

UPDATE INFECCIOSAS



VIES AEREAS SUPERIORS

Que nos debemos plantear:

- Localización
- Etiología
 - Infecciosa
 - Vírica o bacteriana
 - No infecciosa
- Como nos ayuda la clínica, anamnesis y EF
 - Definir el tipo de otitis
 - Descartar vírica de bacteriana
 - Valorar la gravedad
- Que otras pruebas podemos hacer
- Como tratarlo

[Acute external otitis and its differential diagnosis].

Clinical Evidence

Otitis externa

Search date October 2013

Daniel Hajioff and Samuel Mackeith

ABSTRACT

INTRODUCTION: Otitis externa is thought to affect 10% of people at some stage in their life. Otitis externa may be associated with eczema of the ear canal, and is more common in narrow ear canals, in hearing-aid users, and after mechanical trauma. **METHODS:** This review was aimed to answer the following clinical question: What are the effects of interventions for acute otitis externa? We searched Embase, The Cochrane Library, and other important databases up to October 2013. **RESULTS:** We found 10 studies. Please check our website for the most up-to-date version of this review. **CONCLUSIONS:** In this review, we evaluated the quality of evidence for interventions. **CONCLUSIONS:** In this review, we evaluated the effectiveness and safety of the following interventions: oral antibiotics, topical antibiotics, topical antifungals, topical corticosteroids, and combination therapy.

Practice » Rational Testing

Ordering and interpreting ear swabs

BMJ 2014 ; 349 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g5259>

Cite this as: BMJ 2014;349:g5259

Acute Otitis Externa: An Update

PAUL SCHAEFER, MD, PhD, and REGINALD F. BAUGH, MD, University of Toledo College of Medicine, Toledo, Ohio



Guideline

Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa



with R. Schwartz, MD, MPH²,
J. Simon, MD⁴, Geoffrey R. Simon, MD⁵,
J. Simon, MD⁶, William W. Huang, MD, MPH⁷,
Robertson, MPA⁹

Fisterra

Externa

erman, MD, MPH

Externa • Chronic otitis externa • Antibiotics • Topical steroids

KEY POINTS

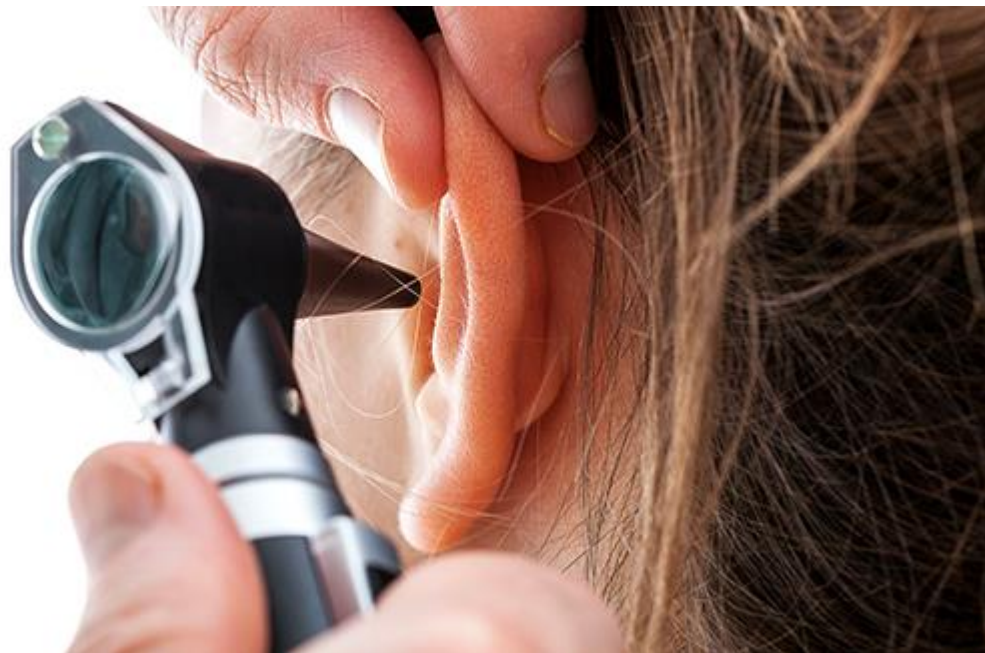
- Acute otitis externa most often is infectious in origin, and can be easily treated with a combination of topical antibiotic and steroid preparations.
- Systemic antibiotics are rarely needed for acute otitis externa.
- Chronic otitis externa can be more difficult to treat, but if an underlying cause can be identified this condition can often be successfully managed.
- In both acute and chronic otitis externa, prevention is fundamental. If patients are able to avoid precipitating factors, future episodes can often be averted.

Resumen

1,3-10% población
95% agudas
Autolimitados
Inicio rápido (48h)
7-12 / 65-74 años

Otalgia
± Pérdida audición
± Otorrea

TIPO	ANTECEDENTES	CLÍNICA	OTOSCOPIA
OE CIRCUNSCRITA	Manipulación CAE, prótesis auditivas, DM	Otalgia paroxística, otorrea purulenta si drena, BEG	Forúnculo en CAE
OE DIFUSA	Manipulación CAE, baño, humedad excesiva, prótesis, cerumen	Aumenta con la otorrea, otorrea acuosa, BEG	CAE edematoso, hiperémico y estenosado
OTOMICOSIS	Calor, humedad, uso continuado gotas tópicas	Otalgia leve, prurito , BEG	Micelios y/o masas en CAE
OE MALIGNA	Inmunosupresión, DM mal controlada AP RT local Ancianos	Otalgia muy intensa, otorrea escasa, fétida, MEG, septicemia	Tejido granuloso y ulcerado en el suelo de CAE



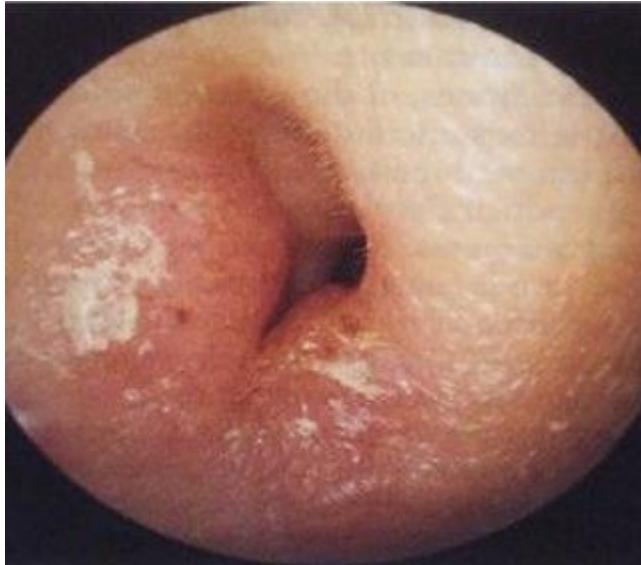
- **Dolor: síntoma que mejor se relaciona con la gravedad . +F (70%)**
- Otorrea: no necesaria para el dx
- Adenopatías pre/retroauriculares
- Puede haber fiebre si la infección esta más extendida

- La membrana puede estar eritematosa
- **SIGNO DEL TRAGO:** Ante una otalgia súbita unilateral, la ausencia de dolor a la presión del trago o la tracción de la aurícula descartan la otitis externa. Patognomónico





ETIOLOGIA



- Infecciosa: + F OE aguda (90-98% bacteriana)
 - *Staphylococcus aureus* (10-70%)
 - *Pseudomona aeruginosa* (20-60%)
 - 1/3 polimicrobiana.
 - En un 2% otomicosis.
 - +F cròniques i prèviament abt tòpic
 - : *Asperguillus niger* (60-90%) y *Candida* (10-40%).
- Inflamatòria no infecciosa (dermatitis seborreica, èczema o reaccions al·lèrgica).
- Mixta.

¿tto tópico o antibioticoterapia vía oral?

¿antisépticos, antibióticos o corticoides?



ClinicalEvidence

Otitis externa

Search date October 2013

Daniel Hajioff and Samuel Mackeith

ABSTRACT

INTRODUCTION: Otitis externa is thought to affect 10% of people at some stage, and can present in acute, chronic, or necrotising forms. Otitis externa may be associated with eczema of the ear canal, and is more common in swimmers, in humid environments, in people with narrow ear canals, in hearing-aid users, and after mechanical trauma. METHODS AND OUTCOMES: We conducted a systematic review and aimed to answer the following clinical question: What are the effects of empirical treatments for otitis externa? We searched: Medline, Embase, The Cochrane Library, and other important databases up to October 2013 (BMJ Clinical Evidence reviews are updated periodically; please check our website for the most up-to-date version of this review). RESULTS: Nine studies were included. We performed a GRADE evaluation of the quality of evidence for interventions. CONCLUSIONS: In this systematic review, we present information relating to the effectiveness and safety of the following interventions: oral antibiotics, specialist aural toilet, topical acetic acid, topical aluminium acetate, topical antibacterials, topical antifungals, topical corticosteroids, and combinations of these agents.



Guideline

Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa

Richard M. Rosenfeld, MD, MPH¹, Seth R. Schwartz, MD, MPH²,
C. Ron Cannon, MD³, Peter S. Roland, MD⁴, Geoffrey R. Simon, MD⁵,
Kaparaboyana Ashok Kumar, MD, FRCS⁶, William W. Huang, MD, MPH⁷,
Helen W. Haskell, MA⁸, and Peter J. Robertson, MPA⁹



Otolaryngology—
Head and Neck Surgery
2014, Vol. 150(1S) S1–S24
© American Academy of
Otolaryngology—Head and Neck
Surgery Foundation 2014
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0194599813517083
http://otojournal.org



Cochrane Database of Systematic Reviews

Interventions for acute otitis externa (Review)

Kaushik V, Malik T, Saeed SR

UpToDate[®]

External otitis: Treatment

Author: Laura A Goguen, MD

Section Editors: Daniel G Deschler, MD, FACS, Morven S Edwards, MD

Deputy Editor: Lisa Kunins, MD

Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa

Richard M. Rosenfeld, Michael Singer, Jared M. Wasserman, more...

Adv Ther. 2007 May-Jun;24(3):671-5.

First Published April 1, 2006 | Research Article

<https://doi.org/10.1016/j.otohns.2006.02.013>

A comparison of ciprofloxacin/dexamethasone with neomycin/polymyxin/hydrocortisone for otitis externa pain.

Roland PS¹, Younis R, Wall GM.

18 estudios

- El tto de la otitis externa es **tópico: IMP aplicación correcta**
- Asociar AINES y calor local, **no mojar el oído hasta 1 s pot resolución**
- **Cualquier intervención tópica es efectiva. Quinolonas tasa curación 8% mayor**
- **Ácido acético:** efectivo y equivalente al antibiótico/esteroide **la primera semana.**
- **Duración síntomas aproximadamente seis días** después de comenzar el tratamiento: tto **10 DIAS**
- **Gotas de esteroide solas:** no evidencia suficiente. ABT + corti mejora más rápida???
- Preventivo: no estudios

Quinolonas con corticoide:

Hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas.

Fluocinolona + ciprofloxacino: 6-8 gotas cada 12 horas.

Fluocinolona acetónico, ciprofloxacino hidrocloreto: 6- 8 gotas cada 12 horas.

Quinolonas sin corticoide:

Ciprofloxacino ótico.: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.

Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.

Antibiótico no quinolona con corticoide:

Dexametasona + polimixina B + trimetoprima: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años

Soluciones acidificantes/antisépticos:

Violeta de Genciana 0,5% solución: 1 aplicación, 2-3 veces al día.

Acetato de aluminio, solución de fórmula magistral: 2- 3 gotas 3-4 veces al día.

Ácido acético 2% Gotas óticas, fórmula magistral: 3-6 gotas cada 2-3 horas

Alcohol boricado 70%, 2 gotas 3 v día. No en menores de 3 años, si perforación o heridas

RESEARCH

Volume 48, Issue 8, August 2019

Oral corticosteroids for painful acute otitis externa (swimmer's ear): A triple-blind randomised controlled trial

[Graeme Balch](#) [Clare Heal](#) [Anders Cervin](#) [Ronny Gunnarsson](#)

Australia

63 pacientes-----19GI y 11 GC

Prednisona 10mg/12 h 3-5 días

Los corticosteroides orales **NO** disminuyeron el tiempo para estar completamente sin dolor.

Disminuyeron la intensidad del dolor (3.7 días a 2.4 días)

OTITIS EXTERNA EN ADULTOS

Etiología: *Pseudomonas aeruginosa* (20-60%), *Staphylococcus aureus* (10-70%), polimicrobiana. Fúngica: *Aspergillus* spp, *Candida* spp.

