



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

Tractament de la patologia de via respiratòria alta en l'edat adulta

Ingrid Roca Brasó

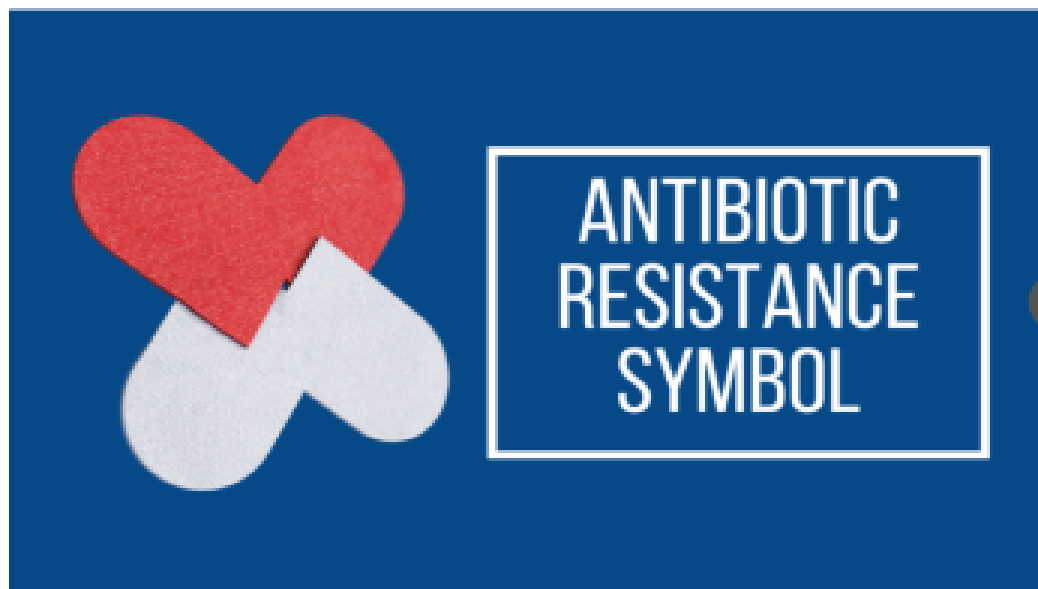
Metgessa de Família i tutora a l'EAP Canet de mar

Membre del PROA Territorial de Alt Maresme i la Selva Marítim

Barcelona, 4 de novembre de 2025

- Introducció
- Otitis externa aguda
- Otitis mitjana aguda
- Faringoamigdalitis
- Laringitis aguda
- Tos aguda
- Rinosinusitis
- Resum
- Bibliografia

LA RESISTÈNCIA ALS ANTIBIÒTICS I LES MORTS



Actualment, el desenvolupament de **bacteris resistents als antibiòtics** constitueix una de les amenaces més importants per a la salut pública, causant més de **35.000 morts** a l'any a Europa.

L'**ús inadequat i excessiu** dels antibiòtics, és una de les principals causes del problema.

PROGRAMA D'OPTIMITZACIÓ D'ÚS DELS ANTIBIÒTICS

- **OBJECTIUS PRINCIPALS:**

- Millorar l'ús dels antibiòtics per **combatre la resistència antimicrobiana (RAM)**.
- Garantir tractaments més **eficaços i segurs** per als pacients.

- **COM HO FAREM?**

- Utilitzant-los **quan son necessaris**. Què ens ajuda? Els tests diagnòstics.
- Utilitzant **els més adequats**. Què ens ajuda? Les guies clíniques.
- Només **el temps necessari**. Els estudis avalen pautes curtes en molts casos.



És a dir, utilitzar els antibiòtics adequadament

OTITIS EXTERNA AGUDA





- 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.**
- 1,3-10% població (7-12 /65-74 anys)
- Autolimitada en molts casos.
- Inici ràpid (48 h)



- **Anatòmics** (estenosis, exostosis CAE, pèls)
- **Malalties pell** (èczema, psoriasi, seborreica, neurodermatitis.)
- **Factors ambientals** (humitat, temperatura ambiental elevada)
- **Traumes** (manipulació, cos estrany, audiòfons...)
- **Malalties sistèmiques** (DM, immunosupressió).
- **Factors endògens** (falta o excés cerumen)
- **Altres:** aigua conducte, piscines, irritants, radiació, QT, estrès, cirurgia prèvia i otitis mitjana purulenta...

TIPUS	ANTECEDENTS	CLÍNICA	OTOSCOPIA
OE CIRCUNSCRITA	Manipulació CAE, pròtesis auditives.	Otàlgia paroxística , otorrea purulenta si drena, BEG	Furóncol en CAE
OE DIFUSA	Manipulació CAE, entrada d'aigua, humitat excessiva, pròtesis.	Otàlgia, prurit +/- otorrea (tardana) +/- hipoacúsia, BEG	CAE edematós, hiperèmic i estenosat.
OTOMICOSIS	Calor, humitat, ús continuat gotes tòpiques d'antibiòtic.	Otàlgia lleu, prurit , BEG	Micelis i/o masses en CAE
OE MALIGNA (extensió a l'os temporal)	Immunosupressió DM mal controlada + edat avançada.	Otàlgia molt intensa , otorrea escassa, fètida , MEG, septicèmia.	Teixit granulós i ulcerat en el sòl de CAE

Anamnesi:

- **Otàlgia: Dolor: símptoma que millor es relaciona amb la gravetat. +F (70%)**
- Prurit
- $\pm$ Pèrdua audició
- $\pm$ Otorrea



Que ens aporta l'EF?

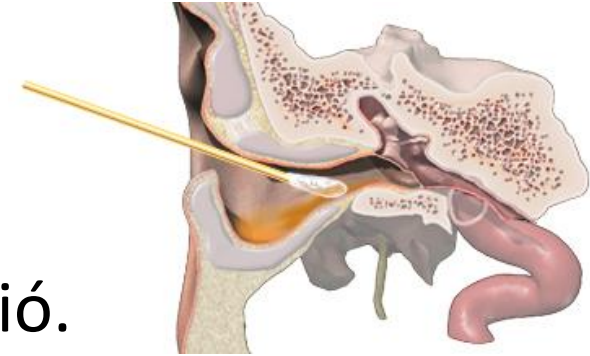
- **CAE eritematós, edematós i estenosat.**
 - **La membrana pot estar eritematosa.**
 - **Otorrea:** no necessària para el dx. Tardana
 - **Adenopaties pre/retroauriculars**
 - Pot haver-hi febre si la infecció es troba més estesa
- **SIGNE DEL TRAGUS:** Davant d'una otàlgia sobtada unilateral, l'absència de dolor a la pressió del trago o la tracció de l'aurícula descarten l'otitis externa. Patognomònic.



Cultius

Estan indicats en:

- Otitis externa recurrent.
- Clínica de més de tres setmanes i supuració.
- No resposta a la teràpia inicial.
- Immunodeprimits.



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

- El 98 % de les otitis externes agudes són d'origen infeccios



- En un 2% otomicosis.
 - +F cròniques i antibiòtic tòpic previ.
 - *Asperquillus niger* (60-90%) i *Càndida* (10-40%).
- 1/3 polimicrobiana.
- Inflamatòria no infecciosa: dermatitis seborreica, èczema o reaccions al·lèrgica.
- Mixta.

