

Tabla 1 Grupos de riesgo en la gripe

Niños > 6 meses con enfermedades cardiovasculares o pulmonares (incluida asma).
 Diabéticos.
 Insuficiencia renal.
 Anemia crónica.
 Mayores de 65 años.
 Residentes en asilos.
 Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma).
 Enfermedades cardiovasculares.
 Pacientes inmunodeprimidos.
 Sida.
 Desnutrición.
 Cáncer.
 Tratamientos prolongados: corticoides, quimioterápicos.
 Personal sanitario.

Tabla 2 Tratamiento de la otitis externa**Otitis externa difusa**

Tratamiento	Antibiótico	Posología
De elección	Ácido acético al 2% Neomicina + polimixina B	2 inst/8 h/10 días 5-10 got/8 h/8-10 días
Alternativo	Ciprofloxacino	4-6 gotas/8 h/8-10 días

Otitis externa localizada

Tratamiento	Antibiótico	Posología
De elección	Cloxacilina	1 g/6 h vo x 10 días
Alternativos	Amoxicilina/clavulánico Cefuroxima axetilo *Macrólidos	500/125 mg/8 h vo 500 mg/12 vo

Otomicosis

Patógeno	Antibiótico	Posología
Candida	Nistatina tópica	3 semanas tópico
Aspergillus	**Anfotericina B al 3% **Clotrimazol al 1% **Ketoconazol Itraconazol (si es preciso)	3 semanas tópico 3 semanas tópico 3 semanas tópico 2 semanas v.o.

*: Alergia a Betalactámicos. **También activo en Cándidas; v.o. = vía oral.

Tabla 3 Factores favorecedores del desarrollo de rinosinusitis

- Infección viral de vías respiratorias altas.
- Rinitis alérgica.
- Rinitis por fármacos.
- Obstrucción anatómica (hipertrofia adenoidea o amigdalar, desviación del tabique nasal, pólipos nasales, fisura palatina).
- Infecciones o extracciones dentales.
- Cambios hormonales (pubertad, embarazo, anticonceptivos orales).
- Humo del tabaco.
- Cocaína.
- Natación.
- Inmunodeficiencia.
- Enfermedades con disfunción mucociliar (fibrosis quística, síndrome de Kartagener, síndrome del cilio inmóvil).
- Bronquiectasias.
- Asma (especialmente si hipersensibilidad a la aspirina y pólipos nasales).
- Cirugía paranasal previa.
- Ventilación mecánica, sonda nasogástrica.