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIOTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Otitis externa (OE) difusa no complicada	No indicado ^{§ 28}	A			Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua²⁹
Otitis externa (OE) difusa sin mejoría a las 48-72 horas	Ciprofloxacino tópico 0,3%, 2-4 gotas cada 8-12 horas, 7-10 días ^{§ 28}	A	Si edema del conducto auditivo externo (CAE): Ciprofloxacino/fluocinolona tópico [§] 2-4 gotas cada 12 horas, 7 días ²⁸	A	- Informar a los pacientes sobre la correcta administración de las gotas²⁸ - Resolver las expectativas del paciente sobre la duración de los síntomas²⁸
					Medidas preventivas en personas con tendencia a OE (precauciones durante baños en piscinas)²⁸: - uso de tapones, excepto si existe infección activa; - secar el oído tras el baño, usar preparados con ácido acético 2% o alcohol boricado 60%, que acidifican el pH del conducto y lo desecan, evitando la proliferación de la flora susceptible de provocar infección (GR A)²⁸
OE circunscrita (OE localizada o forúnculo)	Mupirocina tópica 2%, una aplicación cada 8 horas ³⁴	A*			Aplicación de calor local (favorece la maduración del forúnculo y su drenaje espontáneo)
OE circunscrita (forúnculo) con mayor afectación de tejidos blandos (celulitis)	Amoxicilina/clavulánico oral, 875 mg/125 mg cada 8 horas, 7 días [†]	E	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Clindamicina oral, 300 mg cada 8 horas, 10 días [‡]	E	Considerar incisión y drenaje ²⁸
Otomicosis	No indicado ^{‡ 28}	C			Limpieza del conducto auditivo externo por aspiración. Instaurar tratamiento tópico con alcohol boricado 70° a saturación, 5 gotas cada 12 horas al menos 10 días (GR A)²⁸
Miringitis bullosa leve	No indicado ^{‡ 34}	C*			Instaurar tratamiento tópico con alcohol boricado 70° a saturación, 5 gotas cada 12 horas al menos 10 días
Miringitis bullosa con afectación extensa y severa (sospecha de infección por <i>Mycoplasma</i>)	Azitromicina [▼] oral, 500 mg cada 12 horas, 3 días	E			

OBSERVACIONES:

[§] Se indica tratamiento tópico con ácido acético al 2%, cada 6-8 horas (GR D)²⁸ y tratamiento sintomático: analgésicos (paracetamol) o antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno)²⁸.

[‡] Cuando el edema de CAE impide la entrada del preparado, se puede insertar en el conducto una mecha de gasa sobre la que instilar las gotas.

[‡] El uso de antibacterianos está **contraindicado** ya que puede promover un aumento en el crecimiento de hongos²⁸. De persistir el cuadro: cotrimazol tópico al 1%, 8 gotas cada 12 horas, 14 días (GR D)²⁸.

NOTAS DE SEGURIDAD

Amoxicilina-clavulánico: La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de **hepatotoxicidad** de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas.

EYE, EAR, NOSE, AND THROAT

NICE otitis media guideline

By NICE | 8 October 2018

Fisterra

guía ABE

OTITIS MEDIA AGUDA. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ACUTE OTITIS MEDIA

DR. FRANCISCO J. KRAUSE (1)

(1) Departamento de Otorrinolaringología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

Email: fkrause@clinicalascondes.cl



Manejo de la otitis media en la infancia

Juan Ruiz-Canela Cáceres
Pedro Martín Muñoz

Diciembre 2010

©FAPap. Copia para uso personal. En caso de reproducción total o parcial, citar siempre la procedencia

1

Mayoría guías población infantil

QUE NOS APORTA



DX ES CLINICO: Clínica +EF

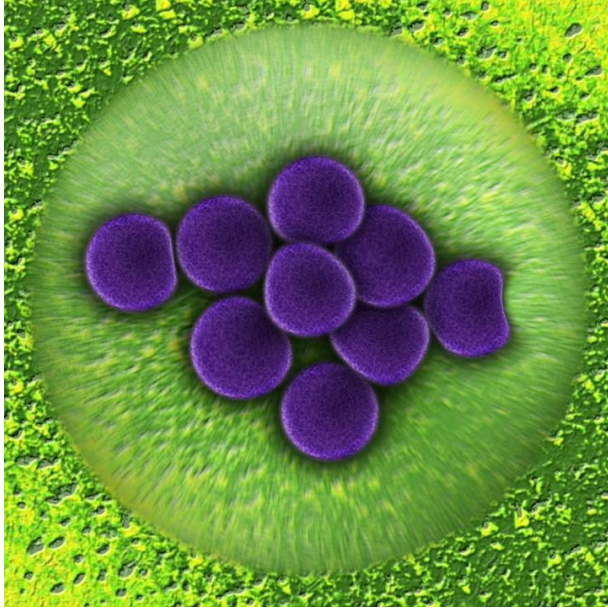
El 80-90% precedidas por una **infección vírica**

Otalgia brusca + hipoacusia
± fiebre y/o otorrea

EF: membrana timpánica **inflamada y abombada (VPP 99)**

Duración suele ser inferior **a tres semanas.**

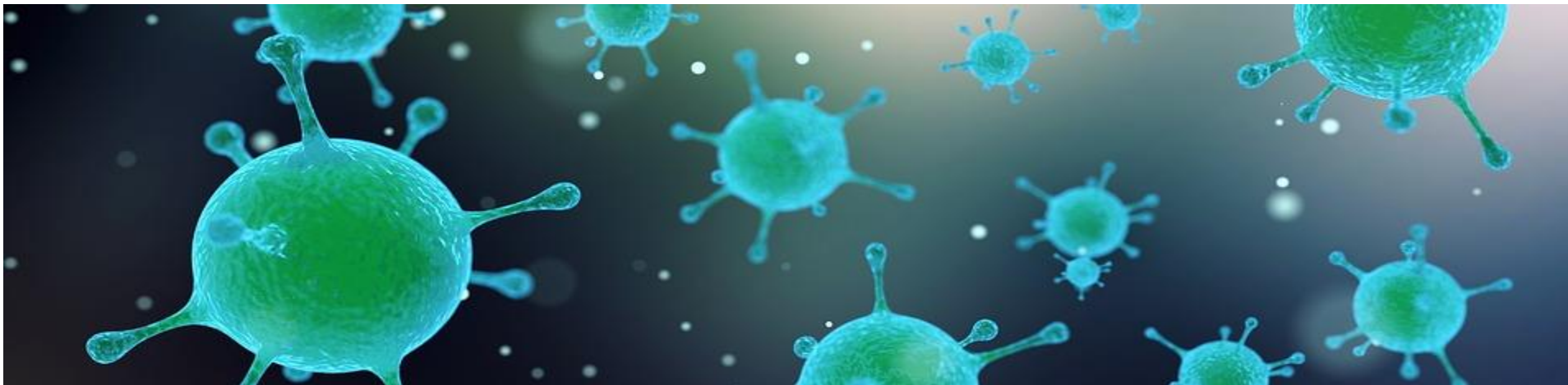
ETIOLOGIA



• **Virus** ----- 20-80%

• ***S. pneumoniae*** ----- 30-40%

• ***H. influenzae*** ----- 20-30%



¿antibioticoterapia vía oral?

¿antibioticoterapia vía oral: cual ?

¿papel de las gotas óticas ?

¿corticoides sistémicos?

¿antihistaminicos o descongestionantes?

Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):350-356.

EYE, EAR, NOSE, AND THROAT

Otitis Media: Rapid Evidence Review.

Gaddey HL¹, Wright MT², Nelson TN².

NICE otitis media guideline

By NICE | 8 October 2018

75-90% otitis autolimitadas y de curso benigno. Duración 4-7 días
Las secuelas auditivas pueden tardar dos o tres semanas en normalizarse.

Riesgo muy bajo de complicaciones.

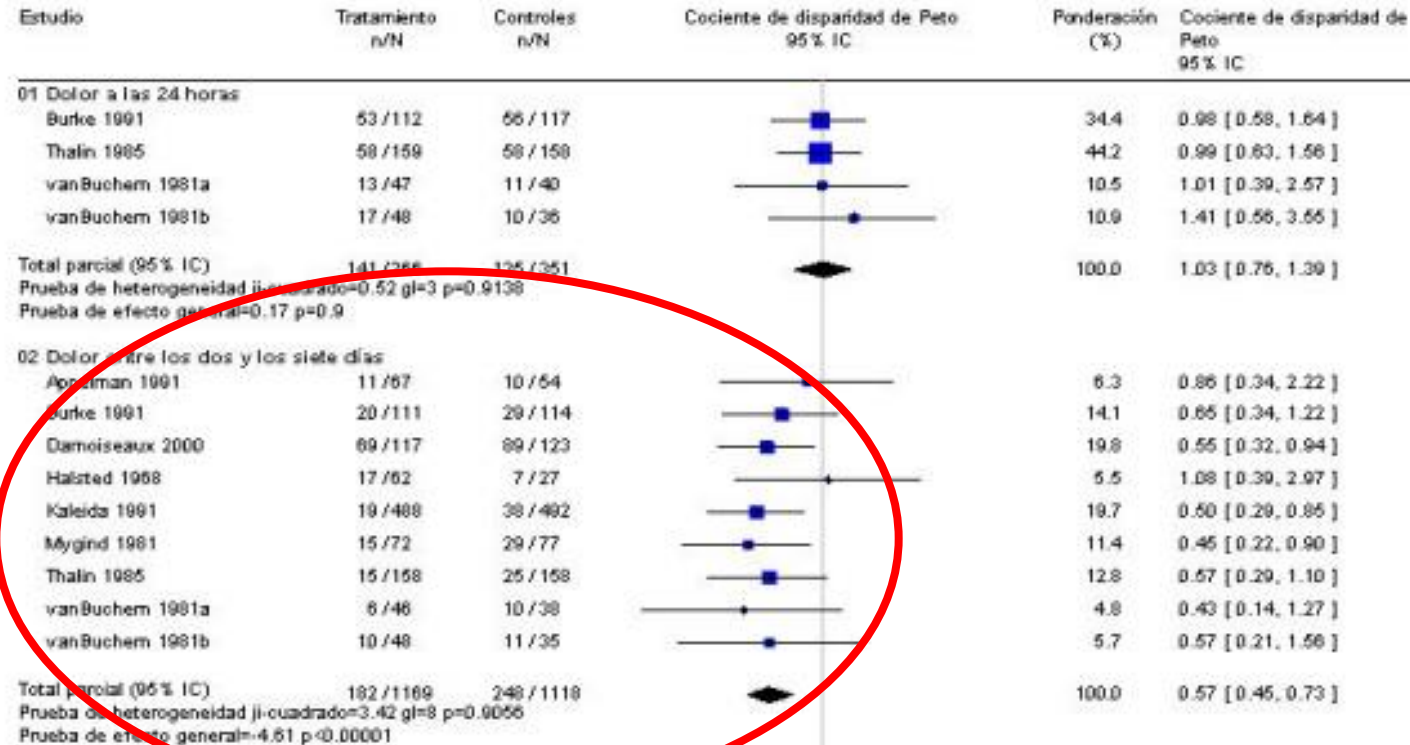
Curación sin abt 81%, con abt 93%

-El tto abt puede reducir la duración sint, nº de perforaciones y otitis contralateral. Más efectos 2

-No diferencias tasas curación, dolor agudo, recaídas, pérdida auditiva-

Glasziou PP, Del Mar CB, Sanders SL, Hayem M. Antibióticos para la otitis media aguda en niños (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Revista: Antibióticos para la otitis media aguda en niños
Comparación: 01 Antibiótico versus Placebo
Consecuencia: 01 Dolor



NNT es de 16 aproximadamente.

Treatment Recommendations for Initial Management of AOM in Children Six Months and Older

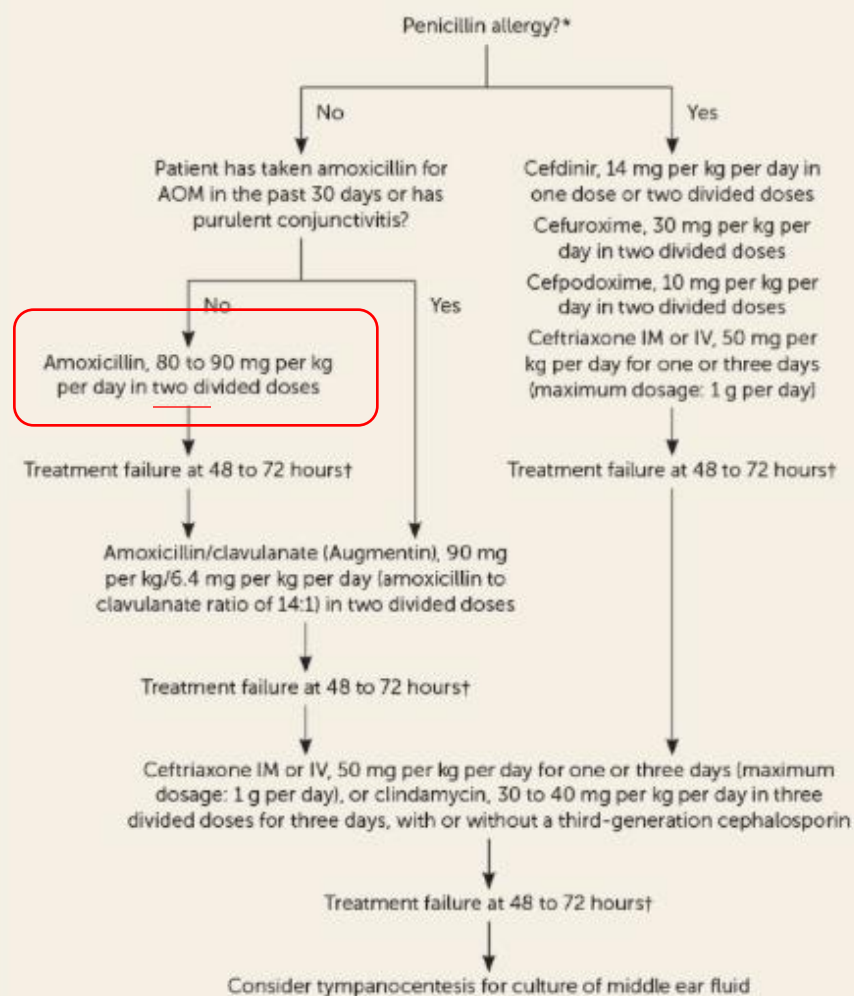
Examination findings	Treatment
AOM with otorrhea	Antibiotic therapy
AOM with severe symptoms* or if follow-up cannot be guaranteed	Antibiotic therapy
Bilateral AOM without otorrhea	Six months to two years of age: antibiotic therapy Two years and older: antibiotic therapy or observation without initial antibiotic treatment†
Unilateral AOM without otorrhea	Antibiotic therapy or observation without initial antibiotic treatment†

AOM = acute otitis media.