TRACTAMENT NO FARMACOLÒGIC

OTITIS EXTERNA AGUDA



- **Evitar** o limitar el contacte amb l'**aigua** durant el tractament. És preferible evitar esports d'aigua durant els 7-10 dies del tractament.
- **No utilitzar taps, audíofons ni auriculars** fins que el dolor i la secreció remeti.
- **Evitar manipulacions** de l'orella per minimitzar el trauma.

Cochrane Database of Systematic reviews | Review - Intervention

Intervenciones para la otitis externa aguda

✉ Vivek Kaushik, Tass Malik, Shakeel R Saeed Authors' declarations of interest

Version published: 20 January 2010 Version history

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004740.pub2>



Trusted evidence.
Informed decisions.
Better health.

Conclusions:

- Els **tractaments tòpics** son efectius. No diferencies significatives entre tractaments.
- L'**àcid acètic equivalent** a l'**antibiòtic/esteroide** durant la **1a setmana de ttx**.
- Si > 1 setmana de ttx --> l'àcid acètic menys efectiu.
- Els **síntomes van durar 2 dies més** en el grup d'**àcid acètic** comparat antibiòtic/esteroide.
- L'**evidència** de les **gotes d'esteroides soles** és molt **limitada**, no suficient per fer recomanacions.
- En el grup **antibiòtic/esteroides** els **síntomes remeten en 6 dies**.
- El tractament amb **gotes** pot ser més útil indicar **1 setmana**. Si els símptomes persisteixen es pot seguir el ttx fins a la resolució, **màxim 7 dies addicionals**. Si la clínica persisteix **més de 2 setmanes**, s'ha de considerar un **fracàs de ttx** i iniciar un **ttx alterantiu**.



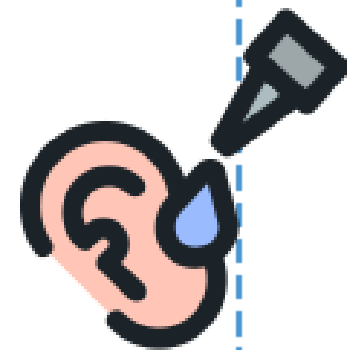
- **Qualsevol intervenció tòpica és efectiva.**
- **Tractament TÒPIC: IMP aplicació correcta**
 - Antibiòtics, antisèptics (**alcohol de 70º boricat** a saturació o violeta de genciana al 2%) i solucions acidificants (**Àcid acètic 2%**) amb o sense corticoides associats.
- La **durada del tractament antibiòtic en funció de la situació clínica i la resposta** del pacient, entre 7-14 dies.
- Un cop instaurat el tractament, la millora succeeix en les 48-72 hores.
- Si no es resol en 2 setmanes, valorar un altre tractament.

Consells per als pacients per a l'administració de gotes òtiques

L'educació dels pacients és important per maximitzar l'adherència al tractament.

Instruccions per als pacients:

- Estirar-se amb l'orella afectada a la part superior.
- Un cop s'han administrat les gotes, restar en aquesta posició de 3 a 5 minuts per tal de permetre que les gotes penetrin al canal auditiu.
- Mantenir l'orella seca.
- Intentar no netejar-se l'orella un mateix.
- No posar cap tap a l'orella després d'administrar el tractament.



- **Àcid acètic:** efectiu i equivalent a l'antibiòtic/esteroide **la primera setmana.**
- Si > 1 setmana de ttx --> l'àcid acètic menys efectiu.
- **Gotes d'esteroide soles:** no evidència suficient.
- 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)**

OTITIS EXTERNA AGUDA



Atenció:

- **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.**
- **Aminoglicòsids (Neomicina/gentamicina):**
 - Potencial risc d'ototoxicitat (**no recomanat si no es pot confirmar que el timpà està intacte**)
 - Risc de dermatitis de contacte (en tractaments perllongats).
- **No** hi ha indicació específica per **l'ús de gotes anestèsiques tòpiques**. Pot emascarar la progressió de la malaltia subjacent. No en perforacions. Si es fan servir revalorar la pacient 48 h.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC

OTITIS EXTERNA AGUDA



 				
Otitis externa difusa	Inici amb membrana timpànica (MT) intacta	Àcid acètic al 2% en solució (FM) 2 gotes/8h durant 8 dies.	Si dolor: Ibuprofe/8h	
	no millora a les 48-72h amb àcid acètic al 2% en solució / Perforació MT.	Ciprofloxacino 2 gotes/12h 7 dies. Si cal, augmentar a 2gotes/8h.	Si dolor: Ibuprofe/8h	Si edema CAE: cipro + cortis tòpics 2gotes/12h 7 dies
	fracàs tractament tòpic, extensió fora del CAE, DM o ID.	Ciprofloxacino vo 500mg/12h 7 dies	Si dolor: Ibuprofe/8h	
Otitis externa circumscrita	Inici	Mupirocina pomada 1/8h 7 dies	Si dolor: Ibuprofe/8h	
	no ha respost a l'atb tòpic	Cloxacil.lina 1 comp/6h 5 dies	Si dolor: Ibuprofe/8h	
	amb cel.lulitis	Amoxicilina àcid clavulàmic 875/125mg 1/8h 5 dies	Si dolor: Ibuprofe/8h	



Maneig i tractament
de patologia infecciosa
de via respiratòria alta
en persones adultes en
l'atenció primària

Institut Català de la Salut

Membrana timpànica intacta:

- Àcid acètic 2 % en una solució aquosa via òtica (FM)
2 gotes/8 h durant 8 dies.
- Si no respon en 48-72 h, canviar per la neomicina via òtica
(només comercialitzada amb hidro cortisona), 4 gotes/6 h
durant 7 dies [NeoHubber®]).



Si no es millora amb el tractament inicial les primeres 48-72 h, cal revalorar el pacient per confirmar el diagnòstic.



Maneig i tractament
de patologia infecciosa
de via respiratòria alta
en persones adultes en
l'atenció primària

Institut Català de la Salut

Otitis externa circumscrita

Mupirocina tòpica 2 %, 3 vegades al dia durant 7 dies.

Si hi ha fracàs:

cloxacil·lina 500 mg/6 h per via oral durant 5 dies

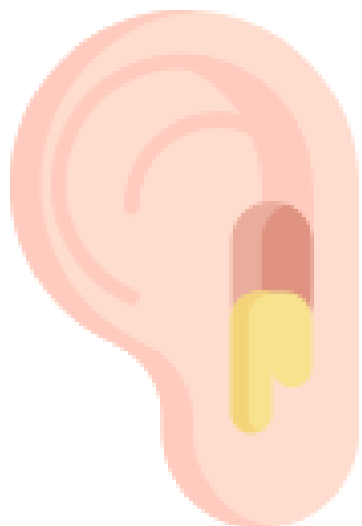
o cefadroxil 1000 mg/12 h per via oral durant 5 dies.

Otitis externa circumscrita amb cel·lulitis

**Àcid acètic 2 % solució aquosa via òtica (FM) 2 gotes/8 h +
amoxicil·lina - àcid clavulànic 875/125 mg/8 h per via oral
durant 5 dies**

(en cas d'al·lèrgia a penicil·lina:

clindamicina 300 mg oral cada 8 h durant 5 dies).