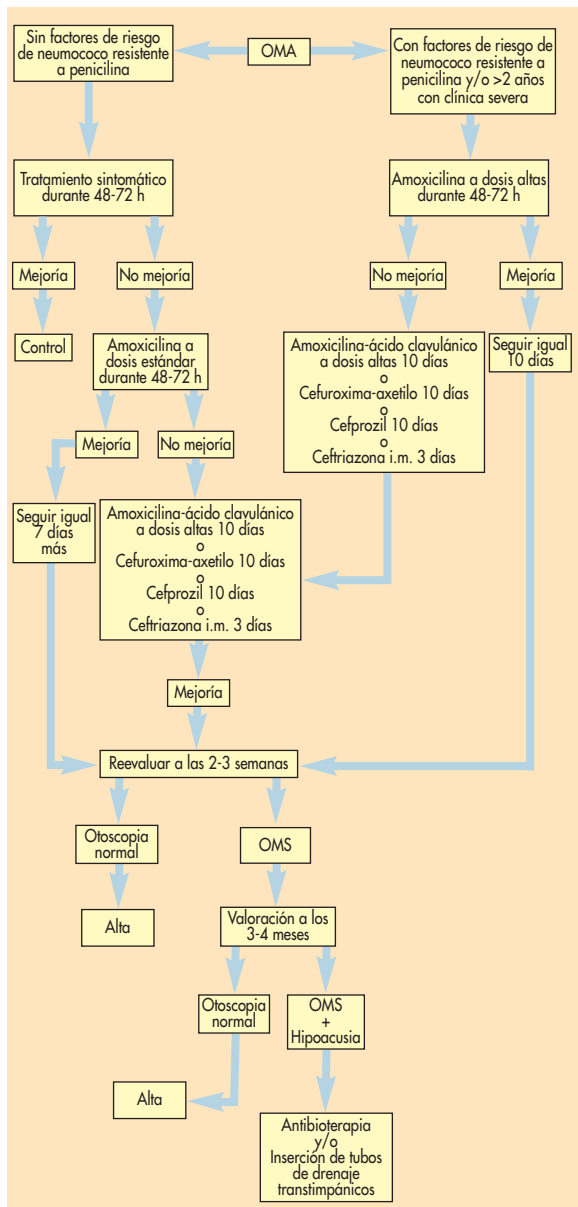


Figura 1: Algoritmo de tratamiento de la otitis media aguda (OMA). OMS: otitis media serosa.

Tabla 4 Síntomas y signos relacionados con rinosinusitis

Mayores	Menores
- Dolor facial o sensación de presión o pesadez facial.	- Cefalea.
- Obstrucción nasal.	- Halitosis.
- Secreción nasal espesa.	- Dolor dental.
- Hiposmia o anosmia.	- Tos.
- Congestión facial.	- Otagia, sensación de presión o llenado de oído.
- Fiebre (sólo en sinusitis aguda).	- Cansancio.
	- Fiebre (no sinusitis aguda).

La presión/dolor facial o la fiebre (en sinusitis aguda) no sugieren aisladamente el diagnóstico de sinusitis en ausencia de otros síntomas/signos mayores.

Diagnóstico de sinusitis es más probable si existen:

Al menos 2 síntomas/signos mayores o

Al menos 1 síntoma /signo mayor + 2 síntomas/signos menores.

Tabla 5 Etiología

Comienzo	Vírica gradual	Bacteriana brusco
Edad	menos de 3 años	más de 6 años
Odinofagia	+	+++
Fiebre	variable	alta
Edema/hiperemia faríngea	++	++
Exudados	++	++
Petequias en paladar	+(VHB)	++
Adenopatías dolorosas	+	+++
Rinitis	+++	+/-
Otitis	++	+/-
Síntomas digestivos	++	+/-

Sintomatología de sinusitis aguda

Pautar antibioterapia

Alergia confirmada a la penicilina

Si

No

Macrólido

Amoxicilina 500 mg/8 h

Mejora en 48-72 horas

Mejora en 48-72 horas

No

Si

Si

No

Finalizar la pauta

Fluoroquinolona

Amoxicilina + ácido clavulánico 875-125 mg, o bien, cefalosporina o fluoroquinolona si hay intolerancia gastrointestinal

Figura 2: Algoritmo de actuación ante una sinusitis.**Tabla 6 Antibioterapia en faringoamigdalitis**

	Tratamiento	Alternativas	Otros tratamientos
Faringoamigdalitis aguda	Penicilina Amoxicilina Amoxi-clavulánico Cefalosporinas orales*	Telitromicina** Miocamicina Azitromicina Claritromicina	Clindamicina
Faringoamigdalitis recurrente	Telitromicina Amoxicilina/clavulánico		
Todas las faringo-amigdalitis donde los β-lactámicos no están indicados	Telitromicina***	Miocamicina Azitromicina Claritromicina	

*Cefadroxilo y Cefuroxima.

