

# INFECCIONS RESPIRATÒRIES VIES ALTES

María del Mar Rodríguez Alvarez.

Especialista MFiC. Professora associat UDG

EAP Canet de Mar

# CONFLICTE D'INTERESES

- Col·laboració amb la CAMFiC amb docència
- Col·laboració amb la UD Multidisciplinar de Girona amb docència
- Col·laboració amb l'empresa farmacèutica en docència i recerca
- Col·laboració amb revistes (AMF i FMC) per publicacions remunerades

# Què veurem:

- ▣ OTITIS
  - ▣ Externa
  - ▣ Mitja
- ▣ SINUSITIS
- ▣ FARINGOAMIGDALITIS

# Què ens hem de plantejar?

- ❑ Localització
- ❑ Etiologia
  - ❑ Infecciosa
    - Vírica o bacteriana
  - ❑ No infecciosa
- ❑ Com ens ajuda la clínica, anamnesi i EF
  - ❑ Definir el tipus
  - ❑ Descartar vírica de bacteriana
  - ❑ Valorar la gravetat
- ❑ Quines altres proves podem fer
- ❑ Quin és el tractament més adequat

# OTITIS



# CAS CLINIC 1

Acudeix a la consulta un home de 25 anys per **otàlgia i supuració a l'oïda esquerra** des de fa dos dies. No altres símptomes.  
No té antecedents d'interès. **Nadador**.

A l'otoscòpia (realitzada amb dificultat per que el pacient no tolera el dolor, el con de llum, ni que se li **traccioni** el pavelló auricular)  
-escassa **secreció** serosa sense olor característica.  
-**eritema** (sense èczema) del CA.  
-timpà íntegra.



# CAS CLINIC 1

El diagnòstic més probable en relació amb aquest cas clínic és:

- a) Otitis mitjana supurada
- a) Otitis externa aguda
- b) Otitis mitjana aguda
- c) Otomicosis
- d) Necessitem més dades

# DEFINICIÓ



## ? Otitis eterna:

- L'otitis externa aguda és una inflamació difusa del conducte auditiu extern (CAE) que **es pot estendre fins al pavelló auricular o a la membrana timpànica.**

## ? OMA

- és un procés infecciós del recobriment mucoperiòstic de l'orella mitjana amb acumulació d'efusió retrotimpànica, i que es pot associar amb otorrea purulenta quan es produeix una perforació timpànica.



# Resumen

1,3-10% població  
95% agudes  
Autolimitats  
Inici ràpid (48h)  
7-12 / 65-74 anys

**Otàlgia**  
**± Perdua audició**  
**± Otorrea**

TIPUS	ANTECEDENTS	CLÍNICA	OTOSCOPIA
OE CIRCUNSCRITA	Manipulació CAE, pròtesis auditives, DM	Otàlgia paroxística, otorrea purulenta si drena, BEG	Furóncol en CAE
OE DIFUSA	Manipulació CAE, bany, humitat excessiva, pròtesis, cerumen	Augmenta amb la otorrea, <b>otorrea</b> aquosa, BEG	CAE edematós, hiperèmic i estenosat
OTOMICOSIS	Calor, humitat, uso continuat gotes tòpiques	Otàlgia lleu, <b>prurit</b> , BEG	Micelis i/o masses en CAE
OE MALIGNA	<b>Immunosupressió, DM mal controlada</b> <b>AP RT local</b> <b>Ancians</b>	Otàlgia molt intensa, otorrea escassa, fètida, MEG, septicèmia	Teixit granulós i ulcerat en el sòl de CAE

# CAS CLINIC 1

Què ens ha fet arribar a aquest diagnòstic?:

- a) Dolor i l'absència d'afectació timpànica
- b) Inflamació del CAE i la secreció serosa
- c) Inflamació del CAE i tracció positiva
- d) Antecedents personals



# Què ens aporta l' EF



## DX ES CLINIC: Clínica +EF

### OEA

- **Dolor: símptoma que millor es relaciona amb la gravetat.** +F (70%)
- Otorrea: no necessària para el dx (aquosa—purulenta (verdosa). Tardia
- Prurit
- Hipoacusia
- Adenopaties pre/retroauriculars
- Pot haver-hi febre si la infecció està més estesa

La membrana pot estar eritematosa

**SIGNE DEL TRAGO:** Davant una otàlgia súbdita unilateral, l'absència de dolor a la pressió del trago o la tracció de l'aurícula descarten l'otitis externa. **Patognomònic**



### OMA

- El 80-90% precedides per una infecció vírica
- Otàlgia brusca + hipoacusia ± febre y/o otorrea
- **Membrana timpànica inflamada i bombada (VPP 99)**, l'opacitat i la falta de mobilitat al otoscopi neumàtic (valor predictiu positiu 99%)
- La **bombament de la MT** és la principal troballa que discrimina entre OMA i OMS
- En cas d'OMA de més d' 1 setmana d'evolució, la observació de l'aurícula i la regió periauricular **sense signes d'inflamació i sense dolor a la palpació permet descartar la complicació de mastoïditis.**
- Duració sol ser inferior a tres setmanes.

	<b>OTITIS EXTERNA</b>	<b>OTITIS MEDIA AGUDA</b>
<b>Edad más frecuente</b>	Mayores de 5 años	Entre 2 y 5 años
<b>Estación más frecuente</b>	Verano	Invierno
<b>Antecedente de natación</b>	Presente	Ausente
<b>Síntomas catarrales previos</b>	Ausentes	Presentes
<b>Dolor a la masticación</b>	Presente	Ausente
<b>Dolor a la tracción del pabellón auricular o a la compresión del trago</b>	Presente	Ausente
<b>Adenopatía cervical</b>	Frecuente	Menos frecuente

## Criterios diagnósticos para la otitis media aguda (OMA) definidos por la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad de Otorrinolaringología

---

### **OMA confirmada**

Otorrea de aparición en las últimas 24-48 horas, u

Otalgia de aparición en las últimas 24-48 horas más abombamiento timpánico con o sin fuerte enrojecimiento

### **OMA probable**

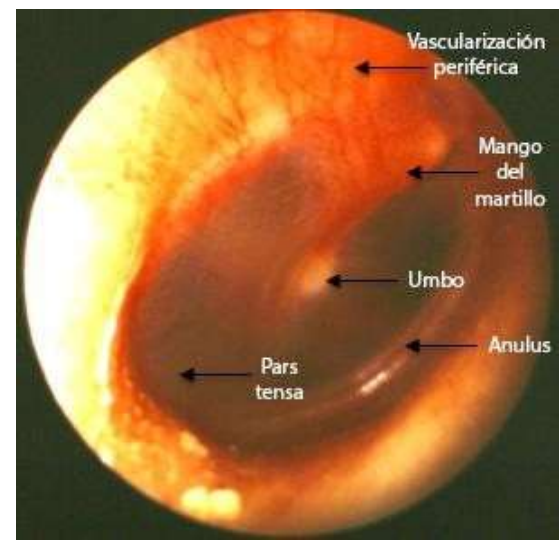
Sin otalgia. Exudado en oído medio con fuerte enrojecimiento más catarro reciente

Sin otoscopia. Otalgia explícita en el niño mayor o llanto injustificado de presentación brusca, especialmente nocturno y después de varias horas de cama, en el lactante más catarro reciente

Posterior



Anterior



Fisterra 2017



AMF 2009

# FACTORS PREDISPONENTS



## OEA

- Anatòmics (estenosis, exostosis CAE, augment pels)
- Malalties pèl (èczema, psoriasi, seborreica, neurodermatitis.)
- Factors ambientals (humitat, augment t<sup>a</sup> ambiental)
- Traumes (manipulació, cos estrany, audiòfons..)
- Malalties sistèmiques (DM, immunosupressió.
- Factors endògens (falta u excés cerumen
- Altres. ( agua conducte. Piscines, irritants, radiació, QT, estres, cirurgia prèvia, otitis mitja purulenta..)

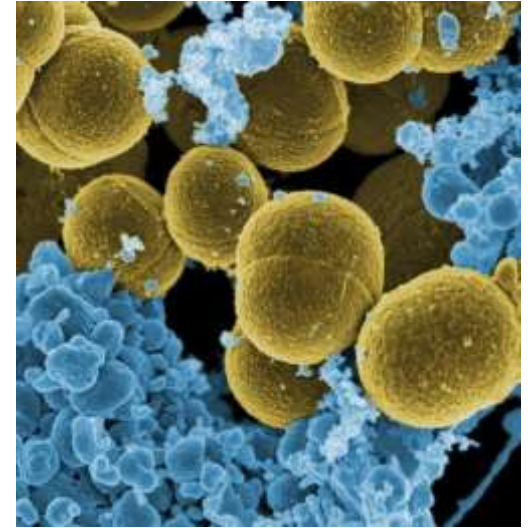
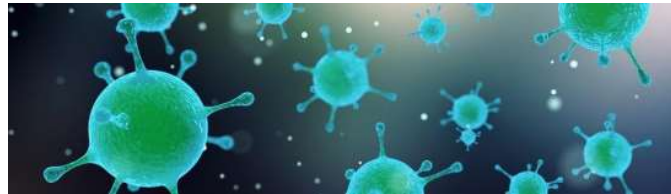
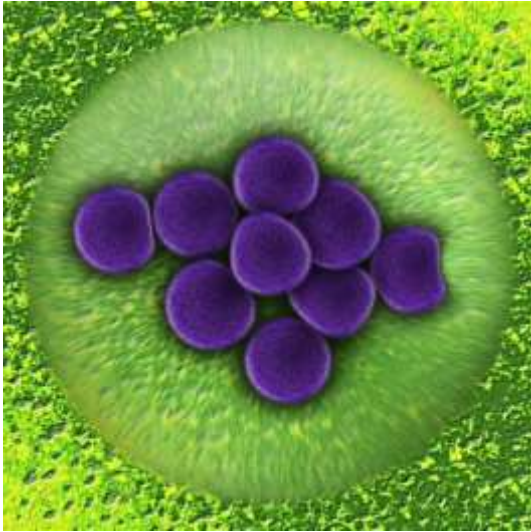
## OMA

- Prevalença:
  - 15- 24 anys: 3.1- 3.5%
  - 25- 85 anys: 1.5-2.3%
- Disfunció trompa Eustaqui (+F)
- Obstrucció trompa Eustaqui
- Immunodepressió

**DE QUÈ DEPEN EL TRACTAMENT?**



# ETIOLOGIA



# ETIOLOGIA



## OEA

- 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%)  
i *Càndida* (10-40%).
- Inflamatòria no infecciosa
  - (dermatitis seborreica, èczema o reaccions al·lèrgica).
- Mixta.