	Primera opció	Alternativa
Persones adultes	Ciprofloxacina 500 mg/12 h per via oral durant 7 dies.	Amoxicil·lina - àcid clavulànic 500/125 mg/8 h per via oral durant 7 dies.
↳ Persones al·lèrgiques a la penicil·lina	Ciprofloxacina 500 mg/12 h per via oral durant 7 dies.	Derivar a otorrinolaringologia.
Embarassades	Amoxicil·lina - àcid clavulànic 500/125 mg/8 h per via oral durant 7 dies.	Derivar a otorrinolaringologia.
↳ Al·lèrgiques a la penicil·lina	Derivar a otorrinolaringologia.	Derivar a otorrinolaringologia.
Lactància	Ciprofloxacina 500 mg/12 h per via oral durant 7 dies.	Amoxicil·lina - àcid clavulànic 500/125 mg/8 h per via oral durant 7 dies.
↳ Al·lèrgiques a la penicil·lina	Ciprofloxacina 500 mg/12 h per via oral durant 7 dies.	Derivar a otorrinolaringologia.



Otitis externa difusa

Què cal fer...



1. **Eixugar bé** les orelles després del bany.
2. **No utilitzar bastonets** per netejar-se-les.
3. **Evitar que s'hi acumuli aigua.**
4. **No fer ús de taps**, si no és que els recomana un professional de medicina.

...per evitar

1. **Picor** intensa.
2. **Dolor** a l'orella.
3. **Secreció** d'un color groc o verdós, que pot fer mala olor.
4. **Disminució aguda i sobtada de l'audició.**
5. Sensació de **taponament**.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



#estiuICS



Institut Català
de la Salut



A URGÈNCIES:

- Otitis externa **greu**
- Sospita d'**otitis externa maligna**.

A OTORRINOLARINGOLOGIA:

- **No millora** amb el tractament en 7 dies.
- Si la teràpia tòpica no es pot alliberar correctament (**tap o edema oclusiu**), i/o amb un **problema a la pell**.
- **Embaràs o lactància** amb **al·lèrgia a la penicil·lina** amb **més de 7 dies d'evolució**.
- **Diabètics o immunocompromesos**, a causa de l'alt risc d'otitis externa maligna.
- **Otitis recurrent**, sobretot unilateral, que no respon al tractament.
- **Otorrea o otomicosi important**, per valorar fer un **aspirat**.

Maneig i tractament de patologia infecciosa de via respiratòria alta en persones adultes en l'AP. Novembre 2024.

OTITIS MITJANA AGUDA





- Procés **inflamatori i/o infecció**s de l'orella mitjana i del timpà acumulació d'efusió **retrotimpànica**.
- Es pot associar amb otorrea purulenta quan es produeix una **perforació timpànica**.
- Cal diferenciar-lo de l'otitis mitjana serosa o exsudativa no infecciosa.
- El 80-90% **precedides per una infecció vírica**.

- 15- 24 anys: 3.1- 3.5 %
- 25- 85 anys: 1.5-2.3 %



- Disfunció o obstrucció trompa d'eustaquí per factors anatòmics (hipertròfia adenoidal) o processos virals
- Immunodepressió

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

Streptococcus pneumoniae

Haemophilus influenzae

Altres:

***S. pyogenes, S. aureus*
*i M. catarrhalis***



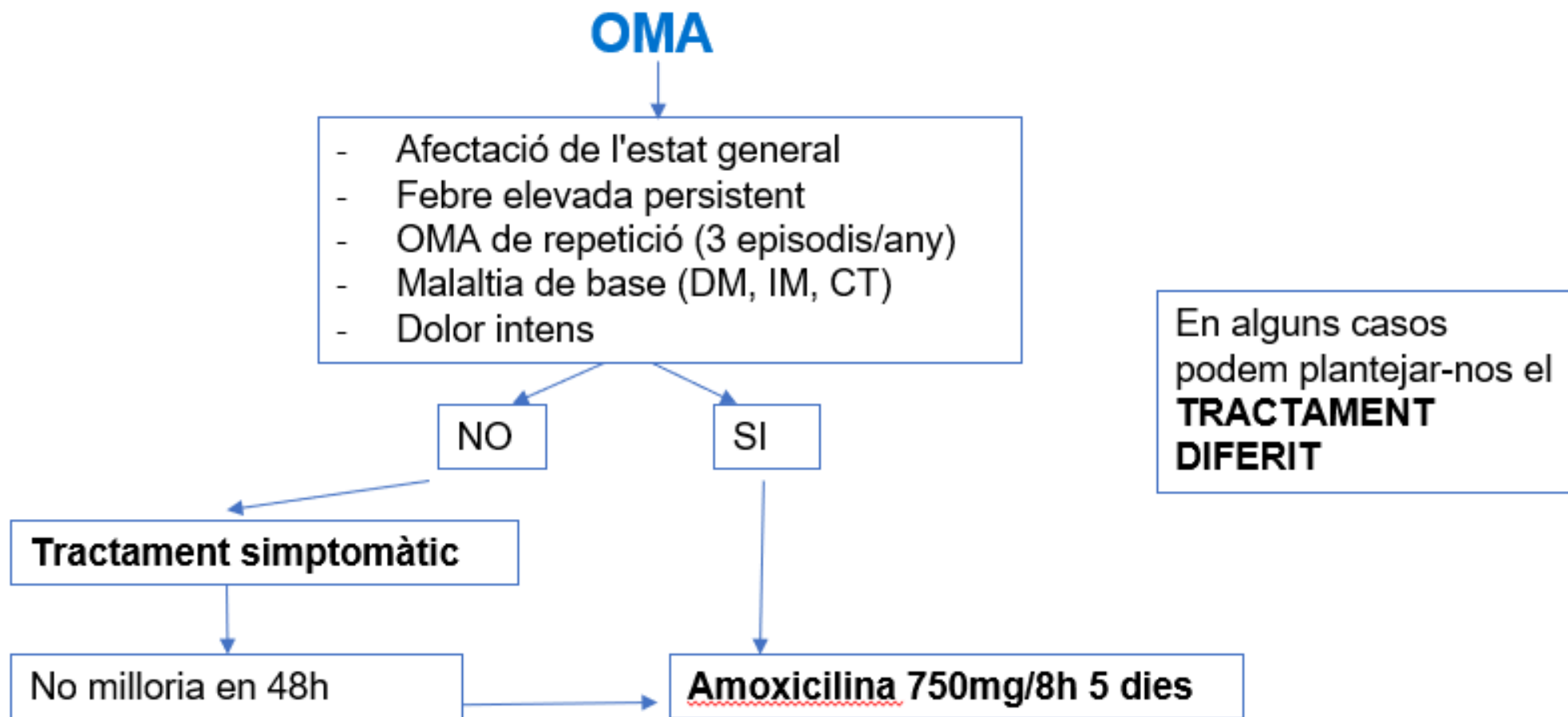
- **Clínica: otàlgia** (brusca) + hipoacúsia ± febre ± otorrea purulenta (si trencament de la membrana, amb milloria del dolor).
- **Exploració física:**
 - **Membrana timpànica inflamada i bombada (VPP 99%), opacificació o eritema +/- nivell hidroaeri.**
 - Signe del trago negatiu.