*—Toxic-appearing child, persistent ear pain lasting more than 48 hours, or temperature of 102.2°F (39°C) or higher within the previous 48 hours.

†—Mechanism must be in place to ensure follow-up within 48 to 72 hours.

Adapted with permission from Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media [published correction appears in Pediatrics. 2014;133(2):346]. Pediatrics. 2013;131(3):e976.



*—Cross-reactivity with second- and third-generation cephalosporins is low and considered safe.

†—Persistent severe symptoms and unimproved findings on tympanic membrane examination.

Algorithm for the treatment of AOM in children requiring antibiotics. (AOM = acute otitis media; IM = intramuscularly; IV = intravenously.)

Information from reference 7.



When no antibiotic given, advise:
• antibiotic is not needed



Self-care

- Afectación severa o alto riesgo de complicaciones (otalgia moderada-severa o fiebre $> 39^{\circ}$ en las 24 horas previas): ABT
- Menores de 2 años con infección ambos oídos o Otorrea 2 perforación: se puede valorar no abt/pda/ abt
- Resto tto sintomático

of a more serious illness
or condition, or
has high risk of
complications

• complications like mastoiditis

• Children under 2 years with
acute otitis media in both ears

March 2018

Otitis media aguda ¿duración de la pauta?

JAMA

**FULL
TEXT**

Treatment of Acute Otitis Media With a Shortened Course of Antibiotics A Meta-analysis

Anita L. Kozyrskyj, BScPhm, MSc; G. Elske Hildes-Ripstein, MD; Sally E. A. Longstaffe, MD; et al

JAMA. 1998;279(21):1736-1742. doi:10.1001/jama.279.21.1736



Cochrane Database of Systematic Reviews

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Butlletí
d'informació
terapèutica

BIT. Vol. 29, núm. 6, 2018

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO: SE PUEDE ACORTAR CON SEGURIDAD

Josep M Mòdol Deltell, Marlene Álvarez Martins, Montserrat Giménez Pérez

Equipo PROA- Hospital Universitari Germans Trias i Pujol



Cochrane Database of Systematic Reviews

Once or twice daily versus three times daily amoxicillin with or without clavulanate for the treatment of acute otitis media (Review)

Short-course antibiotics for acute otitis media (Review)

Kozyrskyj AL, Klassen TP, Moffatt M, Harvey K

Un tratamiento antibiótico de duración igual o inferior a cinco días es efectivo para producir la resolución clínica de la otitis media aguda en niños mayores de dos años

Artículo

Kozyrskyj AL, Hildes- Ripstein GE, Longstaffe SEA, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP, Moffatt MEK. Treatment of acute otitis media with a shortened course of antibiotics. A meta- analysis. JAMA 1998; 3: 1736- 1742.

ABT: azitromicina 3-5 días vs , ceftriaxona im dosis unica vs

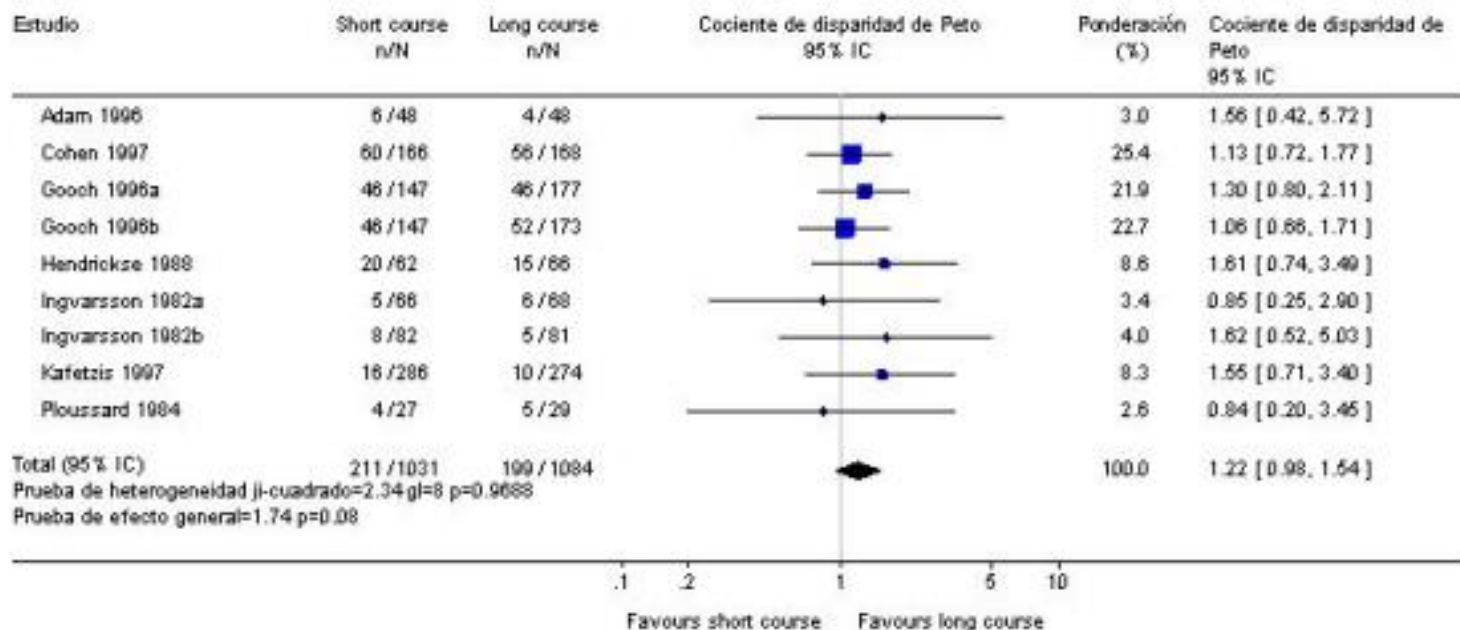
Tanda de antibióticos de vida media corta durante 5 días **no produce un mayor número de fallos terapéuticos, recaídas o recurrencias** al mes y a los tres meses de realizado el diagnóstico en comparación con tratamientos ATB de duración igual o superior a 7 días.

Ciclos cortos de antibióticos para la otitis media aguda (1)

Revista: Ciclos cortos de antibióticos para la otitis media aguda

Comparación: 02 Short-acting Ab > 48 hrs STA

Consecuencia: 03 Treatment failure at 20-30 days



Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SEA, Wincott JL, Sitar DS, Klassen TP, Moffatt MEK. Ciclos cortos de antibióticos para la otitis media aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Once or twice daily versus three times daily amoxicillin with or without clavulanate for the treatment of acute otitis media (Review)

5 estudios: 1601

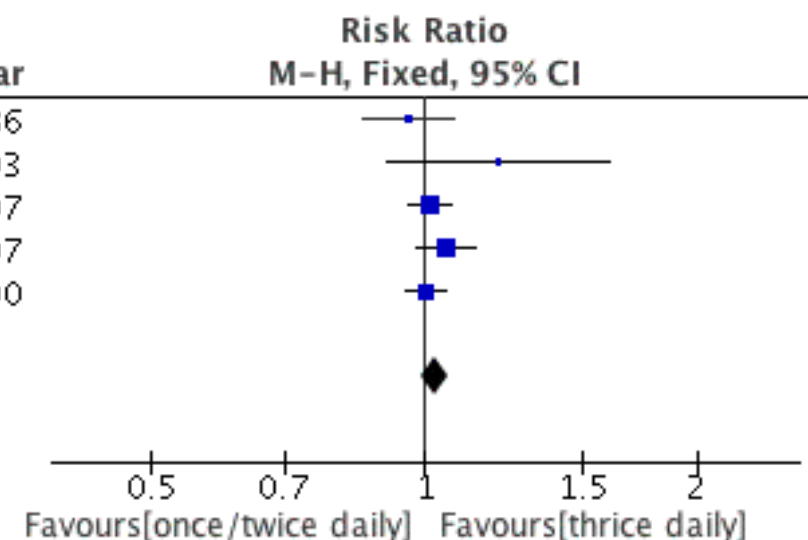
1 compara amoxicilina y 4 amoxi-clavulanico

Administrar una o dos dosis diarias de amoxicilina, con o sin clavulánico, fueron comparables con tres dosis para el tratamiento de la OMA. (Dosis: 10 días de amoxi 60 mg/kg/día 2 or 3 v/d

10 días de amoxicilina 40 mg/kg/día 1 versus 3 veces/día)

Mejora el cumplimiento

Study or Subgroup	Once or twice daily		Thrice daily		Weight	Risk Ratio M-H, Fixed, 95% CI	Year
	Events	Total	Events	Total			
Principi 1986	49	55	51	55	7.4%	0.96 [0.85, 1.08]	1986
Murph 1993	27	33	23	34	3.3%	1.21 [0.91, 1.60]	1993
Behre 1997	212	231	210	232	30.3%	1.01 [0.96, 1.07]	1997
Hoberman 1997	241	287	229	288	33.0%	1.06 [0.98, 1.14]	1997
Damrikarnlert 2000	187	199	175	187	26.1%	1.00 [0.95, 1.06]	2000
Total (95% CI)		805		796	100.0%	1.03 [0.99, 1.07]	
Total events	716		688				
Heterogeneity: Chi ² = 4.00, df = 4 (P = 0.41); I ² = 0%							
Test for overall effect: Z = 1.48 (P = 0.14)							



Curación final

Tratamiento antibiótico de la otitis media aguda

Situaciones clínicas	Elección	Alternativa (alergia a penicilina)
< 2 años		
Sin signos de gravedad, otorrea ni complicaciones	Amoxicilina 90 mg/kg/día vo, en 3 dosis, 5-7 días (GR: A)	Azitromicina 10 mg/kg/día, 1 toma (vo), 3 días o claritromicina 15 mg/kg/ /12 h (vo), 7 días (GR: A)
	< 6 meses: amoxicilina/ácido clavulánico 80-90 mg/10 mg/kg/día, en 2-3 tomas (vo), 7 días (GR: C)	
OMA con síntomas graves Ausencia de respuesta a las 48-72 h de tratamiento ATB de OMA recurrentes (6 semanas siguientes)	Amoxicilina/ácido clavulánico 80-90 mg/10 mg/kg/día, en 2-3 tomas (vo), 7-10 días (GR: A)	Ceftriaxona 50 mg/kg/día (IM), 3 dosis (GR: A)
≥ 2 años o adultos		
Cuadros no graves, sin mejoría en 48-72 h de vigilancia expectante	Amoxicilina 500-1.000 mg/8 h/día (vo), 5-7 días (GR: A)	Azitromicina 500 mg/24 h (vo), durante 3 días (GR: A) o claritromicina 500 mg/12 h (vo), durante 7 días (GR: A) o cefuroxima axetilo 500 mg/12 h (vo), durante 7 días (GR: A)
Afectación grave, bilateral, otorrea, comorbilidad importante (incluida inmunodeficiencia) Sin mejoría tras 48-72 h de tratamiento con amoxicilina OMA recurrente	Amoxicilina/ácido clavulánico 500-875 mg/8 h (vo), durante 7 días (GR: A)	Cefditoreno 400 mg/12 h (vo), durante 7 días (GR: B) o levofloxacino 500 mg/24 h durante 7 días (adultos) oral (GR: B)

OTITIS MEDIA AGUDA EN ADULTOS

Etiología: Bacteriana: *Streptococcus pneumoniae* (33%), *Haemophilus influenzae* (27%), *Streptococcus pyogenes* (5%), *Staphylococcus aureus* (2%), *Moraxella catharralis* (1%); vírica.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO					
CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
Otitis media aguda (OMA) sin signos de gravedad	No indicado ^{39,24} Actitud expectante	A			• Evitar la entrada de agua • Evitar humo tabaco y otros contaminantes
	Valorar prescripción diferida ^{39,24}	B			
OMA sin mejoría en 48-72 horas	Amoxicilina oral, 750-1000 mg ^{&} cada 12 horas, 7 días [§] ³⁹	C	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Aзитromicina ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días ³⁹	A	
OMA sin mejoría tras 48-72 horas de tratamiento con amoxicilina.	Amoxicilina/clavulánico oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 10 días ³⁹	A	Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Aзитromicina ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días ³⁹	A	
OMA grave (fiebre >39°C, otalgia intensa)					
OBSERVACIONES: * Se indica tratamiento sintomático (analgésicos o antiinflamatorios (GR A) ³⁹). La actitud expectante debe limitarse a pacientes sin patología o antecedentes que puedan agravar el pronóstico y en los la consulta médica para revisión sea fácilmente accesible. & Las dosis recomendadas de amoxicilina son de 875 y 1000 mg ³⁹ , pero la presentación de 875 mg no existe en nuestro país. § Si el paciente evoluciona favorablemente, valorar pauta de 5 días de tratamiento ³⁹					
NOTAS DE SEGURIDAD Amoxicilina-clavulánico: La Agencia Española del Medicamento (AEMPS) (Nota informativa ref. 2006/1) ha alertado sobre el riesgo de hepatotoxicidad de amoxicilina/clavulánico. La hepatotoxicidad por amoxicilina/clavulánico es la primera causa de ingreso hospitalario por hepatotoxicidad medicamentosa en adultos. Restringir su uso a las infecciones causadas por bacterias resistentes a amoxicilina debido a la producción de betalactamasas. Aзитromicina (macrólidos): La Agencia Americana del Medicamento (FDA) (Comunicado de Seguridad, 12 de marzo de 2013) advierte que azitromicina puede ocasionar irregularidades en el ritmo cardíaco potencialmente fatales. Los macrólidos deben ser usados en precaución en los siguientes pacientes: aquellos con factores de riesgo conocidos como prolongación del intervalo QT, niveles sanguíneos bajos de potasio o magnesio, un ritmo cardíaco más lento de lo normal o el uso concomitante de ciertos medicamentos utilizados para tratar las alteraciones en el ritmo cardíaco o arritmias. CRITERIOS DE DERIVACIÓN: OMA recurrente (3 episodios en 6 meses; > 4 en un año), ausencia de respuesta tras 2 series de antibióticos, intolerancia a la medicación oral, afectación importante del estado general, signos de cuadro séptico intracraneal (meningitis, laberintitis, trombosis del seno lateral).					