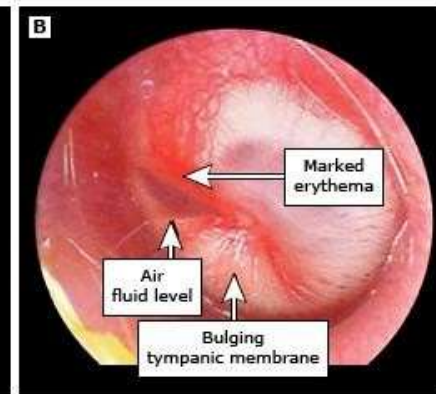
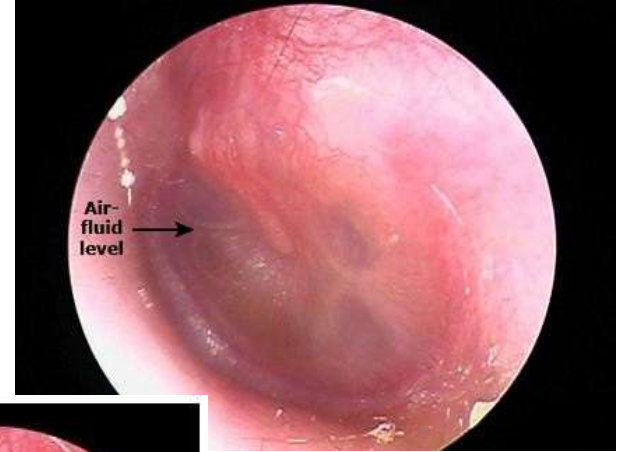
## OMA

- Virus ----- 25-50%
- *S. pneumoniae* ----- 35%
- *H. influenzae* ----- 30%
- *S. Pyogenes* ----- 5%

# GRAVEDAT



# GRAVEDAT



# GRAVEDAT

## OEA

- **LLEU:** petites molèsties. L'edema del canal és mínim.
- **MODERADA:** Greu intermig de dolor i prurit. El canal està parcialment oclòs
- **GREU:** Dolor intens, i el canal està completament oclòs per l'edema. Sol haver-hi eritema periauricular, limfadenopatia i febre

## OMA

- Afectació severa (otàlgia moderada-severa)
- Febre > 39º en les 24 hores prèvies
- Immunosupressió
- Bilateral

# TRACTAMENT



## OEA

- El tto de l'otitis externa és **TÓPIC: IMP aplicació correcta**
- **Qualsevol intervenció tòpica és efectiva.**
- La duració del tractament antibiòtic en funció de la situació clínica i la resposta del pacient.
- **TTO 7-14 DIAS**

## OMA

- **75-90% otitis autolimitades** i de curs benigne.
- Duració **5-7días**
- Tractament analgèsic
- Tractament abt **VO**: 5-7dies

# TRACTAMENT OEA

# TRACTAMENT



- **Neteja del CAE és el primer pas del tractament.**
- **Associar AINES i calor local?, no mullar l'oïda fins a 1 s post resolució**
- Audiòfons i auriculars no usar-se fins que el dolor i la secreció remiti
- **El tto de l'otitis externa és TÒPIC: IMP aplicació correcta**
  - Antibiòtics (quinolonas o no), antisèptics (**alcohol de 70º boricado** a saturació o violeta de genciana al 2%) i solucions acidificants (Àcid acètic 2%) amb o sense corticoides associats.
- **Qualsevol intervenció tòpica és efectiva.**
- La duració del tractament antibiòtic en funció de la situació clínica i la resposta del pacient.
- **TTO 7-14 DIAS**



# TRACTAMENT



- **Quinolonas** taxa curació 8% major
- **Àcid acètic**: efectiu i equivalent a l'antibiòtic/esteroide **la primera setmana**. BMJ eficàcia dubtosa solo?
- **Gotes d'esteroide soles**: no evidència suficient. ABT + corti millora més ràpida???
- En un estudio (prednisona 10 mg/12 h 3-5 dies ). Els **corticoesteroides orals NO** van disminuir el temps per estar completament sense dolor. Van **disminuir la intensitat del dolor (3.7 dies vs 2.4 dies)**

# TRACTAMENT



- Duració símptomes:
  - Millorar en **36-48 hores** després d'iniciar el tractament
  - Resolució en aproximadament **6-7 dies**.
  - **Si als 6 dies no millora:** replantejar tractament
  - En otitis moderada és raonable recomençar una pauta inicial de tractament tòpic de 7 dies, prolongar-se altres 7 si els símptomes no s'han resolt per complet.
- **Seguiment 48-72h ?**
  - UptoDate: lleus només si persisteixen o empitjoren més enllà d'una setmana
  - Moderada 1-2 s

# TRACTAMENT



- **L'àcid acètic i l'alcohol boricat** poden ocasionar picor o coïssor, sent especialment irritants per a la mucosa de l'orella mitjana. **No fer servir amb perforació, pell erosionada o amb ferides obertes a la pell del conducte auditiu extern.**
- **Neomicina:** potencial risc d'ototoxicitat (no recomanat si no es pot confirmar que el timpà està intacte) i dermatitis de contacte (en tractaments perllongats). **No utilitzeu preparats tòpics amb aminoglicòsid (Synalar òtic® )** si el timpà no està intacte (o sospita) a causa del risc d'ototoxicitat.
- **No** hi ha una indicació específica per a **l'ús de gotes anestèsiques tòpiques**, i el seu ús pot emmascarar la progressió de la malaltia subjacent mentre se suprimeix el dolor. No en perforacions, i si es fan servir revalorar la pacient 48h.

## 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 <sup>§ 28</sup>	A			<ul style="list-style-type: none"> <li>Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua<sup>28</sup></li> <li>Informar a los pacientes sobre la correcta administración de las gotas<sup>28</sup></li> <li>Resolver las expectativas del paciente sobre la duración de los síntomas<sup>28</sup></li> </ul>
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 <sup>§ 28</sup>	A	Si edema del conducto auditivo externo (CAE): Ciprofloxacino/fluocinolona tópico <sup>§</sup> 2-4 gotas cada 12 horas, 7 días <sup>28</sup>	A	
					<p>Medidas preventivas en personas con tendencia a OE (precauciones durante baños en piscinas)<sup>28</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>uso de tapones, excepto si existe infección activa;</li> <li>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)<sup>28</sup></li> </ul>
OE circunscrita (OE localizada o forúnculo)	Mupirocina tópica 2%, una aplicación cada 8 horas <sup>34</sup>	A*			<p>Aplicación de calor local (favorece la maduración del forúnculo y su drenaje espontáneo) Considerar incisión y drenaje<sup>28</sup></p>
OE circunscrita (forúnculo) c mayor afectación de tejidos blandos (celulitis)			Camfic: cloxacilina 500mg/6h 10d o AC 500/125/8h 10d		
Otomicosis	No indicado <sup>¶ 28</sup>	C			<p>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)<sup>28</sup></p>
Miringitis bullosa leve	No indicado <sup>¶ 34</sup>	C*			<p>Instaurar tratamiento tópico con alcohol boricado 70° a saturación, 5 gotas cada 12 horas al menos 10 días</p>
Miringitis bullosa con afectación extensa y severa (sospecha de infección por <i>Mycoplasma</i> )	Azitromicina <sup>▼</sup> oral, 500 mg cada 12 horas, 3 días	E			
<p><b>OBSERVACIONES:</b>  <sup>§</sup> Se indica tratamiento tópico con ácido acético al 2%, cada 6-8 horas (GR D)<sup>28</sup> y tratamiento sintomático: analgésicos (paracetamol) o antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno)<sup>28</sup>.</p> <p><sup>¶</sup> 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.</p> <p><sup>#</sup> El uso de antibacterianos está <b>contraindicado</b> ya que puede promover un aumento en el crecimiento de hongos<sup>28</sup>. De persistir el cuadro: cotrimazol tópico al 1%, 8 gotas cada 12 horas, 14 días (GR D)<sup>28</sup>.</p> <p><b>NOTAS DE SEGURIDAD</b>  <b>Amoxicilina-clavulánico:</b> 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.</p>					

	TTO ANTIBIOTICO
OE lleu mínim edema CAE i no afectació MT	Nada <b>acètic 2% o boricado 70º: 3-6 gotes/6-8h 7-10d</b> Polimixina B +neomicina 2 gotes /6h 7-10d <b>Polimixina B +neomicina +fluocinolona 5-10 gotes/ 4-6h 7-10 d</b> <b>Dexametasona+polimixina B + trimetropima 4 gotes/6-8h</b>
OE moderada: edema y/o afectació MT o OE lleu sense milloria 48-72 h Neteja i analgèsia  <b>Valorar continuar 7 dies més segons evolució.</b>	Ciprofloxacino ótico 0.3% 2-4 gotes/ 8-12h 7-10 dies Ciprofloxacino ótico 0,2% 6-8 gotes/ 8-12h 7-10 dies <b>Ciprofloxacino ótico monodosis /12h 7-10 dies</b> <b>Ciprofloxacino/fluocinolona tòpic 2-4 gotes/12h 7 -10 dies</b> Hidrocortisona/Ciprofloxacino 6-8 got/12h tóp, 7 dies Fluocinolona + Polimixina B + Neomicina 3-4 got/6-8h, 7 dies. (alternativa)
OE + Cel·lulitis (greu)	TOPICO + Ciprofloxacino 500-750mg/12h VO 7-10 dies
furóncol	<b>Mupirocina tòpica 2%/8h</b> Àcido fusídico 2% 1 aplic/8-12h tóp, 7-10 dies Cloxacilina 500 mg/6h vo, 5-7 dies Clindamicina 150-300 mg/6-8h vo, 5-7 dies
furóncol +cel·lulitis	<b>Clindamicina 300mg/8h VO 10 dies</b> Amoxicil·lina/clavulànic oral 875 mg/125 mg cada 8 hores, 7 dies Amoxicil·lina/clavulànic oral 500 mg/125 mg cada 8 hores <b>10 dies</b>
Miringitis	Lleu nada. Alcohol boricado 70º a saturació, 5 gotes cada 12 hores al menys <b>10 dies</b> Azitromicina 500mg/24 h 3 -5días SI SOSPECHA
Micòtica Neteja, analgèsia i antihistamínic	Lleu Nada. <b>alcohol boricado 70º a saturació, 5 gotes cada 12 hores al menys 10 dies</b> Àcid acètic medicinal 2% gotes òtiques (FM no financiada) 3-6 got/6-8h tóp, 10-14 dies Clotrimazol 1% gotes òtiques 3-6 got/12h tóp, <b>10-14 dies</b>

### **Quinolonas con corticoide:**

Hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas.

