

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

Introducción

Las infecciones del tracto respiratorio son las infecciones 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. Este documento no pretende ser un tratado de las infecciones respiratorias distintas de la neumonía, sino un consenso de las recomendaciones diagnósticas y de tratamiento antimicrobiano de estas infecciones sustentado en el grado 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)* faringoam-

Puntos clave

- Las infecciones del tracto respiratorio son las más frecuentes y constituyen uno de los principales motivos de consulta y la primera causa de prescripción de antimicrobianos.
- El objetivo primario de este documento ha sido definir las indicaciones terapéuticas y diagnósticas de las infecciones respiratorias de vías altas.
- Los síndromes clínicos tratados son: *a)* faringoamigdalitis; *b)* sinusitis; *c)* otitis aguda media y externa, y *d)* bronquitis aguda, laringitis aguda y epiglotitis.
- Se ha realizado una búsqueda de revisiones sistemáticas para elaborar recomendaciones basadas en la evidencia.

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. Cádiz. España.

Correspondencia:

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 *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.

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

migdalitis; *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 y 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», restringiendo la búsqueda a guías clínicas, meta-

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 |

análisis, 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% de 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. Comparados 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:

TABLA 2
Tratamiento antibiótico de la faringitis por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA)

| De elección | | |
|-------------------------------|--|------|
| Penicilina benzatina G | 1,2 x 10 ⁶ U, i.m., 1 dosis | AII |
| | 0,6 x 10 ⁶ U en < 28 kg, i.m. | AII |
| Penicilina V | | |
| Niños: | 250 mg/8-12 h, v.o., 10 días | AII |
| Adultos: | 250 mg/8 h | AII |
| | 500 mg/12 h | CIII |
| | Amoxicilina 0,5-1 g/8 h, v.o., 10 días | |
| Alergia a penicilina | | |
| Clindamicina | 250 mg/8 h, v.o., 10 días | |
| Azitromicina | 500 mg/24 h, v.o. 3 días | |
| Si no es anafiláctica: | cefalosporinas de primera generación | AII |
| Faringitis de repetición | | |
| Penicilina benzatina G | 1,2 x 10 ⁶ U, i.m., 1 dosis | BII |
| Amoxicilina-ácido clavulánico | | |
| Niños: | 40 mg/kg/día (3 dosis) 10 días | BII |
| Adultos: | 500 mg/8 h | BIII |

– 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)⁵.

– 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 TDRAE⁶.

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 (AII), sí consiguen los siguientes objetivos⁵: a) reducción, aunque leve, de la duración e 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).

Sobre la base de su probada eficacia y seguridad, su espectro antibacteriano y su 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, ya que ofrece mejor to-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3458673>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3458673>

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