li> <li>• No debe haber sido vacunado previamente por meningitis</li> <li>• En el momento de la vacunación debe estar asintomático</li> <li>• No debe haber sido vacunado</li> <li>• No haber sido vacunado por meningitis reciente</li> <li>• Responder al consentimiento informado de la vacunación</li> <li>• Antecedentes de una reacción alérgica grave a cualquier fármaco de la vacuna</li> </ul> <p>Algunos ejemplos de riesgo:</p> <p>El individuo con inmunodeficiencia adquirida o con un trasplante de órganos sólidos o con un trasplante de médula ósea o con un trasplante de células madre hematopoyéticas</p> <p>El individuo con cualquier factor de riesgo de alto riesgo a ser considerado de alto riesgo (ver tabla de las personas de alto riesgo) o con cualquier patología crónica de base (ver tabla de las personas con patología crónica)</p> <p>Puede ser necesario el tratamiento de la infección por meningitis</p>



MICROORGANISMOS	INDICACIONES DE QUIMIOPROFILAXIS	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
<p><i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p><i>Mycobacterium avium</i></p> <p><i>Mycobacterium kansasii</i></p>	<p>Se recomienda el uso de la quimioprofilaxis en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja o por <i>Mycobacterium avium</i> compleja en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium avium</i> compleja en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium kansasii</i> en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> </ul> <p>El riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja es mayor en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja que en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p> <p>Además, se recomienda el uso de la quimioprofilaxis en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p> <p>Las personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja deben recibir quimioprofilaxis con isoniazida y rifampina durante 6 meses.</p>	<p>Tratamiento de elección: Rifampina 600 mg/día + Isoniazida 300 mg/día.</p> <p>En personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p> <p>Con el fin de evitar la resistencia.</p> <p>Además, se recomienda el uso de la quimioprofilaxis en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p>	<p>El riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja es mayor en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja que en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p> <p>Además, se recomienda el uso de la quimioprofilaxis en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</p> <p>Las personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja deben recibir quimioprofilaxis con isoniazida y rifampina durante 6 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium avium</i> compleja en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> <li>• Personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium kansasii</i> en personas con riesgo de infección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> compleja.</li> </ul>















**Comunidad  
de Madrid**