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

Fluocinolona acetonido, ciprofloxacino hidrocloreuro: 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/antisepticos:**

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

- **ABT ORAL:**

- No mejoría 48-72h
- Extensión mas allá del CAE. Celulitis asociada
- Pacientes con DM no controlada
- Inmunosupresión
- No posibilidad tto tópico

} CAMFiC

- Preventivo : no estudios

- eliminación del cerumen que obstruye;
- el uso de gotas acidificantes para los oídos poco antes de nadar, después de nadar, a la hora de acostarse, o las tres cosas;
- el secado del conducto auditivo con un secador de pelo;
- el uso de tapones para los oídos mientras se nada;
- y la evitación de traumatismos en el conducto auditivo externo

"no introducir nada más pequeño que el codo en el oído"

OTITIS EXTERNA AGUDA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA AMB FRACÀS DEL TRACTAMENT INICIAL  
 OTITIS EXTERNA AGUDA CIRCUMSCRITA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA DIFUSA QUE NO MILLORA AMB TRACTAMENT TÒPIC O QUE S'ACOMPANYA FEBRE, CEL·LUL·LITIS AURICULAR I ADENOPATIES CERVICALS

Medicaments (*només apareixen els de preu menor)					Avis
Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> NEO-HUBBER 9ML SUSPENSION GOTAS	HIDROCORTISONA + N	4 gotes/hores	7 dies	CedimCat	Veure

OTITIS EXTERNA AGUDA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA AMB FRACÀS DEL TRACTAMENT INICIAL  
 OTITIS EXTERNA AGUDA CIRCUMSCRITA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA DIFUSA QUE NO MILLORA AMB TRACTAMENT TÒPIC O QUE S'ACOMPANYA FEBRE, CEL·LUL·LITIS AURICULAR I ADENOPATIES CERVICALS

Medicaments (*només apareixen els de preu menor)					Avis
Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> ANALOSEL 500MG 40 CAPSULES	CLOXACIL·LINA SODIC	1 unitat/hores	10 dies	CedimCat	Veure

OTITIS EXTERNA AGUDA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA AMB FRACÀS DEL TRACTAMENT INICIAL  
 OTITIS EXTERNA AGUDA CIRCUMSCRITA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA DIFUSA QUE NO MILLORA AMB TRACTAMENT TÒPIC O QUE S'ACOMPANYA FEBRE, CEL·LUL·LITIS AURICULAR I ADENOPATIES CERVICALS

Medicaments (*només apareixen els de preu menor)					Avis
Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> CIPROFLOXACINO NORMON 500MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	CIPROFLOXACINA, CLC	1 uni/12 hores	10 dies	CedimCat	Veure

**Problema salut** OTITIS EXTERNA AGUDA

- NECESSITAT DE GASTROPROTECCIÓ
- AL·LÈRGIA A LA PENICIL·LINA**
- INSUFICIÈNCIA RENAL MODERADA
- INSUFICIÈNCIA RENAL GREU
- INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA

**Documentació del PS**      **Informació adicional**

**Escenari**  
 OTITIS EXTERNA AGUDA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA AMB FRACÀS DEL TRACTAMENT INICIAL  
 OTITIS EXTERNA AGUDA CIRCUMSCRITA  
 OTITIS EXTERNA AGUDA DIFUSA QUE NO MILLORA AMB TRACTAMENT TÒPIC O QUE S'ACOMPANYA FEBRE, CEL·LUL·LITIS AURICULAR I ADENOPATIES CERVICALS

Medicaments (*només apareixen els de preu menor)					Avis
Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> CLARITROMICINA DERMOTEN 250MG14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS EFG	CLARITROMICINA	1 uni/12 hores	10 dies	CedimCat	Veure



Productos tópicos disponibles para la otitis externa
<b>Quinolona con Corticoide tópico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CIPROXINA gotas óticas en suspensión 2 g/ml + 10 mg/ml: Hidrocortisona + ciprofloxacino otológico: 3 gotas cada 12 horas.</li> <li>- CETRAXAL plus gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas.</li> <li>- SYNALOTIC Gotas óticas en solución 3 mg/ml + 0,25 mg/ml: Fluocinolona + ciprofloxacino: 6- 8 gotas cada 12 horas.</li> <li>- ULTRAMICINA PLUS Gotas óticas en solución 0,25/3 mg: Fluocinolona + ciprofloxacino: 4- 6 gotas cada 8 horas. No usar en menores de 7 años.</li> <li>- ACEOTO PLUS 3 mg/ml + 0,25 mg/ml gotas óticas en solución: fluocinolona acetonido, ciprofloxacino hidrocloreuro: 6- 8 gotas cada 12 horas.</li> </ul>
<b>Quinolona tópica sin corticoide</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico.: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.</li> <li>- CIFLOT Gotas óticas en solución 1,2 mg/0,4 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.</li> <li>- BAYCIP Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.</li> <li>- CETRAXAL ÓTICO Gotas óticas 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.</li> <li>- CIPROFLOXACINO QUALIGEN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.</li> <li>- CIPROXINA SIMPLE Gotas óticas en solución 3 mg/ml: Ciprofloxacino ótico: 3 gotas cada 12 horas.</li> <li>- OTOCIPRIN Sol. ótica monodosis 1 mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.</li> <li>- SEPTOCIPRO OTICO Sol. ótica monodosis 1mg/0,5 ml: Ciprofloxacino ótico: 1 monodosis cada 12 horas. No en menores de 2 años.</li> <li>- ACEOTO 3 MG/ML gotas óticas en solución: Ciprofloxacino ótico: 4-6 gotas cada 8 horas.</li> </ul>

<b>Antibiótico no quinolona con corticoide</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- OTIX Gotas óticas en solución 1 mg/10000 UI/1mg: Dexametasona + polimixina B + trimetoprima: 4 gotas cada 6-8 horas. No en menores de 2 años</li> </ul>
<b>Antibiótico antiestafilococcico sin corticoide</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- FUCIDINE Crema 20 mg/g: Fusídico ácido, tópico: 1 aplicación cada 12-24 horas.</li> <li>- FUCIDINE Pom. 20 mg/g: Fusídico ácido, tópico: 1 aplicación cada 12-24 horas.</li> <li>- ACIDO FUSIDICO ISDIN 20 mg/g CREMA: Fusídico ácido, tópico: 1 aplicación cada 12-24 horas.</li> <li>- MUPIROCINA DERMOGEN Pom. 20 mg/g: Mupirocina tópica: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- MUPIROCINA ISDIN 20 mg/g POMADA: Mupirocina tópica: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- OZANEX 10 MG/G CREMA Ozenoxacino tópico: 1 aplicación casa 12 horas.</li> </ul>
<b>Corticoide tópico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- EMOVATE Crema 0,05%: Clobetasona tópica: 1 aplicación hasta 4 veces al día.</li> <li>- GELIDINA Gel 0,025%: Fluocinolona acetónido tópico: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- SYNALAR CREMA Crema 0,025%: Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- SYNALAR ESPUMA Aerosol 0,025%: Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- SYNALAR FORTE Crema 0,2%: Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- SYNALAR GAMMA Crema 0,01% Fluocinolona acetónido: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> </ul>
<b>Antisépticos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcohol boricado a saturación, solución fórmula magistral: 2 gotas, 3 veces al día.</li> <li>- Vigencial 0,5% solución, Violeta de Genciana: 1 aplicación, 2-3 veces al día.</li> <li>- Acetato de aluminio, solución de fórmula magistral: 2- 3 gotas en el oído, tres o cuatro veces al día.</li> </ul>
<b>Soluciones acidificantes:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gotas óticas ácido acético 2%, fórmula magistral: 3-6 gotas en el oído afectado cada 2-3 horas</li> </ul>
<b>Antifúngicos tópicos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CANESTEN Crema 10 mg/g: Clotrimazol 1%. 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- CANESTEN Polvo 10 mg/g: Clotrimazol 1%. 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- CANESTEN 10 mg/ml solución para pulverización cutánea: 1 aplicación cada 8-12 horas.</li> <li>- CLOTRIMAZOL CANESMED Crema 10 mg/g: Clotrimazol 1%.</li> </ul>

# TRACTAMENT OMA

# TRACTAMENT

**antibioticoteràpia via oral?**

**Antibioticoteràpia via oral: quin ?**

**Paper de les gotes òtiques ?**

**Corticoides sistèmics?**

**Antihistamínics o descongestionats?**

# PTOS CLAU

- 75-90% otitis autolimitades i de curs benigne.
- Duració 4-7 dies
- Les seqüeles auditives poden tardar dues o tres setmanes en normalitzar-se.
- **Risc molt baix de complicacions.**
  - Recurrència de la infecció
  - Pèrdua audició (temporal)
  - Perforació timpà
  - Infecció: Mастоïditis / SNC
- Necessitat d'antibiòtic?
  - **Curació sense abt 81%, amb abt 93%**
  - ABT pot reduir duració simpt, nº de perforacions i otitis contra lateral.
  - Més efectes 2
  - No diferències tasses, curació, dolor agut, recaigudes, pèrdua auditiva

## Major risc de complicacions locals i sistèmiques al retardar el tractament antibiòtic de l'OMA en nens respecte a iniciar-lo precoçment?



- **Les complicacions greus són infreqüents**
- La mastoïditis (<0,5%) sol aparèixer en el context d'una otitis mitjana aguda, persistent o recidivant.
- Pot desenvolupar-se davant tractaments incorrectes, en pacients no tractats, e inclús en malalts amb un tractament correcte i bon compliment.
- Sospitar: inflor sobre el mastoides, paràlisi facial, vertigen, pèrdua d'audició neurosensorial...



When no antibiotic given, advise:

- antibiotic is not needed



Self-care

- Afectació severa o alt risc de complicacions (otàlgia moderada-severa o febre  $> 39^{\circ}$  en les 24 hores prèvies): ABT
- Menors de 2 anys amb infecció ambdós oïdes o **Otorrea 2 perforació: es pot valorar no abt/pda/abt**
- La Resta tto simptomàtic

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

- complications like mastoiditis

March 2018

## OTITIS MEDIA AGUDA EN ADULTOS

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

CIRCUNSTANCIA MODIFICADORA	TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO			GR	MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
	ELECCIÓN	GR	ALTERNATIVA		
Otitis media aguda (OMA) sin signos de gravedad	No indicado <sup>39,24</sup> Actitud expectante	A			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la entrada de agua</li> <li>• Evitar humo tabaco y otros contaminantes</li> </ul>
OMA sin mejoría en 48-72 horas	Valorar prescripción diferida <sup>39,24</sup> <b>Amoxicilina</b> oral, <b>750-1000 mg</b> & cada <b>12 horas</b> 7 días <sup>39</sup>	B C	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada): <b>Azitromicina</b> ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días <sup>39</sup>	A	
OMA sin mejoría tras 48-72 horas de tratamiento con amoxicilina.	<b>Amoxicilina/clavulánico</b> oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 10 días <sup>39</sup>	A	<b>Alérgicos a betalactámicos</b> (toda sospecha debe ser estudiada): <b>Azitromicina</b> ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días <sup>39</sup>	A	
OMA grave (fiebre >39°C, otalgia intensa)					

CAMFIC: Amoxicilina 500mg/8h 7 días Alternativa: azitro igual Claritromicina 500mg/12h 7 días AC 500-875/125mg/8h 7 d

### OBSERVACIONES:

\* Se indica tratamiento sintomático (**analgésicos o antiinflamatorios** (GR A)<sup>39</sup>). 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<sup>39</sup>, pero la presentación de 875 mg no existe en nuestro país.