**No menores de 12 años.

***En niños, la primera opción es el uso de macrólidos.

Tabla 7 Antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica

Antibiótico	Administración	Dosis	Duración
Penicilina	Oral (sobres)	< 11 años: 250 mg cada 8-12 h > 11 años: 500 mg cada 8-12 h	10 días
Penicilina G benzatina	Intramuscular	< 25 kg: 600.000 U > 25 kg: 1.200.000 U	1 día
Amoxicilina	Oral (suspensión, sobres, cápsulas)	40-50 mg/kg/ día cada 8h 500 mg cada 8 h	8-10 días
Amoxicilina + ácido Clavulánico	Oral (suspensión, sobres, cápsulas)	40-50 mg/kg/ día cada 8h 500 mg cada 8 h	8-10 días
Eritromicina	Oral (suspensión, sobres, cápsulas)	30-50 mg/kg/ día cada 8-12 h 250- 500 mg cada 6- 8 h	10 días
Claritromicina	Oral (suspensión, sobres, Cápsulas)	15 mg/kg/ día cada 12 h 250 mg cada 12 h	5-10 días
Azitromicina	Oral (suspensión, sobres, cápsulas)	10- 15 mg/kg/ día 500 mg/ día una toma única diaria	3-5 días
Telitromicina	Oral (comprimidos)	800 mg/día una toma única diaria	5 días

Tabla 8 Tratamiento antibiótico en la bronquitis aguda cuando existe indicación

	Antibiótico	Posología	Duración
De elección	Sintomático		
Alternativos	Eritromicina	500 mg/6 h	7 días
	Roxitromicina	150 mg/12 h	7 días
	Claritromicina	250 mg/12 h	10 días
	Azitromicina	500 mg/24 h	3 días

Tabla 9 Etiología más frecuente de la NAC

Grupo de riesgo	Microorganismos más frecuentes
Grupo 1: Pacientes con criterios de tratamiento ambulatorio.	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydia spp.</i> <i>Coxiella burnetti</i> <i>Legionella pneumophila</i>
Grupo 2: Pacientes con criterios de vigilancia (<24h) en un servicio de urgencias.	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> Microorganismos anaerobios (flora orofaríngea) <i>Legionella pneumophila</i> <i>Chlamydia spp.</i>
Grupo 3: Pacientes con criterios de hospitalización.	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Legionella pneumophila</i> Enterobacterias <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Chlamydia spp.</i>

Tabla 10 Criterios de Fine y cols. (1997)

	Criterios	Puntuación	Pacientes no incluíbles en Grupo I
Menos de 50 años Y ninguno de estos criterios: GRUPO I	Hombre	Edad en años	
	Mujer	Edad-10	
	Residencia ancianos	10	
	Ins. cardíaca congestiva	10	
	Enf. vascular cerebral	10	
	Enfermedad renal	10	
	Hepatopatía	20	
	Neoplasia	30	
	FC 125 ppm	10	≤ 70 puntos: GRUPO II
	T° < 30 o ≥ 40	15	
	FR ≥ 30	20	71-90 puntos: GRUPO III
	PAS < 90 mm Hg	20	
	Desorientación	20	91-130 puntos: GRUPO IV
	Glucemia ≥ 250 mg/dl	10	
	Hematocrito < 30%	10	> 130 puntos: GRUPO V
	PaO ₂ < 60 mmHg o Sat O ₂ < 90%	10	
	Sodio < 130 mmol/l	20	
Nitrógeno uréico 30 mg/dl	20		
pH arterial < 7,35	30		
Derrame pleural	10		

Tabla 11 Diferentes pautas de tratamiento empírico propuestas por diferentes sociedades científicas para pacientes diagnosticados de NAC susceptibles de tratamiento ambulatorio

	Primera elección	Alternativo
SEPAR/1997	Síndrome típico: b-lactámico* Síndrome atípico: macrólido**	Macrólido**/fluoroquinolona*** Fluoroquinolona***
SEPAR-SEQ/1998	Síndrome típico: amoxicilina oral Síndrome atípico: macrólido**	Fluoroquinolona***/macrólido** Fluoroquinolona***
ERS/1998	Amoxicilina oral o macrólido** o doxiciclina	Cefalosporina oral Fluoroquinolona***
IDSA/2000	En <50 años: macrólido** o doxiciclina En >50 años: fluoroquinolona***	Amoxicilina-clavulánico o cefuroxima oral
CONSENSO SEPAR-SEQ-SEMI-SEMES/2003	Clase I: telitromicina v.o. o moxifloxacino/levofloxacino v.o. Clase II: telitromicina v.o. o moxifloxacino v.o. o levoflo-xacino i.v. seguido de v.o. Clase III: - Hospitalización convencional: ceftriaxona i.v. asociada a un macrólido (azitromicina o claritromicina) v.o. o i.v. o levofloxacino i.v. o v.o. - Hospitalización en UCI: cefotaxima, ceftriaxona o cefepima i.v. asociada a levofloxacino i.v.	Macrólido (azitromicina o claritromicina) Ceftriaxona i.v. o amoxi-clav i.v.(o v.o.) asociadas a un macrólido v.o. Amoxi-clavulánico i.v. asociada a un macrólido (azitromicina o claritromicina) v.o. o i.v. Cefotaxima, ceftriaxona o cefepima i.v. asociada a un macrólido (azitromicina o claritromicina) i.v.