- Membrana timpànica (MT):
 - OMA: **bombament de la MT**
 - OMS: retracció de la MT.
- OMA amb signes inflamatoris (dolor, calor local, eritema) a regió retro auricular i mastoïdea, amb protrusió del pavelló auricular, sospitar mastoïditis.
- **Cultius. No**

- **75-90% otitis autolimitades** i de curs benigne.
- Durada: 4-7 dies
- Tractament simptomàtic amb **analgèsia**
- Cal **evitar l'entrada d'aigua** a les orelles pel risc de perforació timpànica
- Evitar fum tabac i altres contaminants

- 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

Otitis mitjana aguda en adults



	Primera opció	Alternativa
Persones adultes (inclou embarassades i dones lactants)	Amoxicil·lina 750 mg/8 h per via oral durant 5 dies.*	Amoxicil·lina - àcid clavulànic 875/125 mg/8 h* per via oral durant 5 dies.*
↳ Persones al·lèrgiques a la penicil·lina	Doxiciclina: 1a dosi de 200 mg, seguida de 100 mg/12 h, fins a un total de 5 dies.* En cas d'embaràs i/o lactància: eritromicina 500 mg/6 h durant 5 dies.*	Levofloxacina 500 mg/24 h per via oral durant 5 dies.* En cas d'embaràs i/o lactància: derivar a l'especialista.

* Si no millora al cap de 72 h del tractament de primera opció.

⌘ Durada del tractament:

- En formes lleus/moderades: 5 dies.
- En formes greus (pèrdua significativa de l'audició, dolor greu i/o eritema de la membrana timpànica marcat o recurrències): 7-10 dies.





- **NO evidència uso corticoides sistèmics vs placebo**
- **No evidència de l'ús de descongestionants 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.



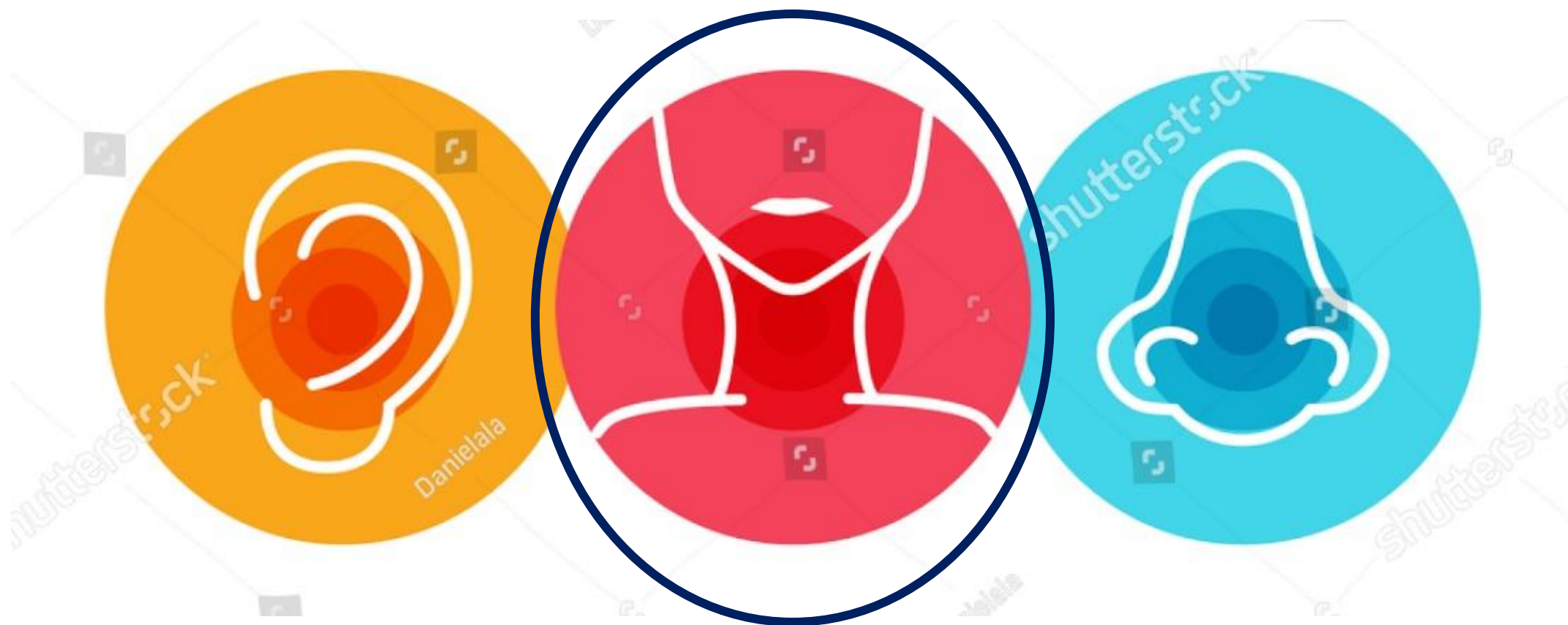
A urgències:

- Paràlisi facial perifèrica.
- Signes de meningitis.
- Sospita de mastoïditis o de complicació endocranial.

A otorrinolaringologia:

- Febre persistent i otitis mitjana de més de 7 dies.
- Més de 3 episodis a l'any.
- Un antecedent de criteri d'urgències.

FARINGOAMIGDALITIS





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



Test de Centor -Mclsaac – Avaluació del risc de faringitis estreptocòccica

Criteri clínic	Puntuació
Febre > 38 °C	+1 punt
Absència de tos	+1 punt
Amígdales amb exsudat	+1 punt
Adenopaties cervicals anteriors doloroses	+1 punt
Edat 3–14 anys	+1 punt
Edat 15–44 anys	0 punts
Edat ≥45 anys	–1 punt