§ Si el paciente evoluciona favorablemente, **valorar pauta de 5 días de tratamiento**<sup>39</sup>

### 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.

**Azitromicina (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).

Amoxicilina 750-1000mg/12h 5-7 días

Amoxicilina 500mg/8h 5-7 días



Alternativa alérgicos:

Azitromicina 500 mg / 24 h 3 días

Clarithromicina 500mg/12h 5-7 días

AC 500-875/125mg /8h 5-7 -10d

Cefuroxima axetilo 500mg/12h 5-10-14 días



Levofloxacino 250-500mg/24h vo,  
7 días



# OMA corticoides o antihistamínic-descongestionats?



Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children (Review)

Cohen C, Rosen M

Systemic corticosteroids for acute otitis media in children (Review)

Banabassuru RW, Phipps K, Saffari EO, Thoring S, Geller EM, Saitoasano S, Del Mar CB

## -NO evidència uso corticoides sistèmics vs placebo

-No diferències en la milloria dels símptomes ni en l'inflamació del timpà, recurrències.

-No es van valorar les complicacions

## -No evidència de l'ús de descongestionats i antihistamínics

-Els DC- AH no són eficaces en el tractament de l'OMA. Només la combinació DC + AH ha demostrat alguna eficàcia però el benefici clínic és molt petit.

-Augment significatiu de la incidència d'EA.

-No diferències en les complicacions

# Gotes òtiques si hi ha perforació timpànica?



- ❑ Donades les característiques de baixa acidesa i que no són ototòxiques, les **quinolones en gotes tòpiques podrien estar indicades**.
- ❑ Cochrane: Les **gotes de l'antibiòtic quinolona sense esteroides** són millors que el tractament no- farmacològic o que els antisèptics per secar l'oida.
- ❑ **OMA amb PMT coneguda?**: abt tòpic
- ❑ **Nens amb timpanostomia**: abt tòpic amb o sense corticoides més efectiu que oral

Limb ChJ et al. Acute otitis media in adults. This topic last updated: Apr 19, 2017. In: Uptodate, Charles J Lockwood (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.

Armengol CE. Otitis media. BestPractice de BMJ. Last updated: Jun 06, 2016.

Venekamp R et al. Intervenciones para los niños con secreción ótica que se presenta al menos dos semanas después de la inserción de un drenaje timpánico (tubo de ventilación). Cochrane Database of Systematic Reviews

Macfadyen CA, Acuin JM, Gamble CL. Topical antibiotics without steroids for chronically discharging ears with underlying eardrum perforations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005

Spektor Z et al. Efficacy and Safety of Ciprofloxacin Plus Fluocinolone in Otitis Media With Tympanostomy Tubes in Pediatric Patients: A Randomized Clinical Trial. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Apr 1;143(4):341-349

Banco de Preguntas Preevid. ¿Está indicado el tratamiento con gotas óticas de ciprofloxacino y de fluocinolona en pacientes diagnosticados de una otitis media aguda con perforación timpánica? Murciasalud, 2017

Macfadyen CA, Acuin JM, Gamble CL. Systemic antibiotics versus topical treatments for chronically discharging ears with underlying eardrum perforations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006

OTITIS MITJANA AGUDA

OTITIS MITJANA AGUDA EN PACIENTS AMB AFECTACIÓ DE L'ESTAT GENERAL, O QUE NO HAN MILLORAT DESPRÈS DE 48 HORES D'EVOLUCIÓ AMB TRACTAMENT ANALGÈSIC.

**Medicaments (\*només apareixen els de preu menor)**

Sej	Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/>	AMOXICILINA ALMUS 500MG 20 COMPRIMIDOS DISPERSABLES EFG	AMOXICIL·LINA, TRIHIDI	1 uni/8 hores	5 dies	CedimCat	Veure

**AL·LÈRGIA A LA PENICIL·LINA**

INSUFICIÈNCIA RENAL MODERADA

INSUFICIÈNCIA RENAL GREU

INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA

Documentació del PS

Informació adicional

**Escenari**

OTITIS MITJANA AGUDA

OTITIS MITJANA AGUDA EN PACIENTS AMB AFECTACIÓ DE L'ESTAT GENERAL, O QUE NO HAN MILLORAT DESPRÈS DE 48 HORES D'EVOLUCIÓ AMB TRACTAMENT ANALGÈSIC.

**Medicaments (\*només apareixen els de preu menor)**

Sej	Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/>	CLARITROMICINA RATIO 500MG 14COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	CLARITROMICINA	1 uni/12 hores	5 dies	CedimCat	Veure



# Què ens aporta les PC?

- ❑ En la majoria dels casos **no són necessaris estudis addicionals**.
- ❑ Es recomana la realització de **cultius** de l'exsudat del CAE:
  - ❑ Persistència dels símptomes **més de dues setmanes** després de l'inici del tto empíric.
  - ❑ Si no es pot aplicar el tractament tòpic amb facilitat.
  - ❑ OE recurrent o crònica.
  - ❑ Davant la sospita d'una OEM, també requereix derivació per la realització de proves d'imatge amb TAC o RNM.

# CRITERIS DE DERIVACIÓ



## OEA

- No milloria després de 48 hores de tractament o no resolució **després 1-2 setmanes de tractament** antibacterià i/o antimicòtic correctament aplicat.
- **Otomicosis persistents** es deuen derivar per assegurar la neteja òptima del CAE.
- Pacient **al·lèrgic a quinolonas amb timpà perforat** o al·lèrgic a quinolonas que necessiti tractament sistèmic.
- Edema del conducte que limita l'aplicació de gotes.
- Cel·lulitis subcutània important.
- Derivació **URGENT: sospita d'OEM** necrotitzant (infecció invasiva del CAE i la base del crani, més freqüent en ancians diabètics i immunodeprimits) i

## OMA

- **OMA recurrent >3 episodis /6 meses o 4 en un any**
- **Pèrdua d'audició persistent (1-2 setmanes després de la resolució de l'OM i el derrame)**
- **Perforació crònica de la MT (>6s)**
- Absència resposta després dos cicles d'abt
- Intolerància tractament oral
- MEG, sepsis
- Mastoïditis
- Sospita afectació intracranial (meningitis, laberintitis, trombosis seno lateral)

# SENYALS D'ALERTA

- ❑ Dolor intens i cefalea.
- ❑ Pacients amb diabetis.
- ❑ Teixit de granulació en la unió os- cartílag del canal auditiu.
- ❑ Paràlisis del nervi facial.
- ❑ Alteració de nervis cranials.

# EAR Score (Evidence-based Acute otitis externa Referral Score)



## EAR Score

### Evidence-based Acute otitis externa Referral Score

This scoring system seeks to highlight patients diagnosed with acute otitis externa (AOE) who are more likely to need specialist referral. It is not designed to take the place of a practitioner's clinical discretion or experience. Severely immune compromised patients eg those with neutropenia should be treated as per relevant guidelines.

#### 1. Significant risk factors

One of	Age over 65 years	Score 1
	Recurrent AOE	
	Current chemo- or radiotherapy (not neutropenia – see above)	
	Diabetes mellitus (well controlled)	

Either Or	Immune compromise (eg HIV or transplant)	Score 2
	Diabetes mellitus (poorly controlled)	

#### 2. Length of treatment

Either Or	Unplanned re-presentation with AOE symptoms in the first ten days of treatment	Score 3
	AOE not resolving for more than 14 days despite treatment	

#### 3. Red flags

*Please exclude the possibility of a primary neurological cause first*

One of	Cranial nerve palsy	Score 5
	Disproportionate (ipsilateral) head pain	
	Erythema and swelling of the pinna or face	
	Completely stenosed ear canal (unable to insert speculum into ear canal at all)	

#### Key

Risk stratification	Total score	Recommendation
Lower risk  ↓  Higher risk	0	Unlikely to require specialist referral now. Patient can be discharged from initial consultation with prescription and safety-netting.
	1 – 2	Active monitoring appropriate. Patient progress should be reviewed in primary care during and after treatment.
	3 – 4	Consider a specialist referral for an emergency appointment within 12-48 hours.
	5+ Aty red flag	Please make an urgent specialist referral.

El EAR Score  
Sensibilidad del 100%  
Especificidad de 90%.  
Un VPN 100%

# DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL



- ❑ **Otitis media crònica supurada:** Perforación timpánica con o sin colesteatoma. Otorrea crònica y cambios eczematosos del conducto auditivo externo. Pocas veces con otalgia.
- ❑ **Dermatitis seborreica:** Seborrea en localizaciones típicas. Conducto escaso cerumen y es un conducto seco, eritematoso, escamoso y brillante.
- ❑ **Psoriasis:** AP Psoriasis. Pueden tener prurito en el conducto auditivo externo, en ocasiones con hiperqueratosis y liquenificación.
- ❑ **Dermatitis de contacto:** generalmente después de la exposición a agentes tópicos como antibióticos o anestésicos ( neomicina, benzocaína y propilenglicol). Mucho prurito. Se produce un rash eritematopapular en el pabellón auricular y edema del conducto auditivo externo.
- ❑ **Herpes Zoster ótico (Ramsay Hunt):** en un principio el dolor es intenso, urente o punzante y el examen físico normal. A las 24 a 48 horas aparecen vesículas en el conducto auditivo, pared posterior de la aurícula y membrana timpánica. Puede haber paresia o parálisis facial ipsilateral.
- ❑ **Carcinoma del conducto:** puede ser indistinguible de la otitis externa, generalmente indoloro. Se debe considerar en caso de crecimiento anormal de tejido en el canal auditivo o en paciente con otorrea u otorragia crónica que no responde al tratamiento médico
- ❑ **OMA supurada**



# DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL



## Otitis externa



### Otitis media serosa o exudativa:



Líquido en el oído medio sin signos agudos de infección bacteriana o enfermedad.



Resultado de infección viral reciente, barotraumatismo o alergia y puede preceder o seguir a un episodio de OMA.



La disfunción de la trompa de Eustaquio de Eustaquio es a menudo un factor predisponente.



