

Aproximación clínica y terapéutica a las infecciones de las vías respiratorias. Documento de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Elisa Cordero Matía^a, Juan de Dios Alcántara Bellón^b, Javier Caballero Granado^c, Javier de la Torre Lima^d, José Antonio Girón González^e, Carmen Lama Herrera^f, Ana Morán Rodríguez^g y Ángel Zapata López^h; Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (SAEI) y Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)

^aHospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. ^bCentro de Salud Bollullos Par del Condado. Huelva. España.

^cHospital de Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. España. ^dHospital Costa del Sol. Marbella. Málaga. España. ^eHospital Puerta del Mar. Cádiz. España.

^fServicios centrales. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España. ^gDispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Bahía de Cádiz. Cádiz. España.

^hHospital del SAS de Jerez de la Frontera. Jerez. Cádiz. España.

Las infecciones respiratorias distintas de la neumonía son frecuentes y una de las causas más comunes de prescripción de tratamiento antibiótico. A pesar de ello, hay escasos documentos o guías de práctica clínica que aborden en su conjunto este grupo de infecciones. Este Documento de Consenso ha sido realizado por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria. El objetivo primario ha sido definir las indicaciones terapéuticas y el diagnóstico de las infecciones respiratorias tratadas. Desde este punto de vista, el documento se ha estructurado en varias partes cada una de las cuáles se ocupa de un síndrome clínico: a) faringoamigdalitis; b) sinusitis; c) otitis aguda media y externa; d) bronquitis aguda, laringitis aguda y epiglottitis; e) tratamiento antimicrobiano de la exacerbación aguda de la bronquitis crónica, y f) infecciones respiratorias en pacientes con bronquiectasias. Este documento se ha centrado en pacientes inmunocompetentes.

Palabras clave: Faringitis. Bronquitis. Sinusitis. Otitis. Laringitis. Bronquiectasias.

Clinical and therapeutic management of respiratory tract infections. Consensus document of the Andalusian Infectious Diseases Society and the Andalusian Family and Community Medicine Society

Respiratory tract infections are frequent and they are one of the commonest causes of antibiotic prescription. However, there are few clinical guidelines that consider this group of infections. This document has been written by the Andalusian Infectious Diseases Society and the Andalusian Family and Community Medicine Society. The primary objective has been to define the recommendations for the diagnosis and antibiotic treatment of respiratory tract infections apart from pneumonia. The clinical syndromes evaluated have been: a) pharyngitis; b) sinusitis; c) acute otitis media and otitis externa; d) acute bronchitis, laryngitis, epiglottitis; e) acute exacerbation of chronic bronchitis; and f) respiratory infectious in patients with bronchiectasis. This document has focused on immunocompetent patients.

Key words: Pharyngitis. Bronchitis. Sinusitis. Otitis. Laryngitis. Bronchiectasis.

Introducción

Las infecciones del tracto respiratorio son las más frecuentes. Si excluimos la neumonía, estas infecciones constituyen uno de los principales motivos de consulta y la primera causa de prescripción de antimicrobianos. A pesar de ello, hay escasos documentos o guías de práctica clínica que aborden en su conjunto este grupo de infecciones. El documento no pretende ser un tratado de las infecciones respiratorias distintas de la neumonía, sino un consenso de las recomendaciones diagnósticas y el tratamiento antimicrobiano de estas infecciones sustentado en el grado

Correspondencia: Dra. Elisa Cordero Matía.
Servicio de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: mcordero@cica.es

Este documento de consenso está siendo publicado de forma concomitante en la revista *Atención Primaria*.

TABLA 1. Fuerza de la recomendación y calidad de la evidencia

Categoría, grado	Definición
Fuerza de la recomendación	
A	Buena evidencia para recomendar su uso
B	Moderada evidencia para recomendar su uso
C	Pobre evidencia para recomendar su uso
D	Moderada evidencia para desaconsejar su uso
E	Buena evidencia para desaconsejar su uso
Calidad de la evidencia	
1	Evidencia de ≥ 1 ensayo clínico, aleatorizado y controlado
2	Evidencia de ≥ 1 ensayo clínico no aleatorizado, o estudio de cohortes o casos-control, preferiblemente de más de un centro
3	Recomendación de expertos, basada en experiencia clínica o descripción de casos

de evidencia de éstas. Las recomendaciones se basan en los datos científicos según los criterios de la Infectious Diseases Society of America¹ (tabla 1).