* Amoxicilina oral o cefuroxima oral o penicilina procaina i.m. ** Eritromicina o claritromicina o azitromicina orales.

*** Levofloxacino o moxifloxacino orales.

Tabla 12 Resistencias de los microorganismos más frecuentemente implicados en la etiología de la NAC

	<i>S. pneumoniae H. influenzae M. catharralis</i>		
Prod. b-lactamasas	-	27%	88%
Penicilina	36%	-	100%
Amoxicilina	24%	0%	100%
Amoxi-clavulánico	26%	-	0%
Cefuroxima	46%	-	0%
Cefotaxima	15%	-	0%
Ceftriaxona	9%	-	0%
Cefaclor	-	6-17%	0%
Eritromicina	35%	-	0%
Claritromicina	31%	2,4-2,8%	0%
Azitromicina	35%	2,4-2,8%	0%
Levofloxacino	5%	2,5	0%
Telitromicina	5%	0%	0%

Tabla 12 Resistencias de los microorganismos más frecuentemente implicados en la etiología de la NAC

	CMI < 0,06 µg/l (sensible)	CMI 0,12-1 µg/l (sensibilidad intermedia)	CMI > 2µg/l (resistente)
Penicilina G	+++	+++	++/-
Amoxicilina	+++	++	+/-
Cefuroxima axetilo	+++	++	+/-
Ceftriaxona	+++	+++	++/-
Cefotaxima	+++	+++	++/-
Ofloxacino	+++	++	+/-
Levofloxacino	+++	+++	+++ / ++
Eritromicina	+++	+	-
Claritromicina	+++	+	-
Azitromicina	+++	+	-
Telitromicina	+++	+++	+++ / ++

+++ : Buena eficacia clínica (>90% cepas sensibles).

++ : Eficacia clínica probable (>75% cepas sensibles).

+ : Eficacia clínica posible (>50% cepas sensibles).

+/- : Poca evidencia de eficacia clínica (>40% cepas sensibles).

- : No evidencia de eficacia clínica (<40% cepas sensibles).

Tabla 14 Dosis y vías de administración de los antibióticos para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad

Amikacina	15 mg/kg/24h	i.v.
Amoxi-clavulánico	875/1000-125 mg/8h	v.o.
Amoxi-clavulánico	2-0,2 g/8h	i.v.
Azitromicina	500 mg/24h	v.o-i.v. (3días)
Cefepima	2 g/ 12h	i.v.
Cetotaxima	1-2 g/8h	i.v.
Ceftriaxona	1-2 g/24h	i.v.
Ciprofloxacino	500-750 mg/12h	v.o.
Ciprofloxacino	400 mg/8-12h	i.v.
Claritromicina	500 mg/12h	v.o-i.v.
Clindamicina	300 mg/8h	v.o.
Clindamicina	600 mg/8h	i.v.
Ertapenem	1 g/24h	i.v.
Imipenem	1 g/8h	i.v.
Levofloxacino	500 mg/24h	v.o.-i.v.
Meropenem	1 g/8h	i.v.
Moxifloxacino	400 mg/24h	v.o.
Piperacilina-tazobactam	4-0,5 g/6-8h	i.v.
Telitromicina	800 mg/24h	v.o.
Tobramicina	6 mg/kg/24h	i.v.