OJO :En raras ocasiones, la OME está causada por la obstrucción del orificio de la trompa de Eustaquio en la nasofaringe por una masa, como un carcinoma nasofaríngeo u otro tipo de cáncer, o como resultado de un tratamiento de radiación para de una neoplasia nasofaríngea. Por lo tanto, **cualquier caso de otitis media unilateral recurrente con derrame--- estudio**



Otoscopia: líquido visible (amarillento o claro) detrás de una membrana timpánica intacta



### Otitis media crónica:



Perforación subaguda o crónica de la membrana timpánica con drenaje purulento



### Miringitis bullosa:



Enfermedad infecciosa etiología desconocida



Ampollas (bullas) o vesículas en la membrana timpánica.



Se limita a la membrana timpánica y no afecta al contenido del oído.



Puede ser especialmente dolorosa.



## Herpes Zoster



## Infecciones de cabeza y cuello

# SINUSITIS

# CAS CLINIC 2



- Maria té 32 anys, no té al·lèrgies conegudes ni antecedents d'interès. Des de fa 10 dies presenta un quadre catarral amb congestió nasal, rinorrea clara i tos. Avui ha començat amb febre de 38,1, cefalea, moc més espès i purulent i dolor facial a l'ajupir-se. Ja li ha past altres vegades i sap que te sinusitis.
- EF:
  - Tª 38º. Dolor palpació senos maxil·lars.
  - Rinoscòpia anterior: Mucosa eritematosa

# En que ens basem per fer el diagnòstic?



- a) Sospiten que té una RSA per la clínica, sobretot la cefalea i la febre
- b) El diagnòstic és clínic, sobretot per la rinorrea purulenta i dolor maxil·lar.
- c) Es pot considerar bacteriana només per la duració del quadre
- d) No el podem fer encara perquè pel diagnòstic es necessita confirmació mitjançant una radiografia

## Síntomes

Congestió nasal  
Obstrucció nasal  
Rinorrea purulenta  
Dolor maxil·lar,  
Dolor facial  
Dolor palpació senos  
Febre  
Fatiga  
Tos  
Hiposmia o anosmia  
Otàlgia  
Tinnitus  
Cefalea  
Halitosis

**DX ÉS CLINIC**

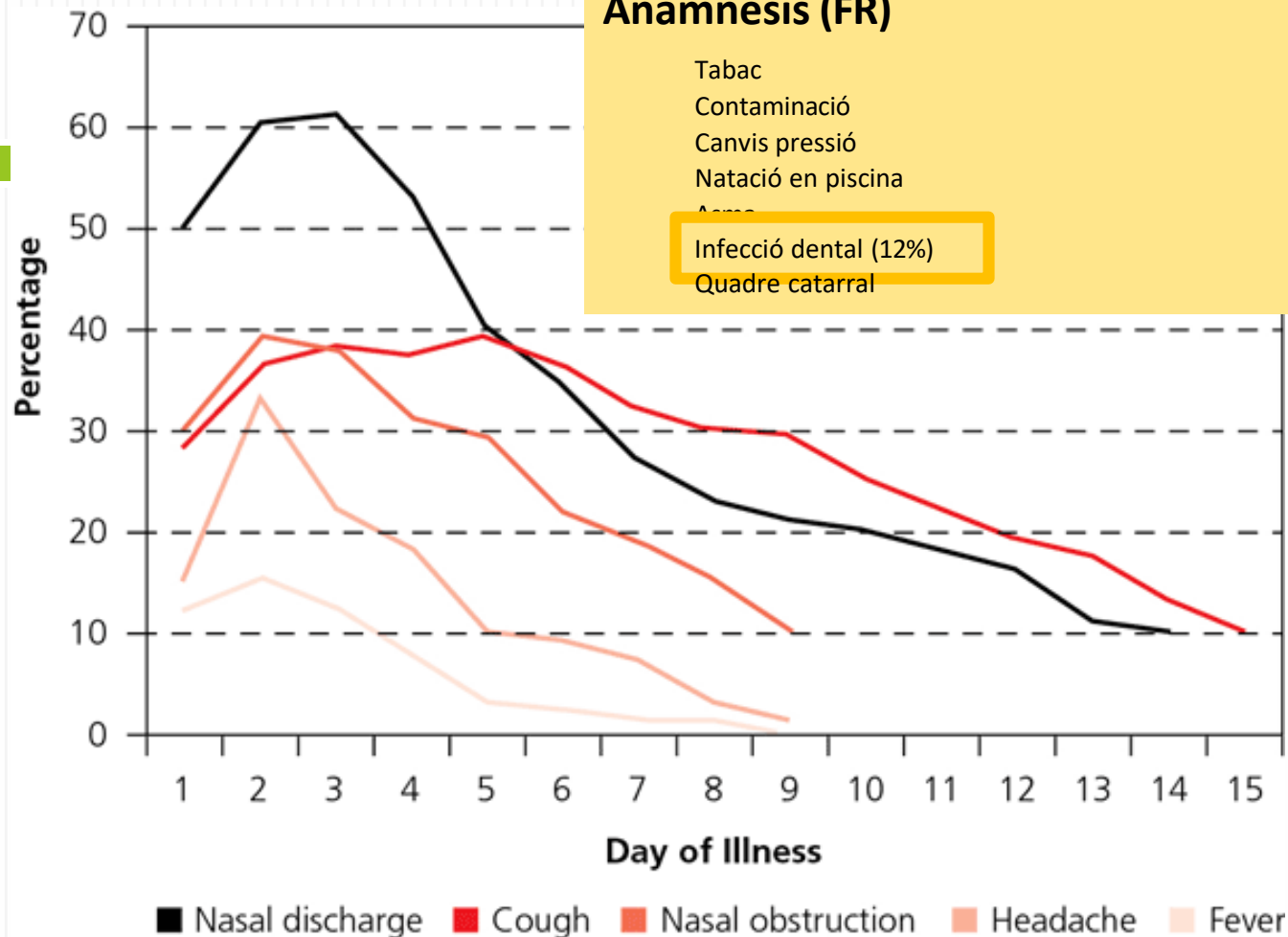


TABLA 1

## Cuadros clínicos y definiciones en la rinosinusitis (modificada de la r)

Términos	Criterios
Catarro común o rinosinusitis viral aguda	Duración de los síntomas inferior a 10 días
Rinosinusitis aguda posviral	Aumento de los síntomas a partir del quinto día o persistencia de los síntomas después de 10 días
RSAB	Incluiría a la anterior más la presencia de, al menos, tres de los signos/síntomas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinorrea purulenta de predominio unilateral y secreciones purulentas en cavum</li> <li>• Dolor facial de predominio unilateral</li> <li>• Fiebre (&gt; 38 °C)</li> <li>• VSG o PCR elevada</li> <li>• Empeoramiento de los síntomas tras mejoría inicial</li> </ul>

7-10 DIES

Pic severitat 3-6 dies

Febre inicial 24-48 h– resultat

Pot tenir rinorrea purulenta

> 10 DIES

Doble empitjorament (5-6 dies)

febre alta [>39 °C], secreció nasal

purulenta, dolor facial) durant almenys

tres o quatre dies consecutius al

començament de la malaltia dona suport

al diagnòstic

ana; VSG: velocidad de sedimentación globular.

**NO CRITERIS CLÍNIC QUE DIFERENCIEN VÍRICA DE BACTERIANA**

- ❑ Aguda <4s
- ❑ Subaguda 4-12s
- ❑ Crònica >12s
- ❑ Recurrente  $\geq 4$  episodios/años
- ❑ VÍRICA
- ❑ BACTERIANA NO COMPLICADA
- ❑ BACTERIANA COMPLICADA (evidencia de extensió)

TABLA 2

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

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

**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 Williams<sup>5</sup>.



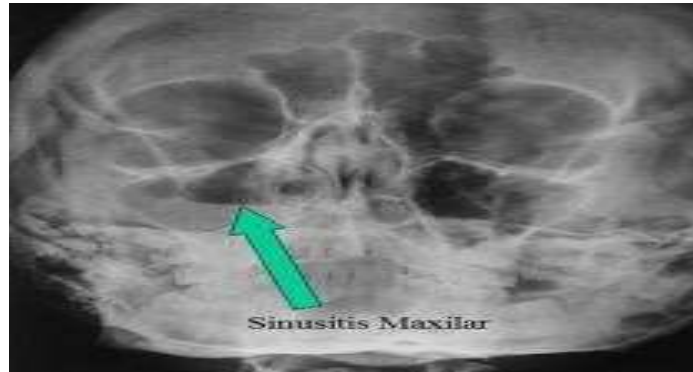
Rinorrea purulenta  
Transil-luminació positiva  
Pobre resposta als descongestionats  
Dolor maxil·lar.



# DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

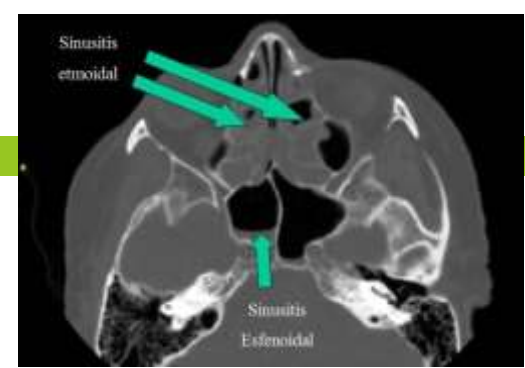
- **Rinosinusitis fúngica invasiva aguda**
  - Síntomes similars però ràpidament progressiva i amb extensió fora dels senos paranasals.
  - AP immunosupressió o DM mal controlada.
  - URG
- **Catarro comú**
  - No solen tenir dolor facial.
  - Síntomes de rinitis (esternuts i rinorrea anterior o posterior), dolor de coll o tos
- **Rinitis no infecciosa**
  - Rinitis al·lèrgica i vasomotora
  - Síntomes d'esternuts, rinorrea, congestió nasal i pruíja nasal.
  - No solen presentar dolor/ pressió facial, dolor de cap o drenatge nasal purulent.
- **Dolor facial**
  - neuràlgies, trastorno de l'articulació temporomandibular, carotidinia...
- **Cefalea**
- **Odontàlgia**
- **Dolor dental:**
  - preguntar als pacients sobre procediments dentals previs

# ÈS NECÈSÀRIA LA RX???



- Els pacients amb catarro comú presenten signes radiològics de sinusitis maxil·lar aguda (nivells u opacitat del seno) fins en el 87%
- Pocs estudis en AP. Sensibilitat molt baixa
- **No indicada de forma rutinària** (C) S 73% E 80%
- No diferència vírica de bacteriana

# I EL TAC???



**La TAC de senos sense contrast seria el mètode d'elecció en cas de:**

RSA recurrent

RS Crònica

Sospita complicacions

Sospita infecció per fongs

Inmunodeprimits

Valorar alteracions anatòmiques

Sospita de tumors

TABLA 4

## Signos de alarma para complicaciones de la rinosinusitis aguda bacteriana

- Fiebre elevada ( $> 39^{\circ}\text{C}$ ) persistente
- Focalidad neurológica
- Edema en párpados u órbita
- Limitación movimientos oculares, diplopía
- Cefalea intensa persistente
- Disminución nivel de conciencia
- Signos de irritación meníngea

Modificada de las referencias<sup>2,11</sup>.