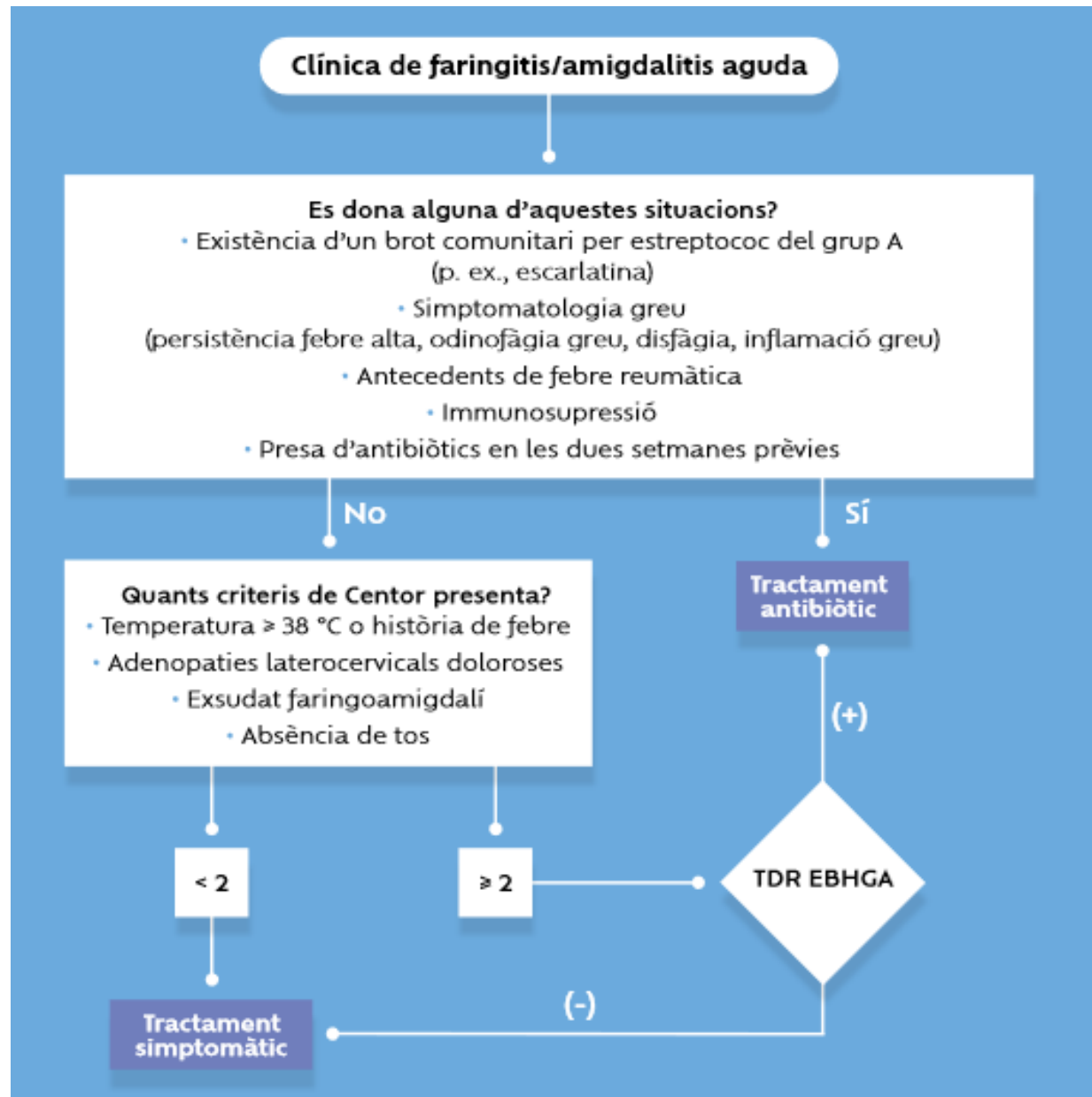


Interpretació dels resultats

Puntuació segons els criteris de Centor-Mclssaac	Probabilitat d'infecció per EBHGA	Criteris d'indicació del test diagnòstic i tractament
0 punts	1-2,5%	No cal fer el test i no s'ha d'administrar tractament amb antibiòtic.
1 punt	5-10%	
2 punts	11-17%	Cal fer el test ràpid (faringotest) i valorar començar un tractament amb antibiòtic.
3 punts	28-35%	
≥ 4 punts	51-53%	

Si tenim un Centor de 2 o més punts farem un FARINGOTEST.

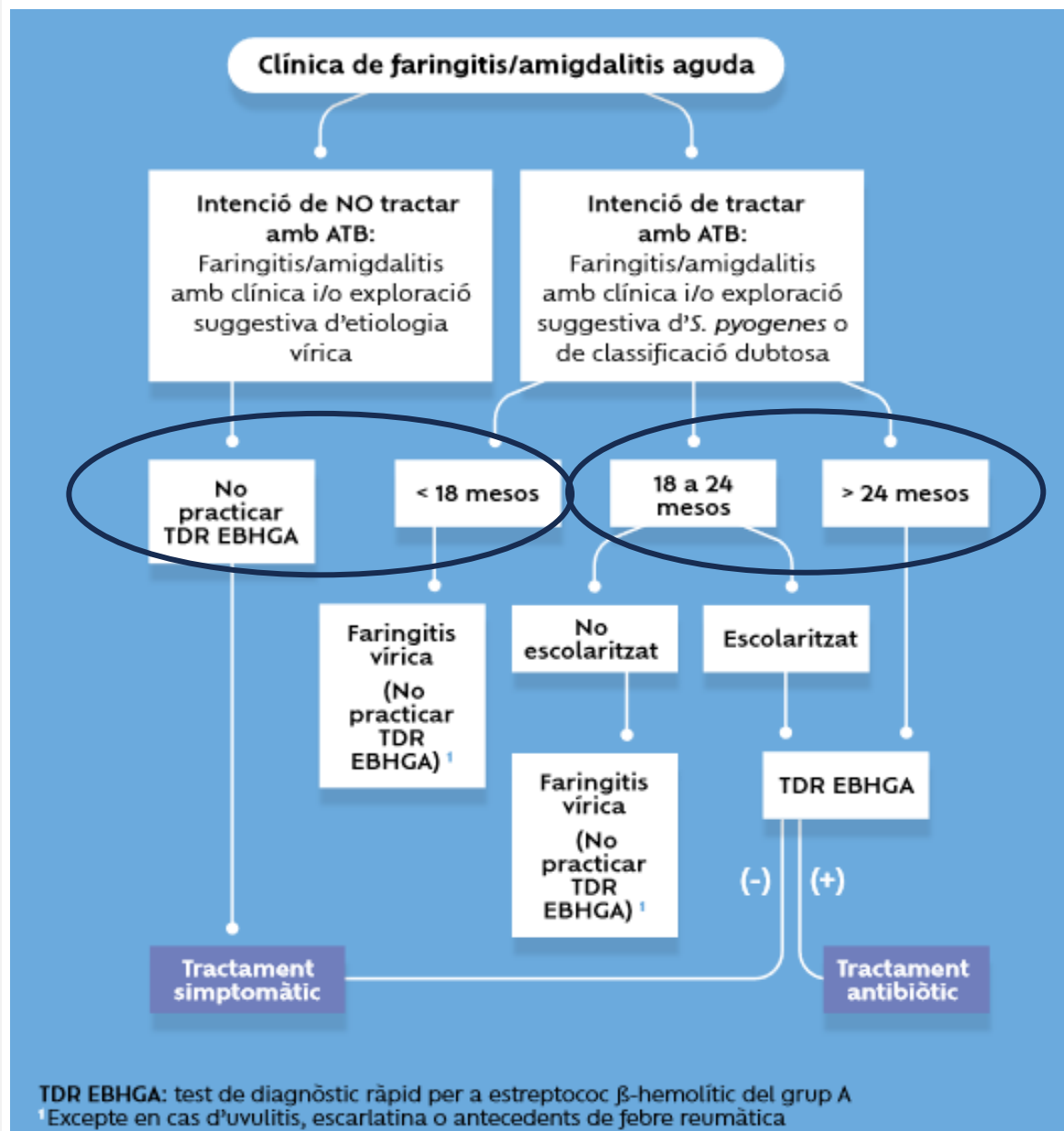
ADULTS



S'hauria de fer a tothom un TDR independent del Centor?

- La **major validesa del test s'ha demostrat en la població de més risc** de faringoamigdalitis estreptocòccia.
Es recomana TDR només si Centor > 1 punt.
- **No distingeix infecció aguda i estat 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.

Els TDR han aconseguit reduir la prescripció innecessària d'antibiòtics en un 84% en les faringitis.



L'evidència no permet establir la utilitat de les escales de predicció clínica (Centor, Centor-McIsaac i FeverPAIN) en pediatria.