Fuente: Guía de Terapéutica Antimicrobiana Aljarafe 3ª edición

IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults

Anthony W. Chow,¹ Michael S. Benninger,² Itzhak Brook,³ Jan L. Brozek,^{4,5} Ellie J. C. Goldstein,^{6,7} Lauri A. Hicks,⁸ George A. Pankey,⁹ Mitchel Seleznick,¹⁰ Gregory Vulturo,¹¹ Ellen R. Wald,¹² and Thomas M. File Jr^{13,14}

¹Division of Infectious Diseases, Department of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, Canada; ²Otolaryngology, The Head and Neck Institute, Cleveland Clinic, Ohio; ³Department of Pediatrics, Georgetown University School of Medicine, Washington, D.C.; ⁴Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics and ⁵Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada; ⁶Department of Medicine, David Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles; ⁷R. M. Alden Research Laboratory, Santa Monica, California; ⁸National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; ⁹Department of Infectious Disease Research, Ochsner Clinic Foundation, New Orleans, Louisiana; ¹⁰Division of General Internal Medicine, University of South Florida College of Medicine, Tampa; ¹¹Department of Emergency Medicine, University of Massachusetts, Worcester; ¹²Department of Pediatrics, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison; ¹³Department of Infectious Diseases, Northeast Ohio Medical University, Rootstown; and ¹⁴Summa Health System, Akron, Ohio

Evidence-based guidelines for the diagnosis and initial management of suspected acute bacterial rhinosinusitis in adults and children were prepared by a multidisciplinary expert panel of the Infectious Diseases Society of America comprising clinicians and investigators representing internal medicine, pediatrics, emergency medicine, otolaryngology, public health, epidemiology, and adult and pediatric infectious disease specialties. Recommendations for diagnosis, laboratory investigation, and empiric antimicrobial and adjunctive therapy were developed.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN®

Current Concepts in Adult Acute Rhinosinusitis

[◀ PREV ARTICLE](#) | [THIS ISSUE](#) | [NEXT ARTICLE ▶](#)

IN THE CLINIC | 7 SEPTEMBER 2010

Acute Sinusitis

Jennifer F. Wilson, MS, ANP



Acute Sinusitis

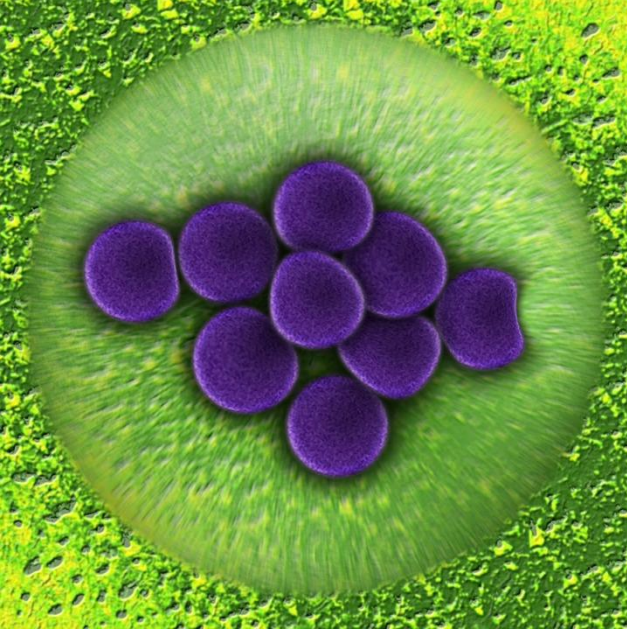
Brent Feldt, MD, Gregory R. Dion, MD, Erik K. Weitzel, MD, Kevin C. McMains, MD

VOLUME: 106 ISSUE: 10 OCTOBER, 2013

Sinusitis bacteriana aguda. Protocolo consensuado Área de Gran Canaria 2006

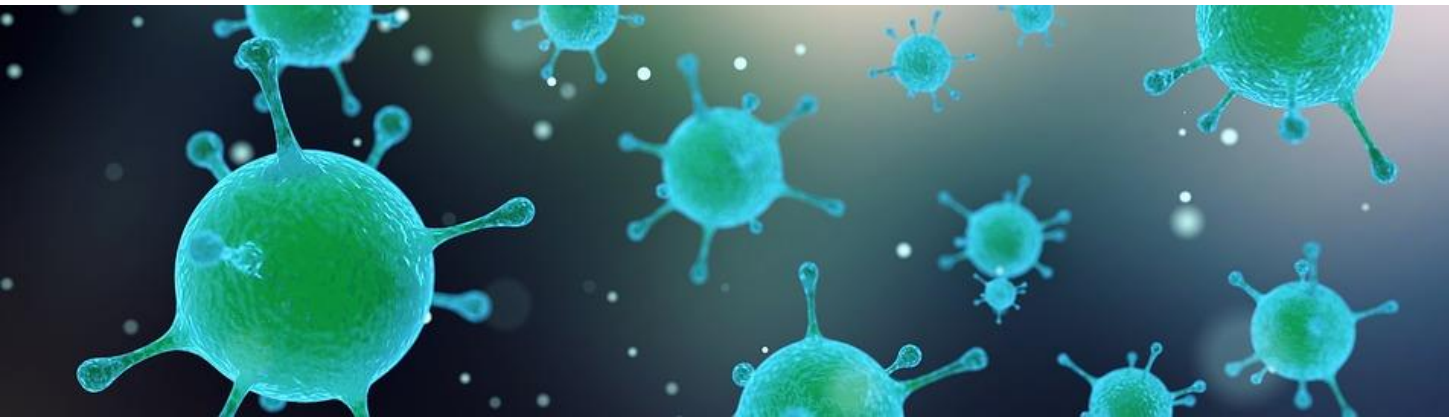
V. Ruiz Caballero, Á. Cansino Campuzano¹, Á. Ramos Macías², J.M. Cuyas de Torres³, Á. Osorio Acosta⁴, V. Pérez Candela⁵, F. Machado Fernández⁶, B. Lafarga Capuz⁷, E. Colino Gil⁸, I de Miguel Martínez⁹, N. Montesdeoca Araujo¹⁰

Fisterra



ETIOLOGIA

- **Virus** ----- 40-60% // 90-98%
- Inicio cuadro catarral—complica 0,5-2%
- Inicio como bacteriana: 2-10%
 - *S. pneumoniae* ----- 20-35%
 - *H. influenzae* ----- 6-26%
 - *Moraxella catharralis*-----10%



Anamnesis (FR)

Tabaco

Contaminación

Cambios presión

Natación en piscina

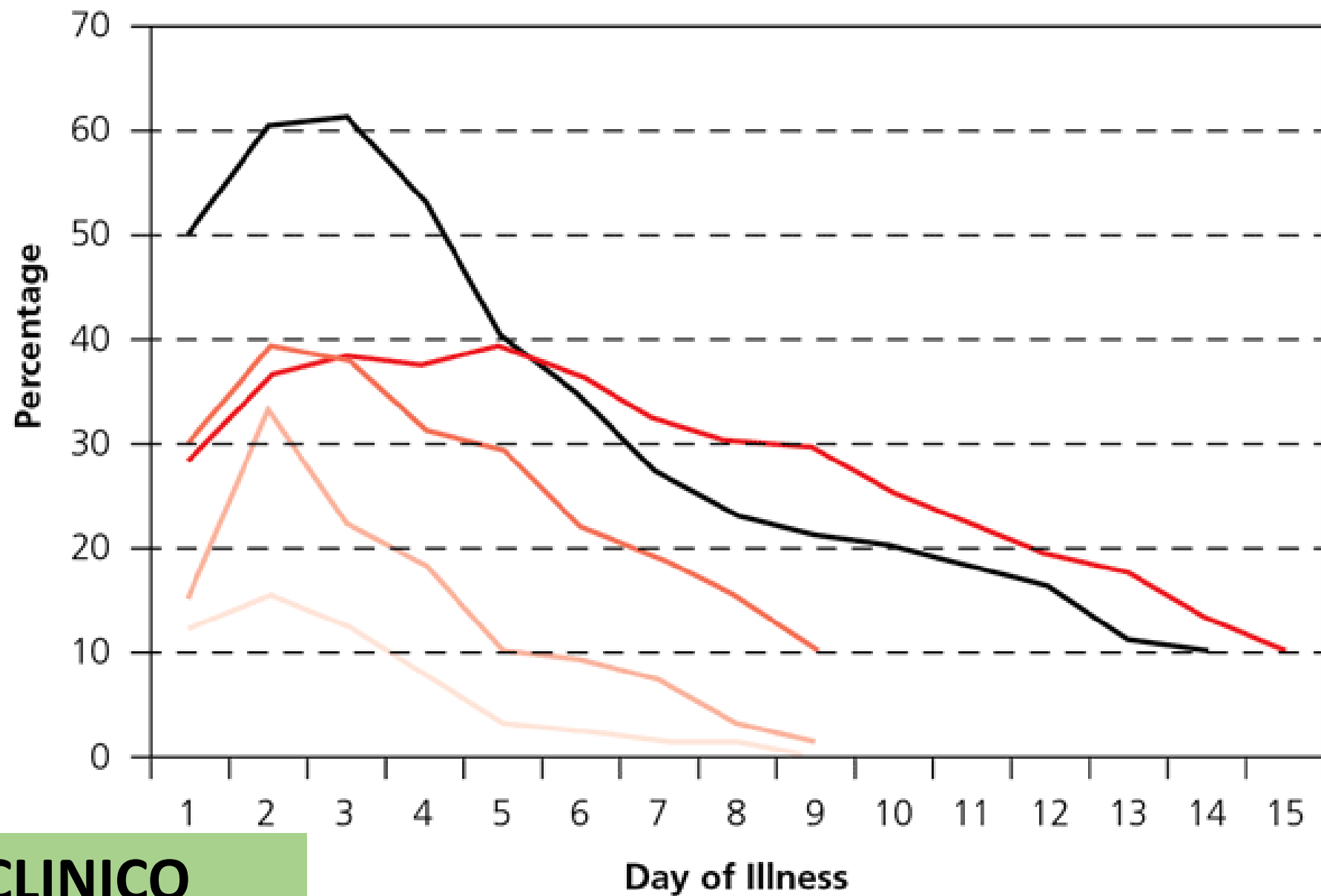
Asma

Infección dental (12%)

Cuadro catarral

CLASIFICACIÓN

- RSA vírica: la duración de los síntomas es inferior a 10 días.
- RSA no vírica: síntomas se incrementan pasados 5 días o persisten > de 10 días.
- RSA bacteriana:
 - Los síntomas persisten **más de 10 días** sin evidencia de mejoría.
 - **Presencia de fiebre elevada (39 °C o más), secreción nasal purulenta o dolor facial durante 3-4 días consecutivos desde el comienzo de la enfermedad ó**
 - **Empeoramiento a partir de los 5-6 primeros días del inicio de los síntomas con reaparición de fiebre, cefalea o incremento de la rinorrea.**



DX ES CLINICO

■ Nasal discharge ■ Cough ■ Nasal obstruction ■ Headache ■ Fever

TABLA 2

Rendimiento diagnóstico de signos, síntomas y pruebas complementarias en la sospecha de sinusitis aguda

Signo/síntoma	Rango CP +	Rango CP -	Número ^a
Rinorrea purulenta ⁶⁻⁸	1,5-2,1	0,26-0,58	3/4
Dolor al inclinarse ⁶	1,6	0,58	1/4
Dolor maxilar unilateral ^{4,6}	1,8-2,5	0,83-0,9	2/4
Dolor frontal unilateral ⁶	1,7	0,74	1/3
Antecedentes de catarro ⁶	1,4	0,54	1/2
Dolor dental ⁷	2,1	0,77	1/4
Fiebre > 38 °C ⁴	3,3	0,7	1/2
Pobre respuesta a descongestionantes ⁷	2,1	0,7	1/1
Transiluminación anormal ⁷	1,6	0,5	1/1
Empeoramiento tras mejoría inicial ⁸	2,1	0,43	1/1
Secreción purulenta en cavidad nasal ^{7,8}	2,1-5,5	0,45-0,7	2/4
Exploración complementaria	Rango CP +	Rango CP -	Nº*
VSG ^{4,8}	1,7-2,9	0,54	2/4
Radiología simple ¹⁰	3,6	0,3	NA

CP: cociente de probabilidad; NA: no aplicable; VSG: velocidad de sedimentación globular.