# ALTRES PROVES

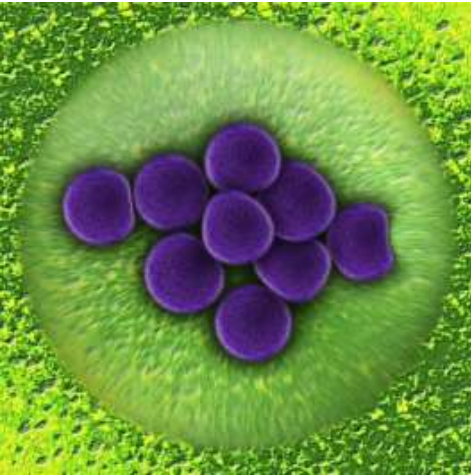


- **No** està indicada l'**ecografia** (c)
- **No** està indicada la **RNM**. Més falsos positius TC ( pot aparèixer 48% dels nens i 29% adults que es sol·licita per altre causa)
- Les troballes d'imatge poden **persistir** després de millorar els símptomes fins més de 2 setmanes en la TAC i 8 setmanes en la RM
- **Només per criteris radiològics no es pot fer dx**
- Els cultius d'**aspirat directe de senos** mitjançant punció, estan recomanats en pacients amb sospita d'infecció bacteriana i si ha **fracassat el tractament empíric**. Els senos paranasals són estèrils en condicions fisiològiques.
- **No** es recomana la realització de **cultius de secreció nasofaringe**

## Quin tractament creieu que és més adequat?

- a) Simptomàtic amb control 24-48 hores
- b) Amoxicil·lina 500 mg cada 8 hores 5 dies
- c) Amoxicil·lina –clavulànic 500/125 mg cada 8 h 7 dies
- d) Amoxicil·lina –clavulànic 875/125 mg cada 8 h 7 dies

# ETIOLOGIA



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



# TRACTAMENT

**Antibioticoteràpia via oral?**

**Antibioticoteràpia via oral: quin?**

**Duració de la pauta ?**

**Corticoides nasals o sistèmics?**

**Antihistamínics o descongestionats, suero..?**

# COM LA TRACTEM?

**Tractament inicial:** (el 40-69% resol espontàniament )

Simptomàtic i analgèsia.

Control en 48-72 hores.



# COM LA TRACTEM?

- **Tractament no farmacològic:** Incrementar ingesta líquids, repòs relatiu i adequada higiene mans
- Poca evidència que la **solució salina nasal** ajudi, però si el pacient vol pot provar-ho.
- No hi ha evidència de l'eficàcia de **descongestionats orals i nasals (efecte rebot) antihistamínics, mucolítics, inhalació de vapor o compreses facials tibies**
- El **bromur d'ipratropi intranasal** pot ajudar a reduir la rinorrea

# I ELS CORTICOIDES?

- **NASALS**

- Efecte beneficiós petit als 21 dies, sobretot pel dolor facial i congestió
- Dosis dependent
- El seu ús en la RSA recurrent encara té una evidència més limitada.

- **SISTÈMICS**

- Semblen **ser ineficaços** per a pacients adults amb sinusitis aguda clínicament diagnosticada.
- Aquesta evidència limitada suggereix que **els corticoesteroides orals en combinació amb antibiòtics** poden ser moderadament beneficiosos per millorar a curt termini els símptomes en la sinusitis aguda, NNTB 7 resolució o milloria dels símptomes.
- **No hi ha evidència suficient per recomanar l'ús de corticoides orals (ni en monoteràpia ni associats a antibiòtics).**

Hayward G. Intranasal corticosteroids in management of acute sinusitis: a systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med. 2012 May-Jun;10(3):241-9.

Zalmanovici. Intranasal steroids for acute sinusitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013

Rudmik L. Therapies for Adult Chronic Sinusitis: A Systematic Review. JAMA. 2015

Venekamp RP. Systemic corticosteroids for acute sinusitis. Cochrane Database Syst Rev.

## A QUI TRACTAR

Rinosinusitis agudes bacterianes >10 dies

Afectació sistèmica

Alto risc de complicacions

## DURACIÓ ADEQUADA???

**NO diferències** entre pauta curta (3-7 d ) i llarga (6-10 d)

No diferències en relació efectes adverses

## 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 <sup>a</sup> /8 h (vo), durante 5-10 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 <sup>a</sup> /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)

La claritromicina tb a 250mg/12h y pautas de 5 días  
 AC 875-1000mg/12h  
 Levofloxacino 500mg/24h 5-7 días como alternativa

SINUSITIS AGUDA

SINUSITIS AGUDA AMB FRACÀS DEL TRACTAMENT ANALGÈSIC

**Medicaments (\*només apareixen els de preu menor)**

Avís

Sej	Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/>	AMOXICILINA ALMUS 500MG 20 COMPRIMIDOS DISPERSABLES EFG	AMOXICIL·LINA, TRIHIDI	1 uni/8 hores	5 dies	CedimCat	Veure

 **AL·LÈRGIA A LA PENICIL·LINA**
 INSUFICIÈNCIA RENAL MODERADA

 INSUFICIÈNCIA RENAL GREU

 INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA



Documentació del PS

Informació addicional

**Escenari**

SINUSITIS AGUDA

SINUSITIS AGUDA AMB FRACÀS DEL TRACTAMENT ANALGÈSIC

**Medicaments (\*només apareixen els de preu menor)**

Sej	Medicament	Principi actiu	Posologia	Durada	Informació medicament	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/>	CLARITROMICINA NORMON 250MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS EFG	CLARITROMICINA	1 uni/12 hores	5 dies	CedimCat	Veure

- ❑ **Cel·lulitis preseptal o periorbitària:**
  - ❑ Dolor ocular e inflor i eritema de les parpelles (sense proptosis, diplopia o dolor amb els moviments oculars).
- ❑ **Cel·lulitis orbitaria**
  - ❑ Afecta als teixits tous darrere del tabique orbital—URG
  - ❑ Complicar-se amb Abscés subperiòstic (marcado desplaçament del globus)
- ❑ **Osteomielitis**
  - ❑ Inici gradual dels símptomes durant alguns dies. Dolor sord en el lloc afectat, amb o sense moviment. Símptomes locals (sensibilitat, calor, eritema e inflor) i sistèmics (febre, rigidesa).
- ❑ **Meningitis**
- ❑ **Absceso intracraneal**
  - ❑ dolor de cap és el símptoma més comú
- ❑ **Trombosis senos cavernosos:**
  - ❑ Afectació pares cranials

# SÍMPTOMES D'ALARMA

- ❑ Dolor de cap sever i persistent
- ❑ Edema, inflamació o eritema periorbital
- ❑ Canvis en la visió (visió doble o alteració de la visió)
- ❑ Moviments extraoculars anormals
- ❑ Proptosis
- ❑ Dolor amb el moviment de l'ull
- ❑ Paràlisi dels nervis cranials
- ❑ Alteració de l'estat mental
- ❑ Rigidesa del coll u altres signes menínges
- ❑ Papil·ledema u altre signe d'augment de la pressió intracraneal



# **FARINGOAMIGDALITIS**



# CAS CLÍNIC 3

- ❑ Marta és una noia de 22 anys sense antecedents personals ni familiars d'interès, que acudeix a la consulta d'atenció primària, perquè des de fa 3 dies té mal de coll i li empitjora a l'empassar. Ahir va començar amb febre de 38<sup>º</sup>. Acudeix acompanyat de la seva mare que refereix que li ha vist plaques i necessita antibiòtic. No ha presentat tos ni expectoració. S'ha pres ibuprofèn de 600 mg, però no ha millorat.
- ❑ A l'exploració física no presenta adenopaties cervicals, otoscòpia normal i auscultació cardiopulmonar normal.
- ❑ T<sup>º</sup>38,5. Sat O2 100%. Ta 122/74 FC 109
- ❑ Exploració faríngia



# Senyala el que faries a continuació:



- a) Iniciar el tractament amb antibiòtic, perquè segons l'exploració física, sobretot per la febre i l'exsudat amigadalar, la probabilitat de presentar una infecció faringi amigdalitis d'etiologia bacteriana és alta.
- b) No, perquè segons l'exploració física es clarament vírica, llavors tranquil·litzaria al pacient i a la seva mare, li pautaria paracetamol 500mg cada 6-8h alternant amb ibuprofè de 600 mg cada 8h i revisar a les 72 hores.
- c) Davant les dubtes aplicaria una escala de predicció clínica d'infecció estreptocòccica i prendria una decisió segons el resultat.
- d) Davant les dubtes, faria directament un test ràpid de antígens estreptocòccica ( TDRAE) (strep A) per prendre una decisió segons el resultat

# FARINGOAMIGDALITIS

Etiologia	Observacions
<b>Vírica (60-80%)</b>	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 <b>Streptococcus Beta-hemolítico del grupo A ó pyogenes (5-10%)</b>	Algunos casos de adultos < 3 anys: rar 3-5 anys: poc freqüent <b>5-15: alta incidència (30-55%)</b> 20% de nens de 5-10 anys son portadors sans <b>Adults: 5-23% d'aïllaments</b>
Mycoplasma pneumoniae	adolescents i adults joves
Anaerobis	<1%
<i>Fusobacterium necrophorum</i> como	10% amigdalitis epidèmiques entre 15-24 anys
Chlamydia pneumoniae, C. trachomatis	No recurrències

**TABLA 1**
**Rendimiento diagnóstico de la anamnesis en amigdalitis por estreptococo betahemolítico 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 betahemolítico 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)

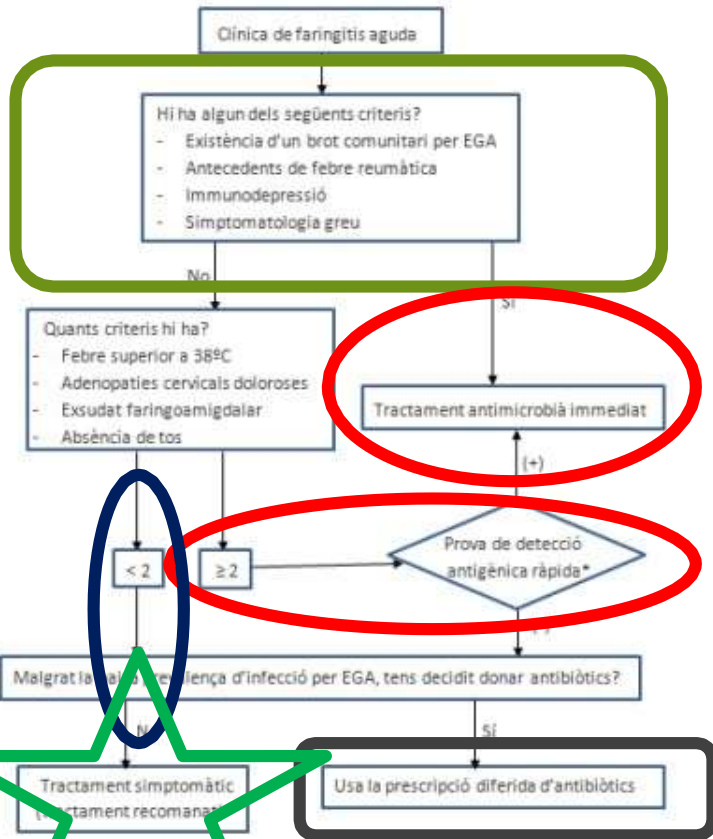
CP: cociente de probabilidad; IC: intervalo de confianza.