PEDIATRIA
NO CENTOR



FARINGOAMIGDALITIS VÍRICA

Quadre catarral associat a:

Tos

Afonia

Conjuntivitis

Rinorrea

Vesícules o aftes a l'orofaringe

Diarrea

FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA

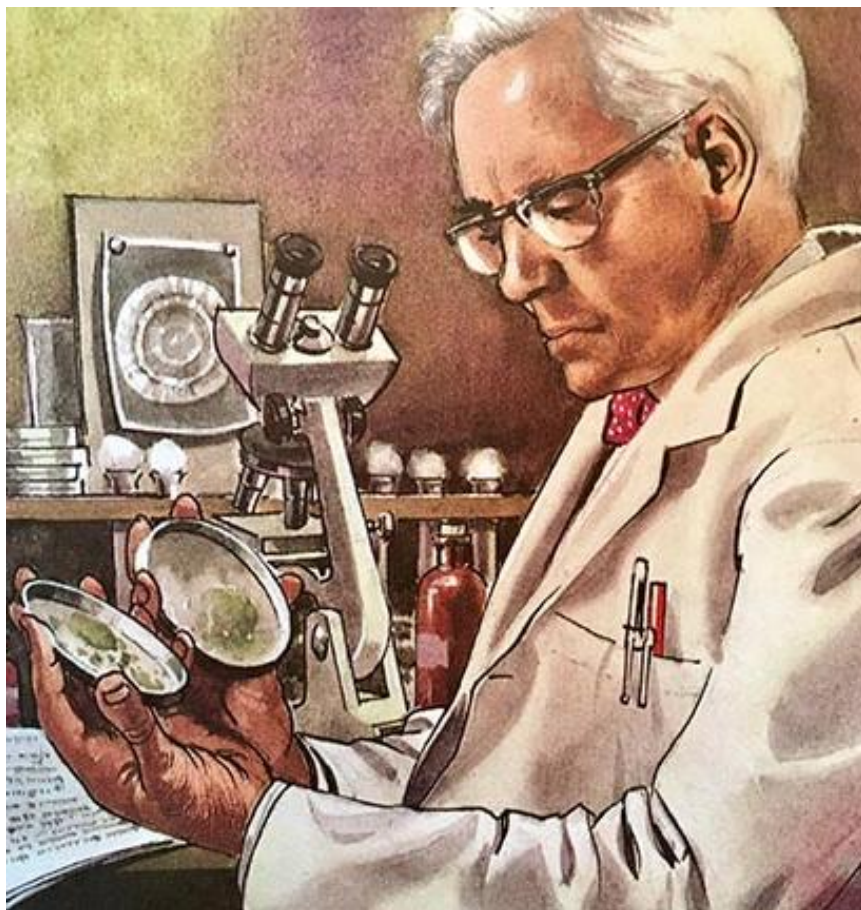
Petèquies al paladar

Escarlatina

Uvulitis

Inflamació intensa faringoamigdalària

Adenopaties cervicals anteriors doloroses



Resistències del *S. pyogenes* a la penicil·lina

S. pyogenes o estreptococ β -hemolític del grup A (EBHGA)



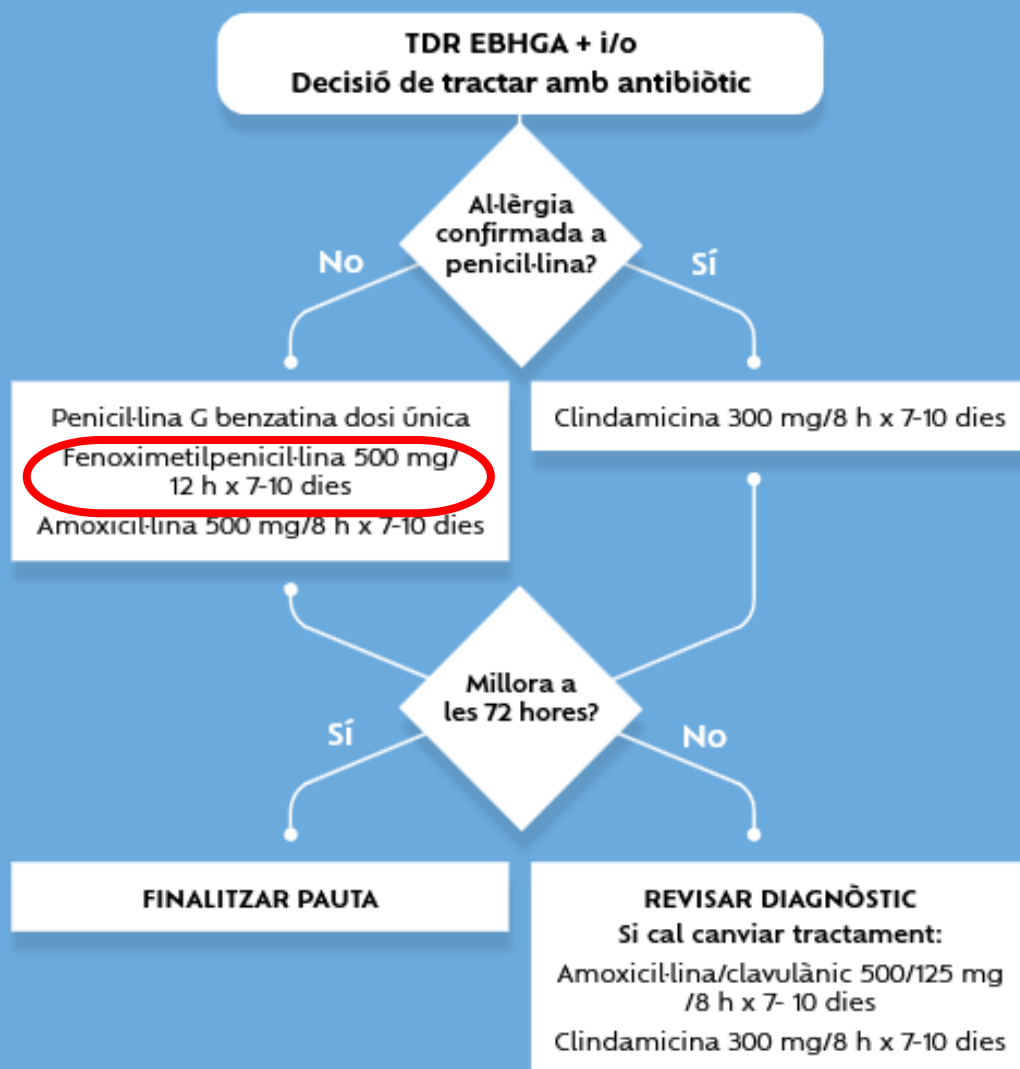
0 %

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

<https://www.imer.mx/tropicalisima/2020/09/22/>

Consideracions prèvies:

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

PAUTA 10 DIES

	Primera opció	Alternativa**
Persones adultes	Penicil·lina V (fenoximetilpenicil·lina) 500 mg/12 h* per via oral durant 10 dies.‡	Amoxicil·lina 500 mg/8 h per via oral* durant 10 dies.‡
↳ Persones al·lèrgiques a la penicil·lina	Clindamicina 300 mg/8 h per via oral durant 10 dies.‡	Claritromicina 250 mg/12 h per via oral durant 10 dies.‡
Embarassades	Penicil·lina V (fenoximetilpenicil·lina) 500 mg/12 h per via oral durant 10 dies.‡	Amoxicil·lina 500 mg/8 h per via oral durant 10 dies.‡
↳ Al·lèrgiques a la penicil·lina	Clindamicina 300 mg/8 h per via oral durant 10 dies.‡	Derivar a l'especialista.
Lactància	Penicil·lina V (fenoximetilpenicil·lina) 500 mg/12 h per via oral durant 10 dies.‡	Amoxicil·lina 500 mg/8 h per via oral durant 10 dies.‡ o clindamicina 300 mg/8 h per via oral durant 10 dies.‡
↳ Al·lèrgiques a la penicil·lina	Clindamicina 300 mg/8 h per via oral durant 10 dies.‡	Claritromicina 250 mg/12 h per via oral durant 10 dies.‡

* En cas de risc de d'incompliment o intolerància oral: penicil·lina G-benzatínica IM 1,2 × 10⁶ UI (1,2 MUI) dosi única (si hi ha al·lèrgia a penicil·lina, cal individualitzar el tractament).