*Número de estudios con el síntoma significativo sobre el total de estudios donde se considera el síntoma. Por ejemplo: 3/4 significa que el síntoma/signo se considera en 4 estudios pero solo en 3 resulta significativo. Modificado de la referencia⁹.

Cocientes de probabilidad de la combinación de síntomas y signos en la rinosinusitis aguda bacteriana

Número de signos/síntomas	CP +
≥ 4	6,4
3	2,6
2	1,1
1	0,5
0	0,1

CP: cociente de probabilidad.
Modificada de Williams⁵.



Rinorrea purulenta
Transiluminación positiva
Pobre respuesta a los descongestionantes
Dolor maxilar.

Research

Mark H Ebell, Brian McKay, Ryan Guilbault and Yokabed Ermias

[Br J Gen Pract.](#) 2016 Sep
Estudios más recientes

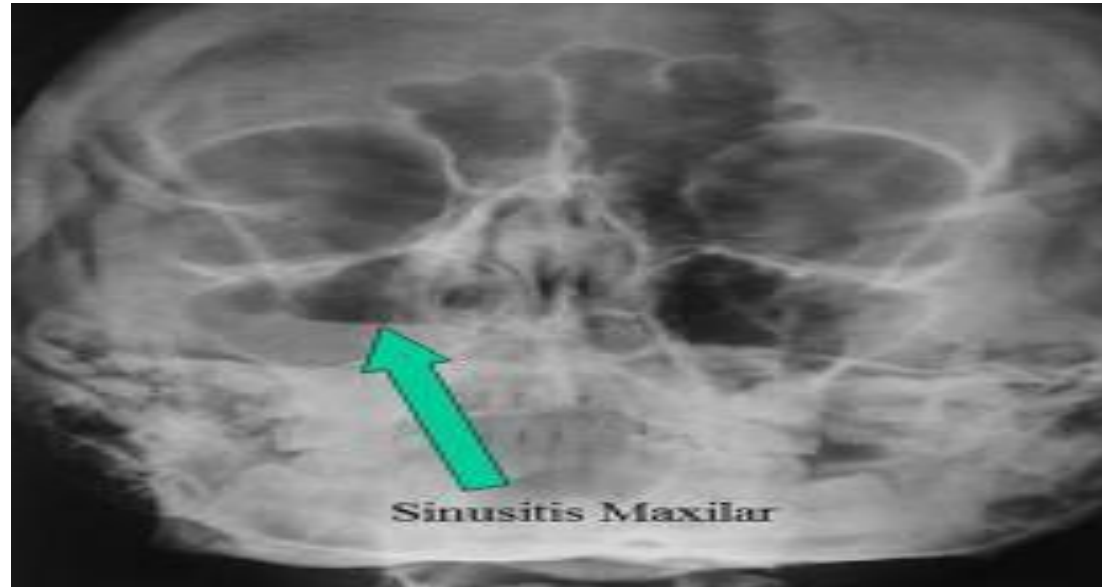
Diagnosis of acute rhinosinusitis in primary care:

a systematic review of test accuracy

Table 3. Accuracy of blood tests for the diagnosis of acute rhinosinusitis in adults^a

Test	Total patients, <i>n</i> _{reference}	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)	LR+ (95% CI)	LR- (95% CI)	DOR	AUC
Blood tests							
CRP							
CRP >10 mg/L	173 ¹⁹	0.73	0.60	1.84	0.45	4.09	
CRP >20–25 mg/L	789 ^{19,21,24,29}	0.39 (0.29 to 0.50)	0.87 (0.80 to 0.91)	2.92 (2.17 to 3.98)	0.71 (0.60 to 0.80)	4.11	
CRP >40–49 mg/L	548 ^{19,21,26}	0.22 (0.15 to 0.30)	0.91 (0.84 to 0.95)	2.46 (1.45 to 3.91)	0.86 (0.77 to 0.93)	2.86	
Summary		0.34 (0.21 to 0.51)	0.88 (0.79 to 0.94)	2.92 (2.21 to 3.80)	0.74 (0.60 to 0.85)	3.95	0.720
ESR							
ESR >10	426 ^{19,21,26}	0.68 (0.63 to 0.72)	0.58 (0.50 to 0.65)	1.60 (1.33 to 1.97)	0.57 (0.46 to 0.68)	2.81	
ESR >20	425 ^{19,23,26}	0.36 (0.23 to 0.51)	0.86 (0.75 to 0.92)	2.55 (1.68 to 3.74)	0.74 (0.61 to 0.85)	3.45	
ESR >30	168 ¹⁹	0.26	0.94	4.08	0.79	5.16	
ESR >40	176 ²¹	0.19	0.97	7.40	0.83	8.91	
Summary		0.43 (0.29 to 0.58)	0.83 (0.70 to 0.92)	2.61 (1.85 to 3.68)	0.68 (0.58 to 0.78)	3.84	0.685

¿ES NECESARIA LA RX???



- Los pacientes con catarro común presentan signos radiológicos de sinusitis maxilar aguda (niveles u opacidad del seno) hasta en el 87%
- Pocos estudios en AP. Sensibilidad muy baja
- **No indicada de forma rutinaria** (C) S 73% E 80%
- No diferencia vírica de bacteriana

¿antibioticoterapia vía oral?

¿antibioticoterapia vía oral: cual ?

¿duración de la pauta ?

¿corticoides nasales o sistémicos?

¿antihistaminicos o descongestionantes, suero..?

¿COMO LA TRATAMOS?

Tratamiento inicial : (el 40-69% de los casos se resuelve espontáneamente)

Sintomático y analgesia.

Control en 48-72 horas.

- **Tratamiento no farmacológico:** Incrementar ingesta líquidos, reposo relativo y adecuada higiene manos
- Existe poca evidencia de que la **solución salina nasal** ayuden, pero si el paciente quiere puede probarlo.
- No hay evidencia de la eficacia de **descongestionantes orales i nasales (efecto rebote) antihistamínicos, mucolíticos, inhalación de vapor o compresas faciales tibias.**

¿Y LOS CORTICOIDES NASALES??



ANNALS OF
FAMILY MEDICINE

Intranasal Corticosteroids in Management of Acute Sinusitis: A Systematic Review and Meta-Analysis

Intranasal steroids for acute sinusitis (Review)

Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J

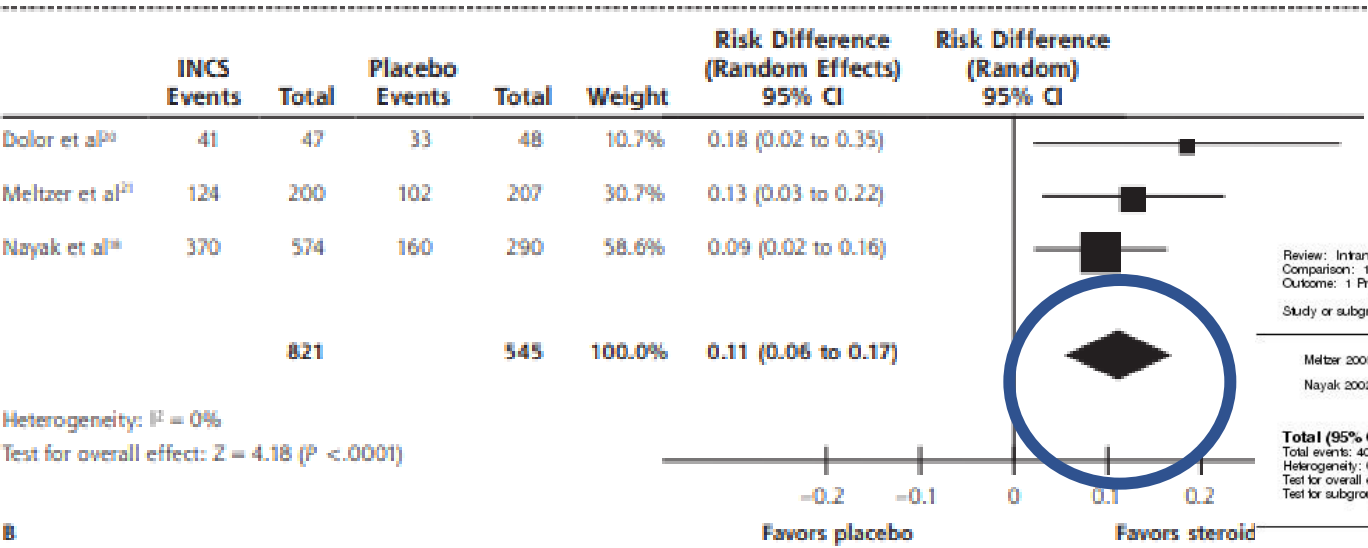
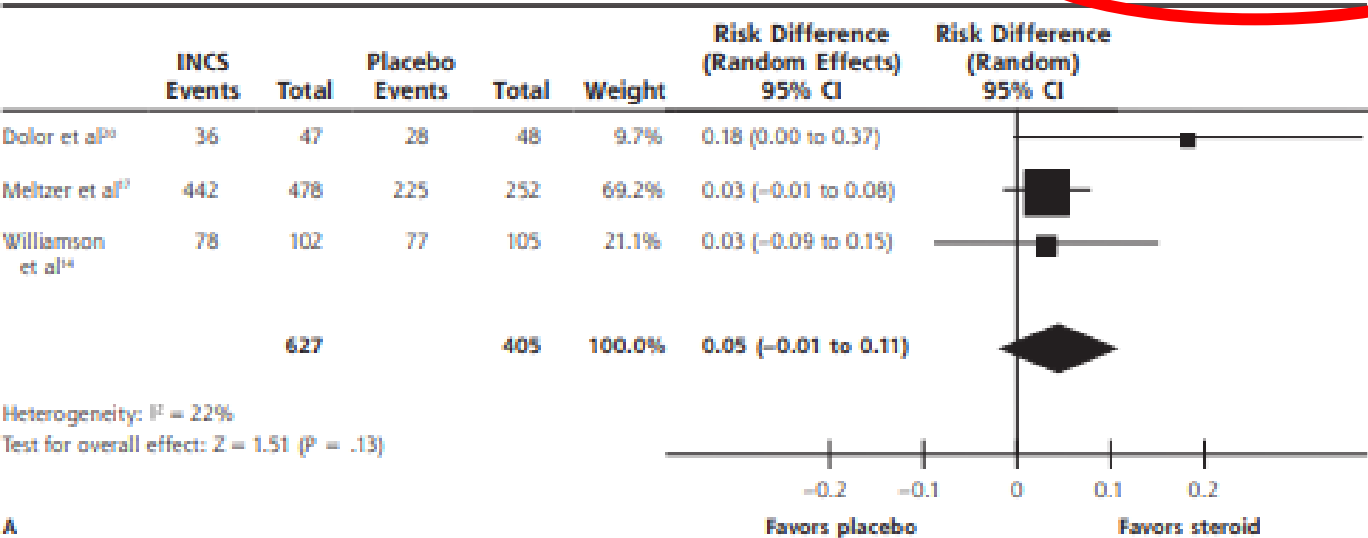


Systemic corticosteroids for acute sinusitis (Review)

Venekamp RP, Thompson MJ, Hayward G, Heneghan CJ, Del Mar CB, Perera R, Glasziou PP, Rovers MM

¿Y LOS CORTICOIDES SISTÉMICOS ??

Figure 2. Effect of intranasal steroids on resolution of symptoms of acute sinusitis at (A) 14 to 15 days and (B) 21 days.