- Fins un 30% de las faringitis de causa bacteriana cursant sense exsudat amigdal·lar
- En un 65% dels casos d'origen viral hi ha exudat

**Tabla 2** Escalas clínicas de predicción en la faringoamigdalitis aguda por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EbhGA)

Crterios clínicos	Centor	Mclsaac	FeverPAIN
Fiebre > 38 °C	+1	+1	+1
Ausencia de tos	+1	+1	
Ausencia de tos o coriza			+1
Exudado amigdalar	+1		+1
Inflamación o exudado amigdalar		+1	
Inflamación amigdalar importante			+1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	+1	+1	
Edad			
• 3- < 15 años		+1	
• 15- < 45 años		0	
• ≥ 45 años		-1	
Visita rápida al médico (≤ 3 días)			+1
	<b>Puntuación</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Puntuación</b>
Probabilidad estimada de cultivo positivo para EbhGA	0: 2,5%	0: 1-2,5%	0-1: 13-18%
	1: 6-6,9%	1: 5-10%	2-3: 34-40%
	2: 14,1-16,6%	2: 11-17%	4-5: 62-65%
	3: 30,1-34,1%	3: 28-35%	
	4: 55,7%	≥ 4: 51-53%	



-1 a 0: baixa probabilitat (2%)  
 1 a 3: moderada probabilitat  
 4 a 5: alta probabilitat (52%)

- Fins un 30% de les faringitis de causa bacteriana cursen sense exsudat amigdal·lar
- Un 65% dels casos de origen viral hi ha exsudat



\*En cas de disposar de tècniques antigèniques ràpides tractar només amb antibiòtics els pacients amb almenys 3 criteris (guia NICE)  
 EGA: estreptococ del grup A

## S'hauria de fer a tothom un TDRAE independent del resultat de aplicar els criteris de Centor?



- S'ha de tenir en compte que la **major validesa del test s'ha demostrat en la població de més risc** de faringi amigdalitis estreptocòccia. Per tant es recomana realitzar TDRA només quan es compleixen dos o més criteris en la escala de Centor.
- **No distingeix d'infecció aguda o esta de portador** (menys freqüent en adults), per tant, aplicar els tests en pacients asimptomàtics o amb 0-1 criteris de Centor pot portar a tractar a pacients amb test positius que realment són portadors.
- **Les TDRA han aconseguit reduir la prescripció innecessària d'antibiòtics en un 84% en les faringitis.**



# QUAN NO CAL FER STREP A EN LA CONSULTA?

- ✓ 0-1 Criteris de Centor
  - ✓ Si el pacient ha pres antibiòtics prèviament (2 últimes setmanes) per la possibilitat de donar un fals negatiu (es recomana fer cultiu).
  - ✓ En les faringitis cròniques.
  - ✓ Menors de 3 anys (excepte si hi ha criteris addicionals de possible infecció estreptocòccia).
  - ✓ Si hi ha indicació d'antibiòtic d'entrada
- 
- Hi ha situacions on s'ha de donar antibiòtic d'entrada:
    - ✓ Evidència d'un brot comunitari per EBHGA
    - ✓ Antecedents de febre reumàtica
    - ✓ Immunosupressió
    - ✓ Mal estar general (dolor òtic molt important, inflamació amigdalina greu).





Foto: Llocs de recollida de la mostra



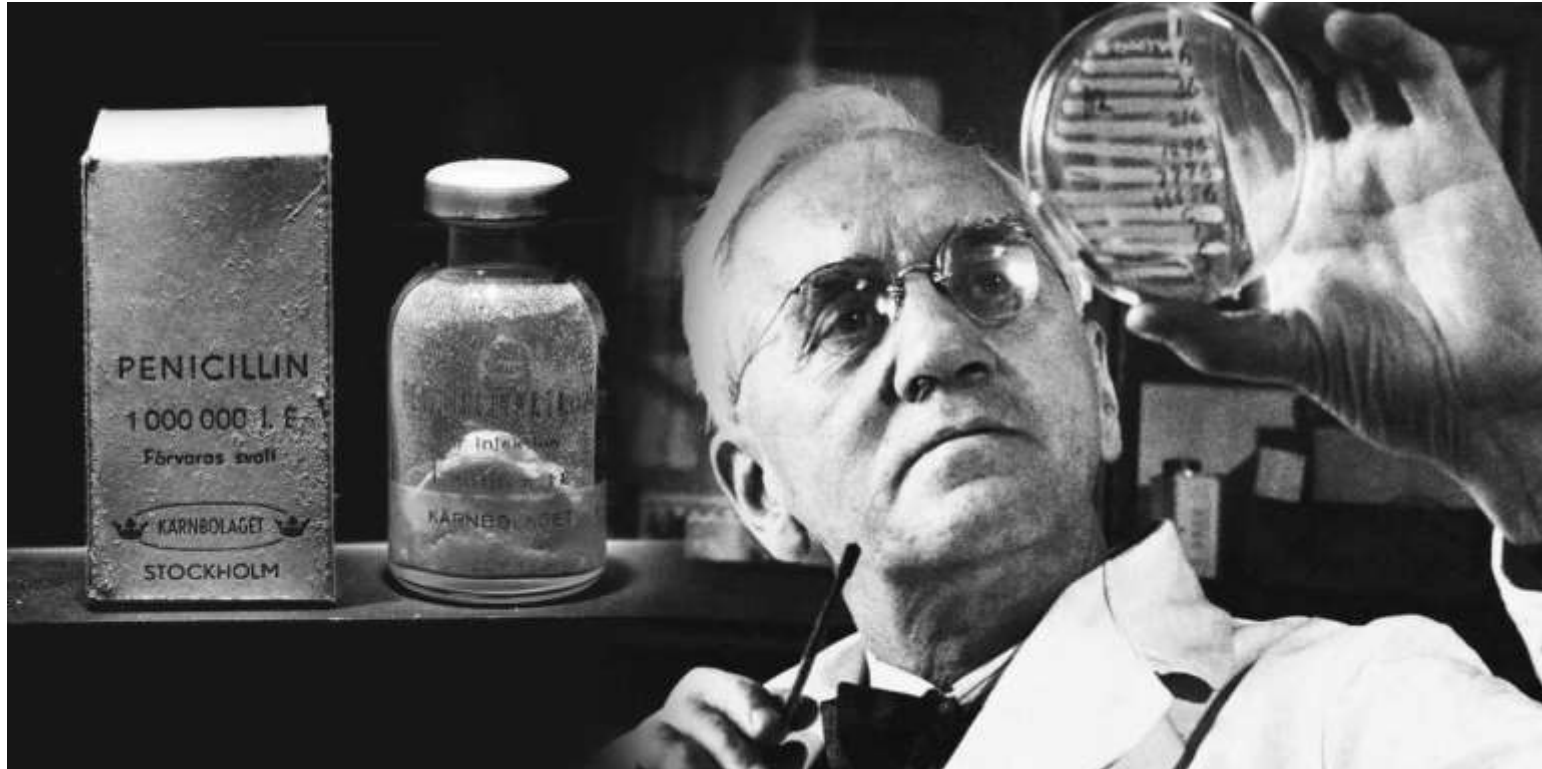
# FA TRACTAMENT

- Hidratació
- Paracetamol: disminueix dolor de 2 a 5 dies (GR A)
- No evidència d'opiàcies menors
- Corticoides pauta curta 24 -48h associats a abt?. No ús sistemàtic (GR A)
- Poden ser útils tractaments tòpics faringis

# BENEFICI TRACTAMENT ABT

↓ Duració símptomes	Reducció mitja de 16 h dels símptomes d'infecció Redueix la duració dels símptomes aproximadament <b>2 dies</b> en adults amb $\geq 3$ criteris de Centor
<b>Eradicació del germen</b>	les pautes inferiors a 10 dies presenten un menor percentatge d'eradicació.
↓ <b>contagi</b>	Cultiu es fa negatiu en 24hores en el 97% dels casos 25% dels membres de la família s'infecten
↓ complicacions supuratives	↓ incidència d'abscessos periamigdalins en un 85% ↓ Es redueix també la incidència de otitis mitja
↓ complicacions no supuratives	↓ incidència de febre reumàtica en dues terceres parts en països d'alta incidència No està clar el seu rol en la glomerulonefritis

# FA TRACTAMENT: QUIN



# FA TRACTAMENT: QUIN

## Resistencias del *S. pyogenes* a la penicilina

*S. pyogenes* o estreptococ  $\beta$ hemolític del grup A (EBHGA)



0 %

<b>S.pyogenes</b>	Sensibilitat
Penicil·lina	100,0%
Amoxicil·lina	100,0%
Eritromicina	82,9%
Clindamicina	86,0%



## FITXA TERAPÈUTICA

Faringitis/amigdalitis aguda

6

**Maneig recomanat  
de la faringitis/amigdalitis  
aguda. Adults**

## Clínica de faringitis/amigdalitis aguda

Es dona alguna d'aquestes situacions?

- Existència d'un brot comunitari per estreptococ del grup A (p. ex., escarlatina)
- Simptomatologia greu (persistència febre alta, odinofàgia greu, disfàgia, inflamació greu)
- Antecedents de febre reumàtica
- Immunosupressió
- Presa d'antibiòtics en les dues setmanes prèvies.

No

Sí

Quants criteris de Centor presenta?

- Temperatura  $> 38^{\circ}\text{C}$  o història de febre
- Adenopaties laterocervicals doloroses
- Exsudat faringoamigdalí
- Absència de tos

< 2

$\geq 2$

TDR EBHGA

Tractament simptomàtic

Tractament antibiòtic

(+)

(-)

## Tractament antibiòtic de la faringitis/amigdalitis aguda. Adults

Consideracions prèvies:

- En les persones adultes, entre el 80-95% de les FAA són d'origen víric i no està indicat el tractament antibiòtic.