** Indicada en faringoamigdalitis recurrent o per contraindicació a la primera opció.

‡ Durada del tractament:

- Faringoamigdalitis aguda (primer episodi): 10 dies.
- Faringoamigdalitis recurrent: 7-10 dies.



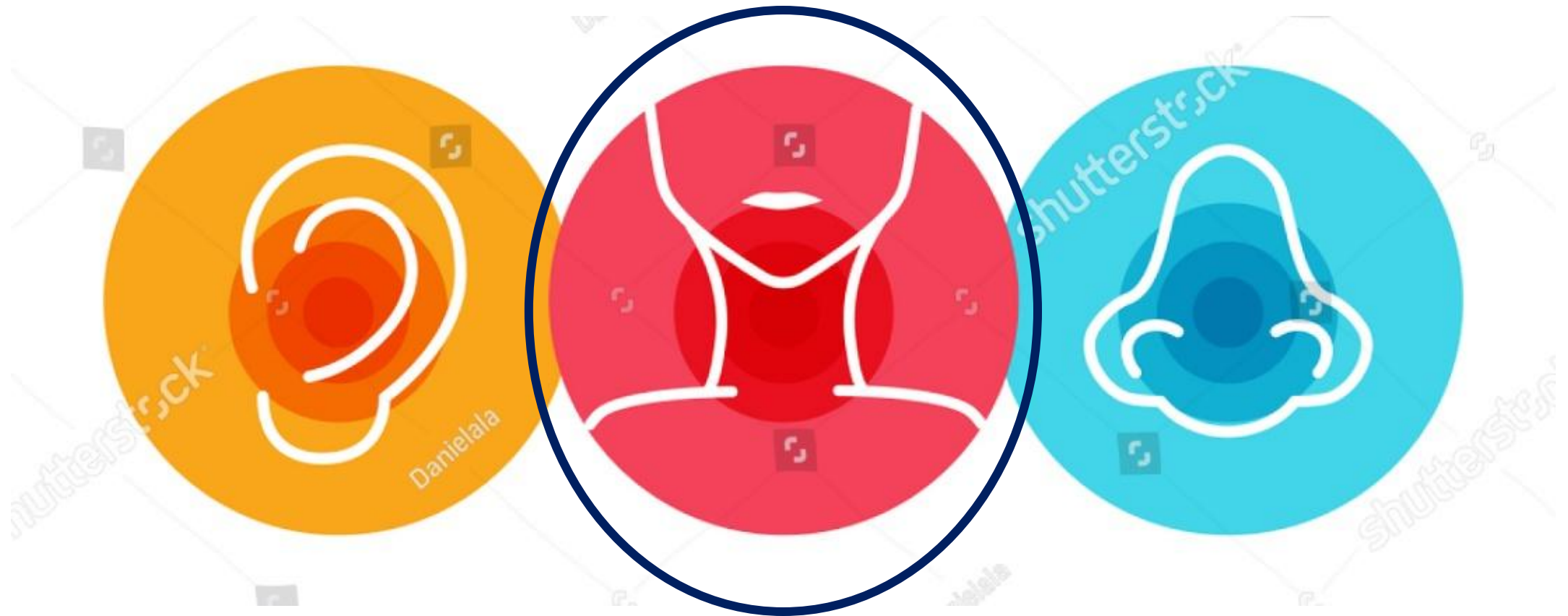
A urgències

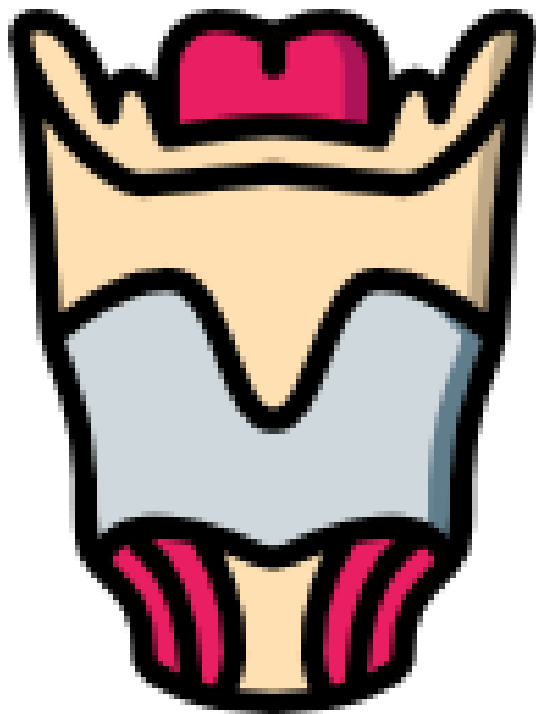
- Complicació supurada local, **abscess periamigdalí**.
- Impossibilitat de completar el tractament oral o ingerir líquids per disfàgia absoluta.
- Sospita de diftèria o angina de Vincent amb dispnea.

A otorrinolaringologia

- Pacients **candidats a amigdalectomia** (els que tenen més de cinc episodis anuals incapacitants que no permeten fer vida normal).

LARINGITIS





- Inflamació de la laringe (cordes vocals)
- **Autolimitada:** < tres setmanes.
- L'etiologia és fonamentalment **vírica**.
- L'origen també pot ser **no infecciós**, com a resultat d'un microtrauma en la mucosa per forçar la veu o tossir.
- Tractament simptomàtic i repòs de la veu.



No s'ha de tractar amb antibiòtic

- Laringitis de repetició: s'ha de valorar l'etiologia no infecciosa (reflux gastroesofàgic).
- Pacients amb clínica **d'afonia superior a tres setmanes** i amb absència de clínica d'infecció respiratòria aguda per fer un examen més complet. Derivar ORL.





- Tos amb durada **inferior a 3 setmanes**.
- **Etiologia**: causada per **infeccions virals** del tracte respiratori superior, refredat o grip (60 %) o per una bronquitis aguda (20 %)
- **Diagnòstic**: **criteris clínics** (tos seca o tos productiva).
- **Tractament**: **etiològic** segons el diagnòstic.
- Valorar antitussígens en cas de tos incoercible.

- Dificultat respiratòria
- Hemoptisi
- Pèrdua de pes.
- Febre > 1 setmana
- Factors de risc de TBC (exposició), d'infecció per VIH, ttx amb cortis o ID.
- Edema a EEII + augment de pes.
- Pneumònia recurrent.
- Disfàgia.

Tenir en compte que la tos crònica també comença com una tos aguda, i algunes poden ser greus des de l'inici.

Sospita de tos ferina: *Bordetella pertussis*

- Tos subaguda paroxística amb estridor inspiratori i/o vòmits.
- Sospitar sobretot si antecedents de contacte estret amb un cas positiu

1. Cal fer un **frotis nasofaringi** o obtenir un aspirat nasofaringi.

Prova sol·licitada: PCR per a *Bordetella pertussis*.

1. S'ha d'iniciar el tractament aviat amb **azitromicina 500 mg per via oral el primer dia i 250 mg/24 h durant 4 dies.**

RINOSINUSITIS AGUDA



- Procés **inflamatori i infecció** dels sins paranasals i la cavitat nasal.
- Sol coexistir la rinitis i la sinusitis: Rinosinusitis
- Presencia de **dos o més dels següents símptomes:**
(al menys un dels dos primers):
 - ❑ **Bloqueig nasal / obstrucció / congestió.**
 - ❑ **Descarrega nasal (anterior o posterior).**
 - ❑ Dolor / pressió facial.
 - ❑ Hipòsmia / anòsmia.