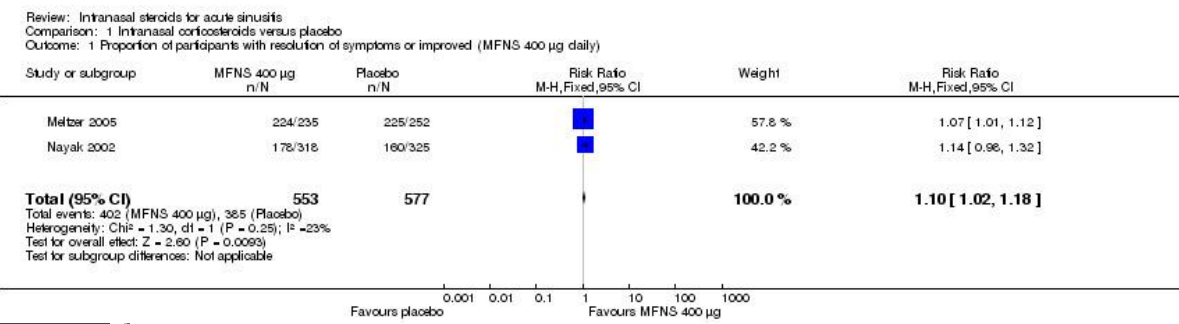


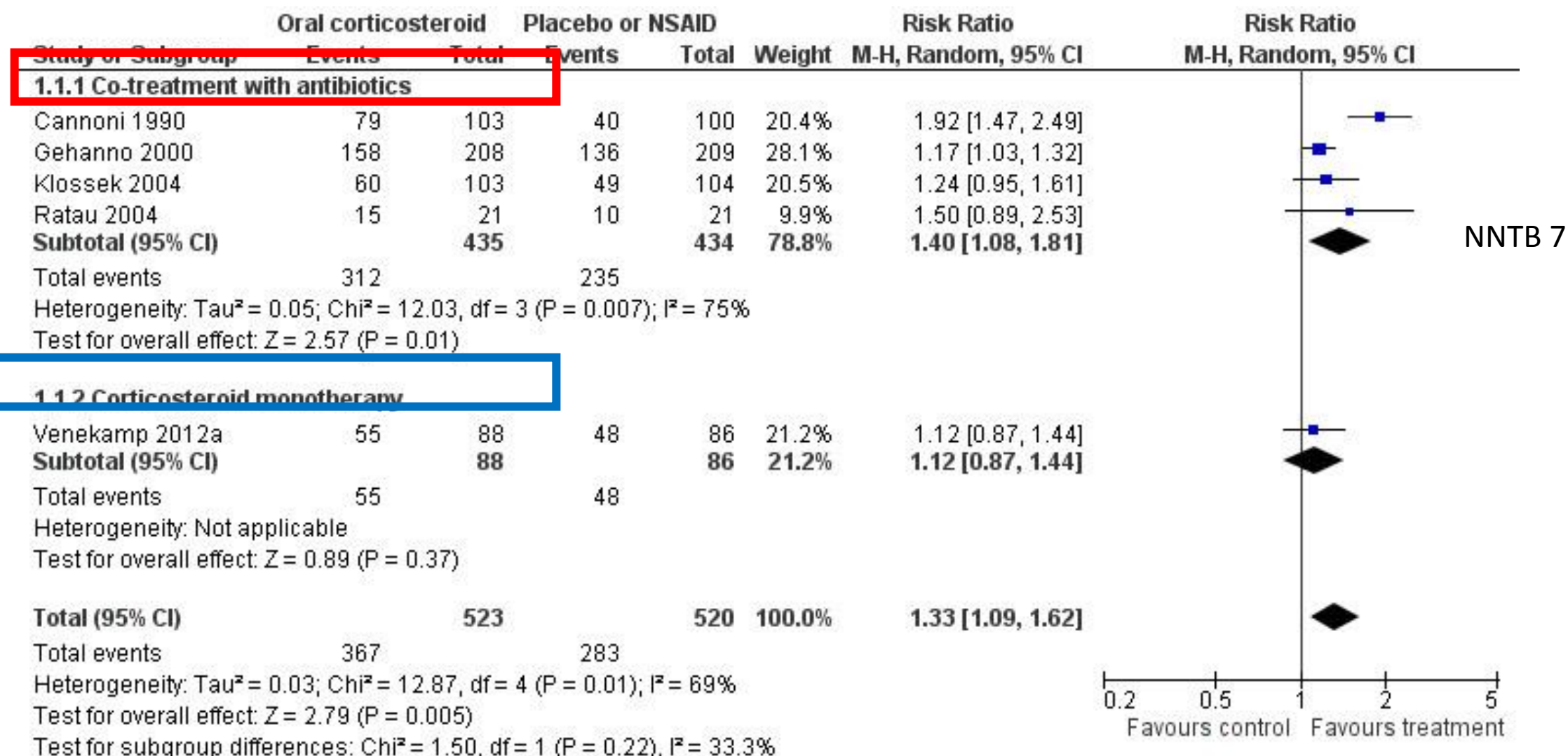
INCS = intranasal steroid.

Efecto beneficioso pequeño a los 21 días, sobre todo para el dolor facial y congestión

Dosis dependiente

Existen estudios que indican que su uso incrementa el número de días que el paciente se mantiene con síntomas mínimos





- No hay evidencia suficiente para recomendar el uso de corticoides orales (ni en monoterapia ni asociados a antibióticos).

DECIDIR TRATAMIENTO ABT: QUIEN, CUAL Y DURACIÓN



- 10 ensayos buena calidad: ABT VS PLACEBO. Adultos
- Independientemente del grupo de tratamiento, el 47% de los participantes se curó después de una semana y el 71% después de 14 días
- Los antibióticos pueden **acortar el tiempo síntomas** (NNTB 18)
- La **secreción purulenta** desaparece más rápido con antibióticos (NNTB 11)
- **Mayor número de EA: (NNTD: 8)**
- **No mayor número de complicaciones**

Balance riesgo/beneficio: NO INDICADOS EN RSA NO COMPLICADA (A)

Dependiendo de la duración y gravedad de los síntomas:

Síntomas 0-10 días: no ofrecer antibióticos, explicar el curso habitual de la sinusitis aguda y por qué los antibióticos no son útiles y transmitir consejos **de autocuidado**. Se debe recomendar a los pacientes que busquen atención médica en caso de que los síntomas empeoren rápidamente o de manera significativa.

Síntomas >10 : considerar la prescripción de una **dosis alta de corticoides nasales** y valorar la prescripción **diferida** de antibióticos para su utilización si no hay mejoría. Se debe informar a los pacientes de en qué situación o cuándo tienen que utilizar esta receta e iniciar el tratamiento con antibiótico y se les debe proporcionar asesoramiento de autocuidado verbal y escrito.

En caso de pacientes **con afectación sistémica o con síntomas y signos de una enfermedad** o afección más grave o con un alto riesgo de complicaciones: facilitar un **antibiótico inmediatamente**. Derivar al hospital si hay una infección sistémica severa, complicaciones intraorbitarias o periorbitales o complicaciones intracraneales, que incluyen hinchazón sobre el hueso frontal, síntomas o signos de meningitis, cefalea frontal grave o signos neurológicos focales.

DURACIÓN ADECUADA???

THE LANCET Infectious Diseases

Volume 8, Issue 9, September 2008, Pages 543-552



Review

Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis: a meta-analysis of randomised controlled trials

Dr Matthew E Falagas MD ^{a, b, c} ✉, Konstantina P Giannopoulou MD ^a, Konstantinos Z Vardakas MD ^a, George Dimopoulos MD ^{a, d}, Drosos E Karageorgopoulos MD ^a

✚ Show more

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70202-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70202-0)

[Get rights and content](#)

BJCP British Journal of Clinical
Pharmacology

DOI:10.1111/j.1365-2125.2008.03306.x

Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials

Matthew E. Falagas,^{1,2,3} Drosos E. Karageorgopoulos,¹
Alexandros P. Grammatikos⁴ & Dimitrios K. Matthalou¹

¹Alfa Institute of Biomedical Sciences (AIBS) and ²Department of Medicine, Henry Dunant Hospital, Athens, Greece, ³Department of Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA and ⁴Department of Medicine, 'G. Gennimatas' Hospital, Thessaloniki, Greece

Correspondence

Professor Matthew E. Falagas, MD, MSc,
DSc, Alfa Institute of Biomedical Sciences
(AIBS), 9 Neapoleos Street, 151 23,
Marousi, Greece.
Tel: + 30 69 4611 0000
Fax: + 30 21 0683 9605
E-mail: m.falagas@aibs.gr

Keywords

amoxicillin-clavulanate, azithromycin,
cefexime, cefuroxime, faropenem,
trimethoprim/sulfamethoxazole

Received

19 March 2008

Accepted

2 September 2008

Published Early View

19 December 2008

Effectiveness and safety of short vs. long duration of antibiotic therapy for acute bacterial sinusitis: a meta-analysis of randomized trials

Matthew E. Falagas,^{1,2,3} Drosos E. Karageorgopoulos,¹ Alexandros P. Grammatikos⁴ & Dimitrios K. Matthalou¹

¹Alfa Institute of Biomedical Sciences (AIBS) and ²Department of Medicine, Henry Dunant Hospital, Athens, Greece, ³Department of Medicine, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA and ⁴Department of Medicine, 'G. Gennimatas' Hospital, Thessaloniki, Greece

Correspondence

Professor Matthew E. Falagas, MD, MSc, DSc, Alfa Institute of Biomedical Sciences (AIBS), 9 Neapoleos Street, 151 23, Marousi, Greece.
Tel: + 30 69 4611 0000
Fax: + 30 21 0683 9605
E-mail: m.falagas@aibs.gr

Keywords

amoxicillin-clavulanate, azithromycin, cefixime, cefuroxime, faropenem, trimethoprim/sulfamethoxazole

Received

19 March 2008

Accepted

2 September 2008

Published Early View

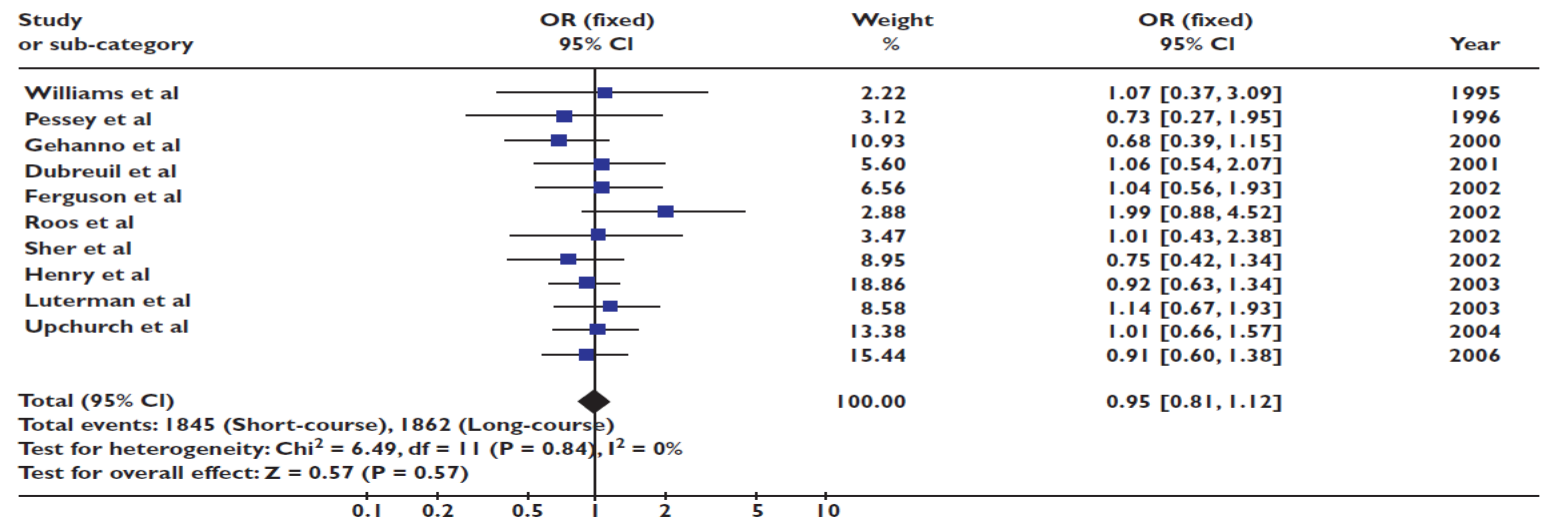
19 December 2008

RS alta calidad

NO diferencias entre pauta corta (3-7 d) y larga (6-10 d)
No diferencias en relación efectos adversos

Dif ttos pero mismo abt y dosis en estudio individual
Niños?

Duration of treatment of acute bacterial sinusitis BJCP



Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Antibiotics for adults aged 18 years and over

Antibiotic ¹	Dosage and course length for adults
First choice	
Phenoxymethylpenicillin	500 mg four times a day for 5 days
First choice if systemically very unwell, symptoms and signs of a more serious illness or condition, or at high risk of complications	
Co-amoxiclav	500/125 mg three times a day for 5 days
Alternative first choices for penicillin allergy or intolerance	
Doxycycline	200 mg on first day, then 100 mg once a day for 4 days (5-day course in total)
Clarithromycin	500 mg twice a day for 5 days
Erythromycin (in pregnancy)	250 mg to 500 mg four times a day or 500 mg to 1000 mg twice a day for 5 days
Second choice (worsening symptoms on first choice taken for at least 2 to 3 days)	
Co-amoxiclav ²	500/125 mg three times a day for 5 days
Alternative second choice for penicillin allergy or intolerance, or worsening symptoms on second choice taken for at least 2 to 3 days	
Consult local microbiologist	

¹ See BNF for appropriate use and dosing in specific populations, for example, hepatic impairment, renal impairment, pregnancy and breast-feeding

² If co-amoxiclav used as first choice, consult local microbiologist for advice on second choice

Antibiotics for children and young people under 18 years

Antibiotic ¹	Dosage and course length for children and young people ²
First choice	
Phenoxymethylpenicillin	1 to 11 months, 62.5 mg four times a day for 5 days 1 to 5 years, 125 mg four times a day for 5 days 6 to 11 years, 250 mg four times a day for 5 days 12 to 17 years, 500 mg four times a day for 5 days
First choice if systemically very unwell, symptoms and signs of a more serious illness or condition, or at high risk of complications ²	
Co-amoxiclav	1 to 11 months, 0.25 ml/kg of 125/31 suspension three times a day for 5 days 1 to 5 years, 5 ml of 125/31 suspension or 0.25 ml/kg of 125/31 suspension three times a day for 5 days 6 to 11 years, 5 ml of 250/62 suspension or 0.15 ml/kg of 250/62 suspension three times a day for 5 days 12 to 17 years, 250/125 mg or 500/125 mg three times a day for 5 days
Alternative first choice for penicillin allergy or intolerance	
Clarithromycin	Under 8 kg, 7.5 mg/kg twice a day for 5 days 8 to 11 kg, 62.5 mg twice a day for 5 days 12 to 19 kg, 125 mg twice a day for 5 days 20 to 29 kg, 187.5 mg twice a day for 5 days 30 to 40 kg, 250 mg twice a day for 5 days 12 to 17 years, 250 mg twice a day or 500 mg twice a day for 5 days
Doxycycline ³	12 to 17 years, 200 mg on first day, then 100 mg once a day for 4 days (5-day course in total)
Second choice (worsening symptoms on first choice taken for at least 2 to 3 days)	
Co-amoxiclav ⁴	As above
Alternative second choice for penicillin allergy or intolerance, or worsening symptoms on second choice taken for at least 2 to 3 days	
Consult local microbiologist	

¹ See BNF for children for use in specific populations (e.g. hepatic and renal impairment)

² In practice, the prescriber will use age bands with other factors such as severity of the condition and the child's size in relation to the average size of children of the same age

³ Doxycycline is contraindicated in children under 12 years

⁴ If co-amoxiclav used as first choice, consult local microbiologist for advice on second choice.