TDR EBHGA + i/o  
Decisió de tractar amb antibiòtic

Al·lèrgia confirmada a penicil·lina?

No

Sí

Penicil·lina G benzatina dosi única  
Fenoximetilpenicil·lina 500 mg/  
12 h x 7-10 dies  
Amoxicil·lina 500 mg/8 h x 7-10 dies

Clindamicina 300 mg/8 h x 7-10 dies

Millora a les 72 hores?

Sí

No

FINALITZAR PAUTA

REVISAR DIAGNÒSTIC

Si cal canviar tractament:

Amoxicil·lina/clavulànic 500/125 mg  
/8 h x 7-10 dies

Clindamicina 300 mg/8 h x 7-10 dies



# FA TRACTAMENT: QUIN



CAMFiC  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

Salut/ Servei Català  
de la Salut

Generalitat  
de Catalunya

## 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 <sup># 24, 26, 31, 33</sup> Actitud expectante Valorar prescripción diferida	A			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolver las expectativas del paciente acerca del curso y duración de la enfermedad.</li> <li>• Informar al paciente sobre la importancia de realizar el tratamiento completo para reducir el riesgo de recurrencias<sup>33</sup></li> <li>• Ingesta adecuada de líquidos.</li> </ul>
Faringoamigdalitis aguda con sospecha de infección por EBHGA*	Penicilina V <sup>Ω</sup> oral (estómago vacío) 500 mg cada 12 horas, 10 días <sup>26,31,32,33, 38</sup>	A	Amoxicilina <sup>Ω</sup> oral, 500 mg cada 12 horas, 10 días <sup>31,33</sup>	A	
			Riesgo de incumplimiento o intolerancia oral a penicilina: Penicilina G-benzatina im, 1,2x10 <sup>6</sup> UI (1,2 MUI), dosis única <sup>31,38</sup>	A	
			Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): Azitromicina <sup>∇</sup> oral, 500 mg cada 24 horas, 5 días	B	

# FA TRACTAMENT: QUIN



CAMFiC  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

Salut/ Servei Català  
de la Salut

Generalitat  
de Catalunya

## FARINGOAMIGDALITIS RECURRENT EN ADULTOS

Etiologia: *Streptococcus pyogenes*

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

FA recurrent: 5 o més episodis d'amigdalitis aguda durant 1 any amb episodis incapacitants, o bé FA amb cultiu positiu per EBHGA que es presenta en un curt període de temps després d'haver completat un tractament antibiòtic adequat durant 10 dies.

No es recomana l'ús general d'antibiòtics: incrementen el risc de resistències, efectes adversos i promou infeccions per Cànida (GR D).

No s'han de fer servir antibiòtics de forma rutinària per prevenir infeccions creuades a la comunitat.

# FA TRACTAMENT: QUIN

FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA  
 FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA SENSE MILLORA AMB PARACETAMOL  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA I SOSPIRÀ DE MAL COMPLIMENT  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA DE REPETICIÓ

**Medicaments (\*només apareixen els de prescripció)**

Medicament	Principi actiu	Freqüència	Durada medicament	Informació	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> PENLEVIL 300MG 20 CAPSULAS DURAS	FENCIMTILPENICIL·LI	1 unitat/2 hores	10 dies	CadreCat	Vieure

FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA  
 FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA SENSE MILLORA AMB PARACETAMOL  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA I SOSPIRÀ DE MAL COMPLIMENT  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA DE REPETICIÓ

**Medicaments (\*només apareixen els de prescripció)**

Medicament	Principi actiu	Freqüència	Durada medicament	Informació	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> AMOXICOLINA AC-CLAVULANICO SUN 500/125MG 30 COMP REC (BUSTER) EFO	AMOXICIL·LINA+CLAVI	1 unitat/ hores	10 dies	CadreCat	Vieure

**AL·LÈRGIA A LA PENICIL·LINA**  
 INSUFICIÈNCIA RENAL MODERADA  
 INSUFICIÈNCIA RENAL GREU  
 INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA

[Documentació del PS](#) [Informació addicional](#)

**Examen**

FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA  
 FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA SENSE MILLORA AMB PARACETAMOL  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA I SOSPIRÀ DE MAL COMPLIMENT  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA DE REPETICIÓ

**Medicaments (\*només apareixen els de prescripció)**

Medicament	Principi actiu	Freqüència	Durada medicament	Informació	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> CLARITROMICINA VINA 250MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFO	CLARITROMICINA	1 unitat/2 hores	10 dies	CadreCat	Vieure

FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA  
 FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA SENSE MILLORA AMB PARACETAMOL  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA I SOSPIRÀ DE MAL COMPLIMENT  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA DE REPETICIÓ

**Medicaments (\*només apareixen els de prescripció)** [Acte](#)

Medicament	Principi actiu	Freqüència	Durada medicament	Informació	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> BENZETACIL 1.200.000 1 VIAL +1 AMOLLA DE DIGOLVENTE	BENZILPENICIL·LINA BE	1 unitat/2 hores	1 dies	CadreCat	Vieure

**AL·LÈRGIA A LA PENICIL·LINA**  
 INSUFICIÈNCIA RENAL MODERADA  
 INSUFICIÈNCIA RENAL GREU  
 INSUFICIÈNCIA HEPÀTICA

[Documentació del PS](#) [Informació addicional](#)

**Examen**

FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA  
 FARMOAMODALITIS AGUDA VÍRICA SENSE MILLORA AMB PARACETAMOL  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA I SOSPIRÀ DE MAL COMPLIMENT  
 FARMOAMODALITIS BACTERIANA DE REPETICIÓ

**Medicaments (\*només apareixen els de prescripció)**

Medicament	Principi actiu	Freqüència	Durada medicament	Informació	Ref. Bibliogr.
<input checked="" type="checkbox"/> CLINDAMICINA DIGALOXEN 300MG 24 CAPSULAS DURAS EFO	CLINDAMICINA CLORID	1 unitat/ hores	10 dies	CadreCat	Vieure

Moltes gràcies

# BIBLIOGRAFIA



- External otitis: Treatment - UpToDate 2021
- Guía Terapéutica en Atención Primaria. 7ª edición. 2020
- Guía rápida de manejo de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. 2ª Edición
- Hajioff, D. Otitis externa. *BMJ clinical evidence*, 2015, 0510.
- Kaushik V. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD004740. DOI: 10.1002/14651858.CD004740.pub2
- Guías SACYL PRAN-PROA
- Balch G, Heal C, Cervin A, Gunnarsson R. Oral corticosteroids for painful acute otitis externa (swimmer's ear): A triple-blind randomised controlled trial. *Aust J Gen Pract*. 2019 Aug;48(8):565-572. doi: 10.31128/AJGP-12-18-4795. PMID: 31370128.
- Rosenfeld RM. Systematic review of topical antimicrobial therapy for acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006 Apr;134(4 Suppl):S24-48. doi: 10.1016/j.otohns.2006.02.013. PMID: 16638474.
- Roland PS. A comparison of ciprofloxacin/dexamethasone with neomycin/polymyxin/hydrocortisone for otitis externa pain. *Adv Ther*. 2007 May-Jun;24(3):671-5. doi: 10.1007/BF02848792. PMID: 17660178.

- Acute otitis media in adults. UpToDate 2021
- Gaddey HL. Otitis Media: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2019 Sep 15;100(6):350-356. PMID: 31524361.
- Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. NICE 2018
- Otitis Media en Adultos. Febrero 2016. Guía Terapéutica antimicrobiana Interniveles del Área Aljarafe.
- Otitis media Guia Fisterra 2017
- Otitis media aguda. Diagnóstico y manejo práctico. Rev. Med. Clin. Condes - 2016; 27(6) 915-923]
- Venekamp RP. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015.
- OMA AMF 2014
- Siddiq S. The diagnosis and management of acute otitis media: American Academy of Pediatrics Guidelines 2013.
- Guia ABE Otitis media 2008

Mayoría guías población infantil

- Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate 2021
- BMJ Best Practice 2021
- Rhinosinusitis aguda. Fisterra 2020
- Sinusitis (acute): antimicrobial prescribing. NICE guideline 2017
- Aring AM, Chan MM. Current Concepts in Adult Acute Rhinosinusitis. Am Fam Physician. 2016.
- Rosenfeld RM et al: Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 152(2 Suppl):S1-S39, 2015
- Feldt B, Dion GR, Weitzel EK, McMains KC. Acute sinusitis. South Med J. 2013
- Chow AW. Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012
- Wilson JF. In the clinic. Acute sinusitis. Ann Intern Med. 2010
- Meta-analysis of diagnostic tests for acute sinusitis. 2000
- Engels EA. Meta-analysis of diagnostic tests for acute sinusitis. JCE 2000
- ACR Appropriateness Criteria Sinonasal Disease

# BIBLIOGRAFIA

- UpToDate Tonsillectomy in adults 2020
- Faringitis aguda Fisterra 2020
- Skoog 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. *BMJ*. 2019 *BMJ* 2019;367:l5337
- Guia NICE 2018
- Cots Yago JM. Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto 2015
- Yoon. Guidelines for the Antibiotic Use in Adults with Acute Upper Respiratory Tract Infections. *Infect Chemother*. 2017;49(4):326-352.
- Guideline for the management of acute sore throat. *Clinical Microbiology and Infection* 2012 European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases
- Falagas ME. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials. *Mayo Clin Proc*. 2008



- Hayward GN. Effect of Oral Dexamethasone Without Immediate Antibiotics vs Placebo on Acute Sore Throat in Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017
- de Cassan S. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. Cochrane Database Syst Rev. 2020
- Stanford T. Shulman, Alan L. Bisno, Herbert W. Clegg, Michael A. Gerber, Edward L. Kaplan, Grace Lee, Judith M. Martin, Chris Van Beneden, Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 55, Issue 10, 15 November 2012, Pages e86–e102, <https://doi.org/10.1093/cid/cis629> (guia AMERICANA)
- Stewart EH, Davis B, Clemans-Taylor BL, Littenberg B, Estrada CA, Centor RM. Rapid antigen group A streptococcus test to diagnose pharyngitis: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014 Nov 4;9(11):e111727
- Dubois C, Smeesters PR, Refes Y, Levy C, Bidet P, Cohen R, Chalumeau M, Toubiana J, Cohen JF. Diagnostic accuracy of rapid nucleic acid tests for group A streptococcal pharyngitis: systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2021 Dec;27(12):1736-1745. doi: 10.1016/j.cmi.2021.04.021. Epub 2021 May 6. PMID: 33964409. ( mayor senb i especificidad)