Essencial

Afegint valor a la pràctica clínica

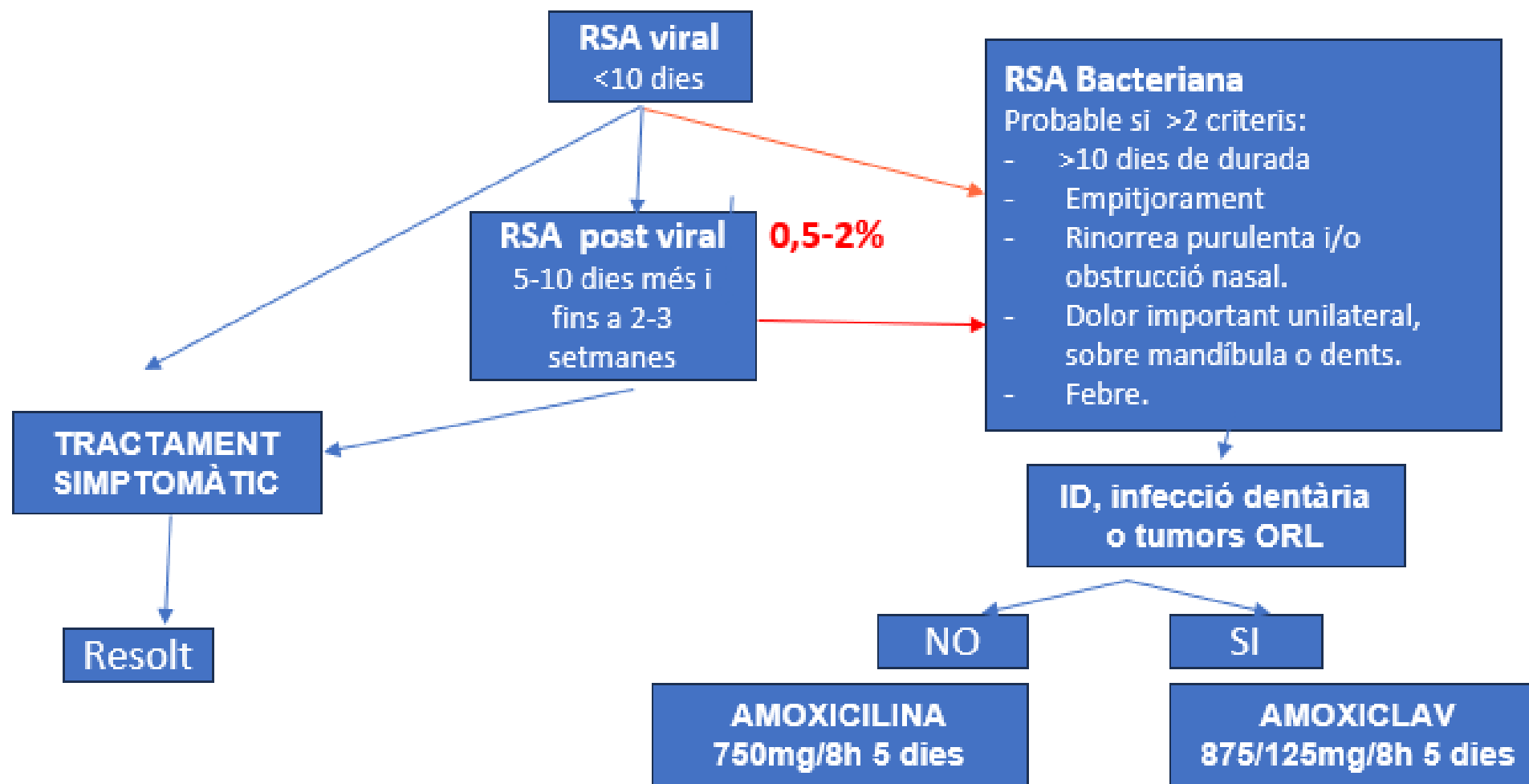
Febrer
2017

Radiografia de sins paranasals en la rinosinusitis en adults

En persones adultes amb rinosinusitis aguda no complicada, la radiografia de sins no aporta valor al maneig del pacient.

- Les radiografies sinusals **no** estan indicades en RSA.
- **Només per criteris radiològics no es pot fer dx**
- Els pacients amb catarro comú presenten signes radiològics de sinusitis maxil·lar aguda (nivells i opacitat del si) 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

Sinusitis adults



Estat clínic	Tractament recomanat
● RSA vírica (<10 dies, símptomes lleus)	• Educació i autocura • Rentats salins • Analgèsics (paracetamol/AINEs) • Evitar antibiòtic
● RSA post-viral (símtomes >10 dies)	• Corticoides intranasals (INCS) • Tractament simptomàtic (analgèsics, rentats) • Sense antibiòtic d'entrada
● RSA bacteriana (≥3 criteris clínics)	• Corticoides intranasals (INCS) • <i>Antibiòtic de primera línia: amoxicil·lina 750 mg/8h</i> Durada: 5 dies
▼ Mala evolució o factors de risc	• Amoxicil·lina/clavulànic 875-1000 mg/8h • Considerar proves addicionals i derivació
● No millora després de 10 dies d'antibiòtic	• Reavaluació diagnòstica • Derivar a ORL o nivell terciari • Considerar resistències, comorbiditats o complicacions
🚨 Símtomes d'alarma o complicacions	- Derivació hospitalària urgent



A urgències

- Febre molt elevada o estat tòxic o signes d'afectació sistèmica.
- Simptomatologia ocular / cel·lulitis / edema periorbitari.
- Simptomatologia de SNC / cel·lulitis frontal / cefalea amb mal control del dolor.

A otorrinolaringologia

- Sinusitis recurrent o crònica.*

* Sinusitis recurrent: > 3 episodis a l'any. Sinusitis crònica: sinusitis que dura > 12 setmanes

Maneig i tractament de patologia infecciosa de via respiratòria alta en persones adultes en l'AP. Novembre 2024.

- El **signe del tragus** és útil pel diagnòstic diferencial de les otitis.
- La majoria de les patologies de vies altes son autolimitades i el tractament inicial sol ser **simptomàtic**.
- **Tractament antibiòtic rutinari no està justificat.**
- El risc de complicacions és baix.
- La **majoria no requereixen proves complementàries**.
- El tractament s'ha de basar en l'etiologia i la gravetat.
- La importància de les **pautes curtes**.
- Aplicar **criteris de Centor/ Mc Isaac** en FA. TDRA si ≥ 2 criteris
- Streptest positiu: penicil·lina
- Laringitis NO indicat antibiòtic, ni broncodilatadors ni mucolítics.
- OMA i rinosinusitis, en cas d'inicació d'atb, amoxicil·lina 750mg/8h 5 dies

- PRAN. Guia terapèutica antimicrobiana del SNS.
- Maneig i tractament de patologia infecciosa de via respiratòria alta en persones adultes en l'AP. Novembre 2024.
- Guia terapèutica de l'ICS.
- DOI: 10.016/j.rmclc.2016.11.19.
- DOI: 10.1016/j.rmclc.2024.05.008. Paciente que consulta por tos.
- Manual MSD Otitis Externa Aguda. Revisió febrer 2024.
- Guia ABE Asociación Española de Pediatría. Revisió octubre 2024.
- Manejo farmacológico de la rinosinusitis. Boletí farmacoterapéutico de Castilla la Mancha. 2024

MOLTES GRÀCIES