Tratamiento antibiótico de la sinusitis aguda bacteriana en adultos

Situación clínica	Elección	Alternativa
Casos con síntomas graves no complicados, sin comorbilidad (incluida inmunosupresión). Sin exposición frecuente a ATB	Amoxicilina 500-1.000 mg ^a /8 h (vo), durante 7-10 días (GR: A)	Claritromicina 500 mg /12 h (vo), durante 7-10 días o azitromicina 500 mg/24 h (vo) durante 3 días o cefuroxima 250-500/12 h (vo) durante 7-10 días (GR: A)
Si empeoramiento o poca/nula respuesta a las 72 h de iniciar el tratamiento ATB	Amoxicilina/ácido clavulánico 500-875/125 mg ^a /8 h (VO), durante 7-10 días (GR: B)	Cefuroxima 250-500/12 h (vo) durante 7-10 días o levofloxacino 500 mg /24 h durante 10-14 días (adultos) oral (GR: B)
Casos con síntomas graves no complicados en pacientes con comorbilidad o exposición frecuente a ATB, casos recurrentes	Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg/8 h (vo), durante 7-10 días o levofloxacino 500 mg/24 h (vo), durante 10-14 días (GR: B)	Cefditoreno 400 mg/12 h (vo), durante 5-7 días (GR: C)
Sospecha de origen dental	Amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg/8 h (vo), durante 7-10 días (GR: B)	Clindamicina 600 mg/8 h, (vo), durante 7-10 días (GR: B)



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Fisterra

Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children (Review)

Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA

Annals of Internal Medicine®

LATEST ISSUES CHANNELS CME/MOC IN THE CLINIC JOURNAL CLUB WEB EXCLUSIVES AUTHOR INFO

[◀ PREV ARTICLE](#) | [THIS ISSUE](#) | [NEXT ARTICLE ▶](#)

CLINICAL GUIDELINES | 15 MARCH 2016

Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention **FREE**

Aaron M. Harris, MD, MPH; Lauri A. Hicks, DO; Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; for the High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention *

Explorando...



Dolor de garganta: ¿Tiene una amigdalitis bacteriana?

Rubén Villa Estébanez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
EAP Grado. Oviedo

Óscar Veiras del Río

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
EAP Quiroga. Lugo

Actualizaciones de los principales problemas de salud

Los principales problemas de salud sobre Infecciones del tracto respiratorio: el año de las pautas cortas

Carles Llor Vilà

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
CS. Via Roma. Barcelona

ETIOLOGÍA:

Etiología	Observaciones
Virica (60-80%)	Rhinovirus (20%) Coronavirus (5%) Adenovirus (5%) Herpes simplex 1 y 2 (2-4%) Virus parainfluenza. Virus Influenza A y B (2%) Virus Cosackie A (< 1%) Virus Epstein-Barr, Citomegalovirus (< 1%) VIH
Streptococcus grupo C y G	Algunos casos de adultos
Streptococcus Beta-hemolítico del grupo A ó pyogenes (5-10%)	< 3 años: raro 3-5 años: poco frecuente 5-15: alta incidencia (30-55%) 20% de niños de 5-10 años son portadores sanos Adultos: 5-23% de aislamientos
Mycoplasma pneumoniae	adolescentes y adultos jóvenes
Anaerobios	<1%
<i>Fusobacterium necrophorum</i> como	10% amigdalitis epidémicas entre 15-24 años
<i>Chlamydia pneumoniae</i> , <i>C. trachomatis</i>	No recurrencias

TABLA 1

Rendimiento diagnóstico de la anamnesis en amigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A

Síntomas	Sensibilidad	Especificidad	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)
Ausencia de tos	0,74 (0,68-0,79)	0,49 (0,40-0,58)	1,4 (1,2-1,6)	0,53 (0,4-0,6)
Exposición 2 semanas anteriores	0,19 (0,1-0,2)	0,87-0,94	1,9 (1,3-2,8)	0,92 (0,8-0,9)
Ausencia de coriza	0,42-0,84	0,20-0,70	0,86-1,6	0,51-1,4
Cefalea	0,48 (0,42-0,53)	0,50-0,80	0,81-2,6	0,55-1,1
Mialgias	0,49 (0,43-0,56)	0,52-0,69	1,4 (1,1-1,7)	0,93 (0,8-1,0)
Náuseas	0,26 (0,12-0,27)	0,52-0,98	0,76-3,1	0,91 (0,8-0,9)

CP: cociente de probabilidad; IC: intervalo de confianza.

TABLA 2

Rendimiento diagnóstico de los hallazgos en la exploración física en amigdalitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A

Signo	Sensibilidad	Especificidad	CP+ (IC 95%)	CP- (IC 95%)
Fiebre	0,3-0,92	0,23-0,90	0,97-2,6	0,32-1,0
Exudado amigdalар	0,36 (0,2-0,5)	0,71-0,98	3,4 (1,8-6,0)	0,72 (0,6-0,8)
Exudado faríngeo	0,03-0,48	0,76-0,99	2,1 (1,4-3,1)	0,90 (0,75-1,1)
Exudado faríngeo o amigdalар	0,28-0,61	0,62-0,88	1,8 (1,5-2,3)	0,74 (0,66-0,82)
Hipertrofia amigdalар	0,56-0,86	0,56-0,86	1,4-3,1	0,63 (0,56-0,72)
Adenopatías cervicales anteriores	0,32-0,66	0,53-0,84	1,2-1,9	0,60 (0,49-0,71)
Petequias en paladar	0,07 (0,02-0,14)	0,95 (0,92-0,96)	1,4 (0,48-3,1)	0,98 (0,92-1,1)

CP: cociente de probabilidad; IC: intervalo de confianza.



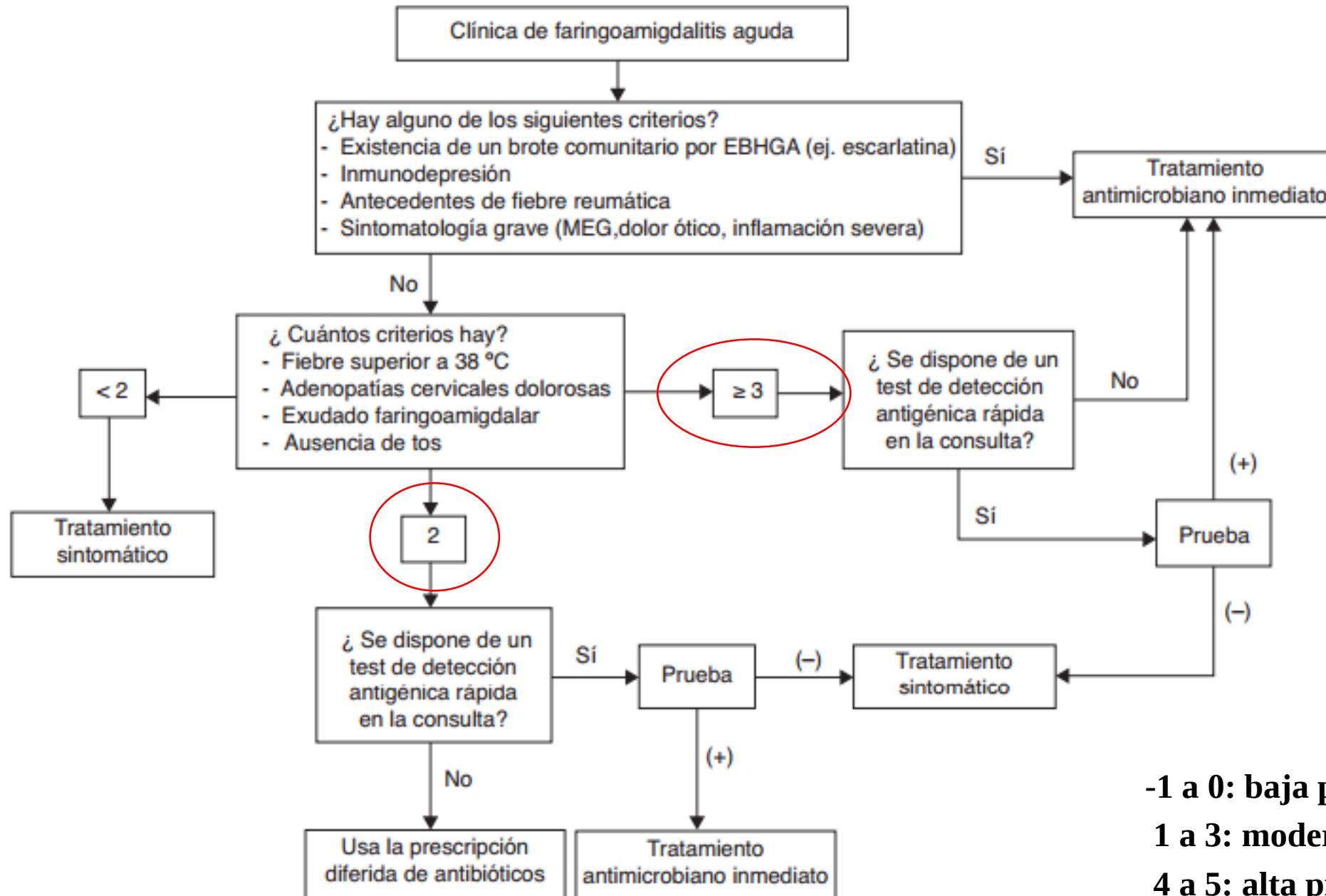
- Hasta un 30% de las faringitis de causa bacteriana cursan sin exsudado amigdalares
- En un 65% de los casos de origen viral hay exudado

TABLA 1

Escalas de predicción clínica de infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A

Criterios de Centor					
Criterios	Puntos				
Temperatura axilar > 38 °C	1				
Hipertrofia o exudado amigdalar	1				
Adenopatías laterocervicales dolorosas	1				
Ausencia de tos	1				
Corrección de la escala de McIsaac por la edad					
Edad	Puntos				
• ≤ 14 años	+ 1				
• 15-44 años	0				
• ≥ 45 años	- 1				
Escala	0 Puntos	1 Punto	2 Puntos	3 puntos	4 Puntos
Centor	2-3%	3-7%	8-16%	19-34%	41-61%
McIsaac	1-2,5% ^a	5-10% ^a	11-17%	28-35% ^a	51-53% ^a

^aProbabilidad de etiología de faringoamigdalitis por *Streptococcus pyogenes*.



-1 a 0: baja probabilidad (2%)
1 a 3: moderada probabilidad
4 a 5: alta probabilidad (52%)

¿antibioticoterapia vía oral?

¿antibioticoterapia vía oral: cual ?

¿duración de la pauta ?

¿corticoides sistémicos?

DECIDIR TRATAMIENTO ABT



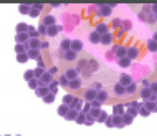
Special Article

<https://doi.org/10.3947/ic.2017.49.4.326>

Infect Chemother 2017;49(4):326-352

ISSN 2093-2340 (Print) · ISSN 2092-6448 (Online)

ic Infection &
Chemotherapy



Guidelines for the Antibiotic Use in Adults with Acute Upper Respiratory Tract Infections

Young Kyung Yoon^{1,2}, Chan-Soon Park^{3,4}, Jae Woc
Tae Hoon Kim^{3,7}, Do-Yang Park^{3,8}, Hyun Jun Kim³,
Hyun-Young Shin^{11,12}, Yong Kyu You^{13,14}, Dong-Ah