El objetivo primario de este documento ha sido definir las indicaciones terapéuticas y el diagnóstico de las infecciones respiratorias tratadas. Desde este punto de vista, el documento se ha estructurado en varias partes, cada una de las cuales se ocupa de un síndrome clínico: *a)* faringoamigdalitis; *b)* sinusitis; *c)* otitis aguda media y externa; *d)* bronquitis aguda, laringitis aguda y epiglotitis; *e)* tratamiento antimicrobiano de la exacerbación aguda de la bronquitis crónica, y *f)* infecciones respiratorias en pacientes con bronquiectasias. Este documento se ha centrado en pacientes inmunocompetentes.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed y las bases de datos de revisiones sistemáticas en The Cochrane Database of Systematic Reviews y UpToDate. Se han usado los siguientes descriptores: "pharyngitis", "tonsillitis", "sore throat", "sinusitis", "acute otitis media", "external otitis", "epiglottitis", "laryngitis", "acute bronchitis", "acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease" y se ha restringido la búsqueda a guías clínicas, metaanálisis, estudios controlados y aleatorizados, y ensayos clínicos.

Faringoamigdalitis

Se define como faringoamigdalitis la inflamación de la faringe y/o las amígdalas palatinas.

Etiología

Alrededor del 40% las faringitis/amigdalitis son debidas a infecciones virales. La infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA) (*Streptococcus pyogenes*) oscila en las series entre el 10 y el 20%; esta etiología es más frecuente en niños que en adultos, donde no supera el 15% de las causas de faringitis².

Aproximación clínico-diagnóstica

La cuestión ante un paciente con faringoamigdalitis es determinar si se trata de una infección por EBHGA, ya que fuera de esta etiología, la necesidad de tratamiento antimicrobiano es excepcional.

Los criterios de Centor (exudado amigdalino, adenopatía cervical anterior dolorosa o linfadenitis, ausencia de

tos y/o fiebre) son los criterios predictivos clínicos más usados. En comparación con los cultivos faríngeos, estos criterios clínicos tienen un 75% de sensibilidad y especificidad^{3,4}. Sin embargo, su aplicación puede llevar a un 50% de tratamientos antibióticos inapropiados.

El cultivo de exudado faringoamigdalino es el método de referencia para documentar la presencia del EBHGA (sensibilidad del 90-95%)⁵ (AII). Las técnicas de detección rápida de antígenos de EBHGA (TDRAE) permiten conocer su resultado en menos de una hora. Disponen de una especificidad superior al 95% y de una sensibilidad del 60-90%, y ésta es su mayor limitación⁶.

Recomendaciones diagnósticas:

– El diagnóstico de la faringitis por EBHGA debe basarse en datos epidemiológicos y clínicos, y apoyarse en la realización de cultivo y/o TDRAE. En niños y adolescentes, un TDRAE negativo obliga a realizar un cultivo para confirmar el resultado. Dada la baja incidencia de etiología estreptocócica y fiebre reumática en el adulto, ante un resultado negativo del TDRAE no es necesario realizar un cultivo (AII).

– Aunque algunos autores defienden el tratamiento empírico en adultos si se cumplen 3-4 criterios de Centor, la mayoría de expertos y dos recientes análisis de coste-efectividad recomiendan usar antibióticos sólo si alguno de los tests microbiológicos es positivo, preferentemente los TDRAE.

Tratamiento

Todo paciente con faringitis debe recibir tratamiento adecuado con analgésicos y antipiréticos³. Si bien los antibióticos son modestamente eficaces para reducir los síntomas de la faringitis aguda por EBHGA y prevenir las complicaciones de ésta (AII), sí consiguen los siguientes objetivos⁵: *a)* reducción, aunque leve, de la duración y la intensidad de la clínica (AI); *b)* prevención de complicaciones supurativas locales; *c)* prevención del contagio, y *d)* prevención de la fiebre reumática. El tratamiento antibiótico es útil para prevenir la fiebre reumática si se comienza hasta 9 días después del inicio de la clínica⁵ (AI).

Basado en su probada eficacia y seguridad, el espectro antibacteriano y el bajo coste, la penicilina es el tratamiento de elección en la faringitis por EBHGA en pacientes no alérgicos⁵ (AII). En la tabla 2 se muestran las opciones de tratamiento antibiótico. En niños puede usarse con igual eficacia la amoxicilina, que ofrece mejor tolerancia (sabor más agradable). En pacientes alérgicos a la penicilina, la alternativa en nuestro medio son los macrólidos y la clindamicina⁵. El tratamiento antibiótico debe durar 10 días para conseguir la erradicación del EBHGA.

En caso de un segundo episodio, puede volver a tratarse con la misma pauta inicial. Si se producen múltiples episodios de faringitis por EBHGA en el curso de meses, los fármacos que han demostrado una mayor capacidad para erradicar el EBHGA son la penicilina intramuscular, la amoxicilina-ácido clavulánico, la clindamicina y el cefadroxilo⁵ (AII).

Prevención

En las personas en contacto cercano (convivientes, escolares) con pacientes con faringitis por EBHGA que permanecen asintomáticas no es necesario realizar trata-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3402925>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3402925>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)