¹Korean Society of Infectious Diseases, ²Department of Internal Medicine

ESCMID PUBLICATIONS

10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x

Guideline for the management of acute sore throat

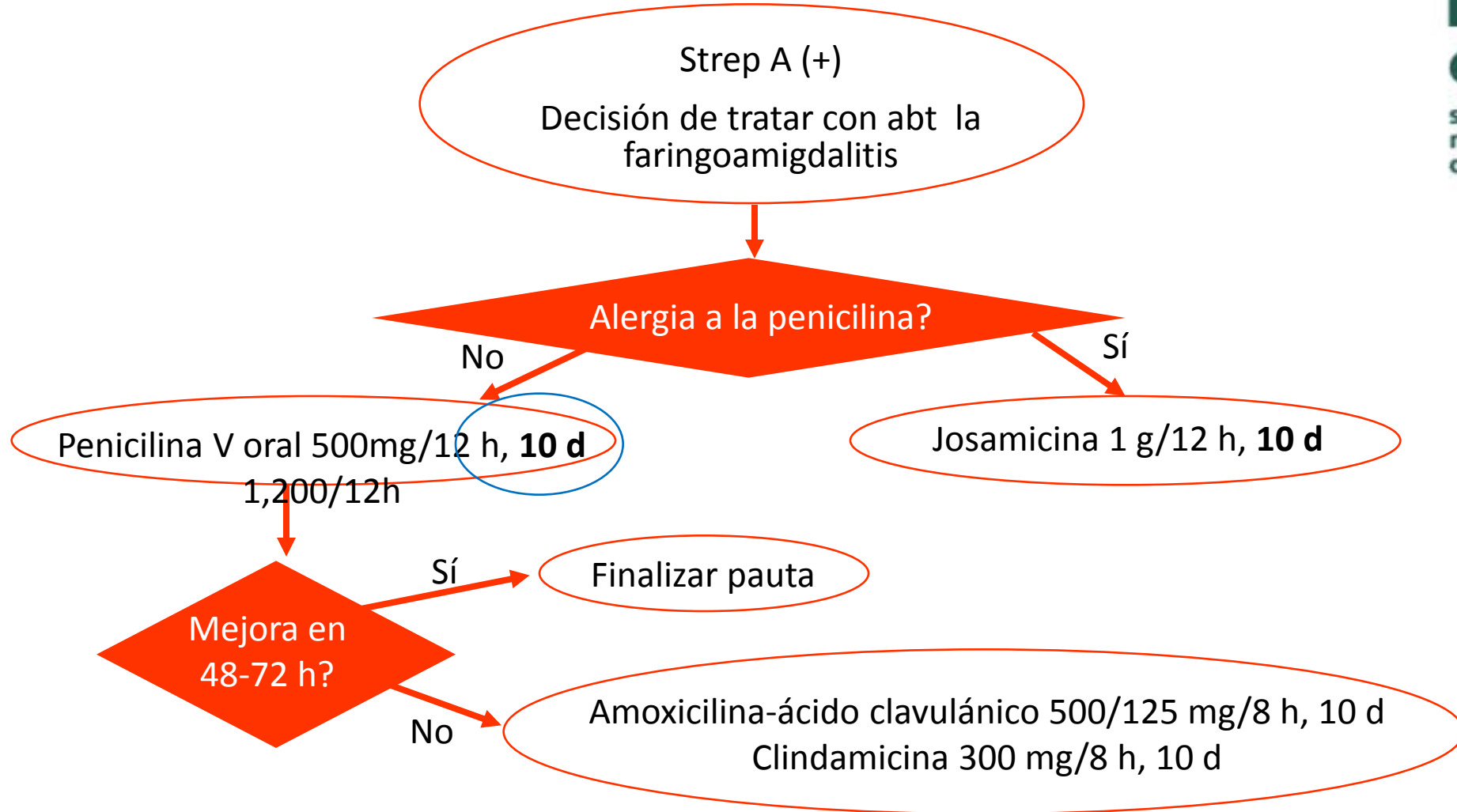
ESCMID Sore Throat Guideline Group

C. Pelucchi¹, L. Grigoryan^{2,3}, C. Galeone^{1,4}, S. Esposito⁵, P. Huovinen^{6,7}, P. Little⁸ and T. Verheij²

1) Department of Epidemiology, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milan, Italy, 2) Julius Centre for Health Sciences and Primary Care, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, the Netherlands, 3) Department of Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA, 4) Department of Occupational Health, Giulio A. Maccacaro Section of Medical Statistics, University of Milan, Milan, Italy, 5) Department of Maternal and Paediatric Sciences, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy, 6) Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Turku, 7) Division of Health Protection, National Institute for Health and Welfare, Turku, Finland and 8) Primary Care and Population Sciences Group, Faculty of Medicine, University of Southampton, Southampton, UK

Beneficios del tratamiento antibiótico a la faringitis causada por estreptococo β -hemolítico del grupo A

Beneficio	Observaciones
↓ Duración síntomas	Reducción media de 16 h de los síntomas de infección Se reduce la duración de síntomas aproximadamente 2 días en adultos con ≥ 3 criterios de Centor
↓ contagio	Un 25% de los miembros de la familia se infectan
↓ complicaciones supurativas	↓ incidencia de abscesos periamigdalinos en un 85% Se reduce también la incidencia de otitis media
↓ complicaciones no supurativas	↓ incidencia de fiebre reumática en dos terceras partes en países de alta incidencia No está claro su rol en la glomerulonefritis
↓ síndrome shock estreptocócico	La faringitis estreptocócica no tratada puede ocasionar muerte por un síndrome de shock estreptocócico (muy infrecuente)



FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN ADULTOS

Etiología: vírica (80-90%), *Streptococcus pyogenes* (5-15%), *Mycoplasmas pneumoniae* (10-15%), *Chlamydophila pneumoniae* (8-10%).

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Faringoamigdalitis aguda sin sospecha de infección por estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHGA)*	No indicado ^{# 24, 26, 31, 33} Actitud expectante Valorar prescripción diferida	A			- Resolver las expectativas del paciente acerca del curso y duración de la enfermedad. - Informar al paciente sobre la importancia de realizar el tratamiento completo para reducir el riesgo de recurrencias³³ - Ingesta adecuada de líquidos.
Faringoamigdalitis aguda con sospecha de infección por EBHGA*	Penicilina V ^Ω oral (estómago vacío), 500 mg cada 12 horas, 10 días ^{26,31,32,33, 38}	A	Amoxicilina ^Ω oral, 500 mg cada 12 horas, 10 días ^{31,33}	A	
			Riesgo de incumplimiento o intolerancia oral a penicilina: Penicilina G-benzatina im, 1,2x10⁶ UI (1,2 MUI), dosis única^{31,38} Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Azitromicina[▽] oral, 500 mg cada 24 horas, 5 días^{31,33,38}	A B	

FARINGOAMIGDALITIS RECURRENTE EN ADULTOS

Etiología: *Streptococcus pyogenes*

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO				MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA	GR	
Faringoamigdalitis estreptocócica recurrente [§]	Penicilina G-benzatina im, 1,2x10 ⁶ UI (1,2 MUI), dosis única ³⁸	C	Amoxicilina/clavulánico [▽] oral, 500 mg/125 mg cada 12 horas, 10 días ³⁸	D	
Profilaxis de episodios recurrentes	No indicado ^{¶ 31,32,38}	D			

Fuente: Guía de Terapéutica Antimicrobiana Aljarafe 3ª edición

¿DURACIÓN ADECUADA??

Mayo Clin Proc. 2008 Aug;83(8):880-9.

Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials.

Falagas ME¹, Vouloumanou EK, Matthaiou DK, Kapaskelis AM, Karageorgopoulos DE.

thebmj

Research ▾

Education ▾

News & Views ▾

Campaigns

Analysis

The antibiotic course has had its day

BMJ 2017 ; 358 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j3418> (Published 26 July 2017)

Cite this as: *BMJ* 2017;358:j3418

Cefalosporinas 5-7 dias vs 10: igual tasa de erradicacion

Penicilina V pautas <10 d < erradicación

Duda si pautas cortas disminuye riesgo complicaciones

MANTENER Penicilina V 10 dias

Penicillin V four times daily for five days versus three times daily for 10 days in patients with pharyngotonsillitis caused by group A streptococci: randomised controlled, open label, non-inferiority study

Gunilla Skoog Ståhlgren,¹ Mia Tyrstrup,^{2,3} Charlotta Edlund,¹ Christian G Giske,^{4,5} Sigvard Mölsted,³ Christer Norman,⁶ Karin Rystedt,^{7,8} Pär-Daniel Sundvall,^{8,9} Katarina Hedin^{3,10}

the bmj | BMJ 2019;367:l5337 | doi: 10.1136/bmj.l5337

433 pacientes. 17 centros de AP
800mg/4h 5días
1000 mg/8h 10días

No se han encontrado diferencias en cuanto a curación ni eventos adversos

Sore throat (acute): antimicrobial prescribing

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Choice of antibiotic: adults aged 18 years and over

Antibiotic ¹	Dosage and course length for adults ²
First choice	
Phenoxymethylpenicillin	500 mg four times a day or 1000 mg twice a day for 5 to 10 days
Alternative first choices for penicillin allergy or intolerance ³	
Clarithromycin	250 mg to 500 mg twice a day for 5 days
Erythromycin	250 mg to 500 mg four times a day or 500 mg to 1000 mg twice a day for 5 days

¹ See [BNF](#) for appropriate use and dosing in specific populations, for example, hepatic impairment, renal impairment, pregnancy and breast-feeding.

² Doses given are by mouth using immediate-release medicines, unless otherwise stated.

³ Erythromycin is preferred in women who are pregnant.

Choice of antibiotic: children and young people under 18 years

Antibiotic ¹	Dosage and course length for children and young people ²
First choice	
Phenoxymethylpenicillin	1 to 11 months: 62.5 mg four times a day or 125 mg twice a day for 5 to 10 days 1 to 5 years: 125 mg four times a day or 250 mg twice a day for 5 to 10 days 6 to 11 years: 250 mg four times a day or 500 mg twice a day for 5 to 10 days 12 to 17 years: 500 mg four times a day or 1000 mg twice a day for 5 to 10 days
Alternative first choices for penicillin allergy or intolerance ³	
Clarithromycin	1 month to 11 years: Under 8 kg: 7.5 mg/kg twice a day for 5 days 8 to 11 kg: 62.5 mg twice a day for 5 days 12 to 19 kg: 125 mg twice a day for 5 days 20 to 29 kg: 187.5 mg twice a day for 5 days 30 to 40 kg: 250 mg twice a day for 5 days or 12 to 17 years: 250 mg to 500 mg twice a day for 5 days
Erythromycin	1 month to 1 year: 125 mg four times a day or 250 mg twice a day for 5 days 2 to 7 years: 250 mg four times a day or 500 mg twice a day for 5 days 8 to 17 years: 250 mg to 500 mg four times a day or 500 mg to 1000 mg twice a day for 5 days

¹ See [BNF for children](#) for appropriate use and dosing in specific populations, for example, hepatic impairment and renal impairment.

² The age bands apply to children of average size and, in practice, the prescriber will use the age bands in conjunction with other factors such as the severity of the condition and the child's size in relation to the average size of children of the same age. Doses given are by mouth using immediate-release medicines, unless otherwise stated.

³ Erythromycin is preferred in young women who are pregnant.

When exercising their judgement, professionals and practitioners are expected to take this guideline fully into account, alongside the individual needs, preferences and values of their patients or the people using their service. It is not mandatory to apply the recommendations, and the guideline does not override the responsibility to make decisions appropriate to the circumstances of the individual, in consultation with them and their families and carers or guardian.

The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-Day Penicillin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta-analysis

Andrew J. Lan, John M. Colford, Jr, MD

Condición	Tratamiento antimicrobiano
Tratamiento de elección	Penicilina V 1,2 millones UI/12 horas, 10 días
Tratamientos alternativos	Amoxicilina 500 mg/12 horas, 10 días
	Cefadroxil 500 mg/12 horas, 10 días
Alérgicos a la penicilina	Clindamicina 300 mg/8 horas, 10 días
	Josamicina 500 mg/12 horas, 10 días
Faringitis estreptocócica de repetición	Amoxicilina y ácido clavulánico 500/125 mg/8 horas, 10 días

Original Investigation

April 18, 2017

Effect of Oral Dexamethasone Without Immediate Antibiotics vs Placebo on Acute Sore Throat in Adults

A Randomized Clinical Trial

CORTICOIDES SISTEMICOS



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

**Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore
throat (Review)**

Hayward G, Thompson MJ, Perera R, Glasziou PP, Del Mar CB, Heneghan CJ

CORTICOIDES SISTEMICOS



- Buena calidad estudios
- La mayoría estudios realizados en población urgencias y síntomas muy severos
- **CO o IM mejora el dolor a las 24-48h NNT 4**
- Una dosis única de dexametasona mejora dolor 48h (10mg)
- No diferencias en relación recurrencias, recaída o eventos adversos.
- No se valoro la seguridad a largo plazo ni riesgo de recurrencia
- No estudios que lo comparen con analgesia

Lancet. 2010 Mar 20;375(9719):983-4. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60439-4.

Adjustment of dosing of antimicrobial agents for bodyweight in adults.

Mehuys E, Kayitare E, Vervae C, Remon JP.

pacientes obesos (IMC > 30 kg/m²)

PESO IDEAL: $\text{Peso ideal ajustado} = \text{Peso ideal} + 0,4 \times (\text{peso total} - \text{peso ideal})$

Dosis estándar

Dosis máximas recomendada

Optimal antimicrobial duration for common bacterial infections

Table **Recommended antibiotic prescribing for common bacterial infections ***

Diagnosis	Indications for antibiotic therapy	First-line antimicrobial (if indicated)	Duration	Tablets (for maximum adult dose)
Acute tonsillopharyngitis	2–25 years, high risk of acute rheumatic fever, or rheumatic heart disease, or scarlet fever	Phenoxymethylpenicillin 12-hourly	10 days [†]	20 x 500 mg
Acute rhinosinusitis	Symptoms >7 days, or high fever >3 days, or biphasic illness	Amoxicillin 8-hourly	5 days [†]	15 x 500 mg
Acute otitis media	<6 months old, or systemic symptoms, or indigenous community	Non-indigenous: amoxicillin 12-hourly	5 days [†]	20 x 500 mg
		Indigenous: amoxicillin 12-hourly	7 days [†]	28 x 500 mg

Stopping antibiotics earlier than the intended standard duration

Since many common infections are spontaneously remitting, the use of antibiotics is often discretionary. Numerous opinions have been published in support of stopping antibiotics earlier.²⁸⁻³⁰





mrodriguez.bnm.ics@gencat.cat