



# **GUÍA DE TERAPÉUTICA PRÁCTICA**

# GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

CRITERIOS MICROBIOLÓGICOS

CRITERIOS CLÍNICOS

CRITERIOS TERAPÉUTICOS

(FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS)

EVIDENCIA CIENTÍFICA

EXPERIENCIA CLÍNICA

GUÍA RAZONADA  
DE ACTUACIÓN



## GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

### Faringoamigdalitis

- La faringoamigdalitis (FA) es un proceso agudo febril que se acompaña de una inflamación del área con hallazgos de infección: Eritema con exudado (FA exudativa) o úlceras (FA ulcerativa) o con membranas (FA membranosa o pseudomembranosa).
- La mayoría de los FA son procesos víricos y, por tanto no precisan tratamiento antibiótico.
- Los principales problemas surgen con la etiología bacteriana, ya que numerosos microorganismo, con diferente interés clínico, pueden ser causa de FA, aunque es destacable por su frecuencia el *S. pyogenes* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA).
- Por razones prácticas, a la hora de establecer el tratamiento conviene diferenciar entre la FA causada por EBHGA y la no causada por EBHGA.

# GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

## Faringoamigdalitis

- En el caso de FA por EBHGA probable o confirmado, el tratamiento de elección sigue siendo penicilina por su buena actividad. La penicilina V es preferible a la penicilina G benzatina por la comodidad de la administración oral y el régimen cada 12 h se ha mostrado tan efectivo como la pauta cada 6-8 h durante 10 días. La amoxicilina cada 8 h es una buena alternativa. Los macrólidos y lincosamidas son recomendables en los pacientes alérgicos a la penicilina.
- En caso de fallo terapéutico, en el paciente con tendencias a recaídas o cuando la etiología de la FA sigue siendo bacteriana, pero no está causada por EBHGA probable o confirmada, el tratamiento de elección es amoxicilina-clavulánico, siendo recomendables también las cefalosporinas orales de 2ª (cefuroxima axetilo) o 3ª (cefixima) generación. En casos de pacientes alérgicos a los betalactámicos, los macrólidos son la opción más conveniente.
- La introducción de pautas cortas (5 días) de antibióticos betalactámicos, clásicamente utilizados durante 10 días, o pautas cortas *per se* de macrólidos como azitromicina, facilitan el cumplimiento y muestran tasas de curaciones clínicas y bacteriológicas equiparables a las pautas convencionales, pero se necesita disponer de resultados más definitivos acerca del coste/beneficio de esta atractiva alternativa terapéutica por lo que todavía no se incluyen en las guías de práctica clínica de forma generalizada.

# GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

## Gripe

- Proceso infeccioso de origen vírico en el que, en principio, no está indicado el tratamiento antibiótico.
- Dada la frecuencia de complicaciones bacterianas, en algunos casos específicos sí podría utilizarse el tratamiento antibiótico, siempre tras una valoración individualizada del paciente y su situación. En especial, son candidatos de tratamiento antibiótico:
  - a) Pacientes con enfermedades de riesgo, principalmente respiratorias y cardíacas.
  - b) Epidemias locales de gripe en las que se haya observado una gran frecuencia de sobreinfecciones bacterianas.
  - c) Situaciones especiales que dificultan el cuidado del paciente y aconsejen prevenir posibles complicaciones.
- La prevención con vacunación está indicada en situaciones especiales, como asma bronquial, diabetes, etc.

## Resfriado Común

- Se trata de un proceso infeccioso de etiología vírica, por lo que no está indicado el tratamiento antibiótico. Se recomiendan medidas terapéuticas sintomáticas.



## GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

### Otitis Media Aguda (OMA)

- La otitis media aguda (OMA) se define como la presencia de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto), sintomático o no, en la cavidad media del oído.
- Aunque algunos estudios han puesto de manifiesto una buena evolución de los pacientes sin tratamiento antibiótico, éste acorta el curso clínico de la enfermedad y disminuye la aparición de complicaciones y secuelas.
- En la OMA sin factores de riesgo puede utilizarse amoxicilina, aunque, dadas las altas tasas de resistencias de *H. influenzae*, *neumococos* y *M. catarrhalis*, en numerosos casos y determinadas áreas es preferible la administración de amoxicilina-clavulánico. Como alternativa puede plantearse el tratamiento con cefalosporinas de 2ª generación (cefuroxima axetilo). Los macrólidos son una opción a considerar como alternativa, especialmente en pacientes alérgicos a la penicilina.
- En la OMA con factores de riesgo (OMA recurrente, predisposición a la enfermedad, asistencia a guarderías, mala respuesta a tratamiento previo con amoxicilina), se debe elegir directamente amoxicilina-clavulánico, siendo alternativas las cefalosporinas orales con buena actividad frente a betalactamasas o ceftriaxona.
- En la OMA persistente el tratamiento se debe prolongar de 7-10 días a 2-3 semanas.

## GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

### Sinusitis

- Su origen suele ser bacteriano, principalmente por *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catharralis* y *S. pyogenes*. Dada la dificultad de acceso que presentan los senos paranasales, deben elegirse antibióticos de alta y rápida difusión tisular.
- La mitad o más de los pacientes con sinusitis leve o moderada se curan sin tratamiento antibiótico, siendo medidas generales a seguir los lavados nasales con suero fisiológico y los analgésicos, en cambio no se recomiendan los antihistamínicos (pueden ser útiles en la sinusitis crónica).
- Amoxicilina/clavulánico es el tratamiento indicado, por las altas tasas de resistencias a amoxicilina de los patógenos involucrados. Alternativas interesantes son las cefalosporinas de 2ª generación y (cefuroxima axetilo) y macrólidos, preferiblemente azitromicina o claritromicina.
- Las principales guías de práctica clínica recomiendan una duración del tratamiento de 7-14 días.

## GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

### Bronquitis aguda

- En la mayoría de los casos, su etiología es viral y no está recomendado el tratamiento antibiótico. No obstante, se han tener en cuenta las características del paciente y, en casos de elevado riesgo de sobreinfección bacteriana (pacientes con otras enfermedades respiratorias, enfermedades cardíacas, inmunocomprometidos), estarían indicados amoxicilina/clavulánico o macrólidos (en el caso de posible etiología por *Chlamydia* o *Mycoplasma*).

### Bronquiolitis

- Síndrome de causa viral y gravedad variable, que aparece sobre todo en los primeros años de vida, especialmente entre los 2 y los 8 meses.
- La utilización de antibióticos está fundamentada, como en el caso de la bronquitis aguda, ante la sospecha consistente de sobreinfección bacteriana.



## GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

### Neumonía adquirida en la comunidad

- La mayoría de neumonías extrahospitalarias en la infancia son virales. Entre las de origen bacteriano, el patógeno más frecuente suele ser el neumococo, si bien *H. influenzae*, *K. pneumoniae* y algunos gémenes atípicos, especialmente *M. pneumoniae*, dificultan el diagnóstico en un buen número de casos.
- Las principales opciones de tratamiento son cefalosporinas de 2ª y 3ª generación y amoxicilina/clavulánico.
- En las formas típicas (más frecuentes en los niños más pequeños) estarían indicados los betalactámicos (amoxicilina clavulánico o cefuroxima axetilo y, como alternativas, cefotaxima o ceftriaxona, estas últimas especialmente en pacientes ingresados). En las atípicas (también en las típicas en pacientes alérgicos a penicilinas y cefalosporinas), los macrólidos (azitromicina, claritromicina).

# GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

## Infección del Tracto Urinario (ITU)

- Por "infección urinaria" se entiende un crecimiento bacteriano significativo dentro del tracto urinario.
- La infección puede estar localizada en la vejiga y el tracto urinario inferior (CISTITIS), en el parénquima renal (PIELONEFRITIS) o bien se puede presentar en forma de BACTERIURIA asintomática.
- Los gérmenes que causan la mayoría de las infecciones urinarias en pediatría proceden de la flora intestinal. El más frecuente es *E. coli*, presente en 3 de cada 4 aislados, siguiéndole a gran distancia *P. mirabilis*, *Klebsiella* y enterococo.
- Ante la sospecha de infección urinaria se debe iniciar tratamiento empírico y evaluar la elección tras el resultado del urocultivo.
- Diferentes antibióticos se han mostrado útiles en el tratamiento de la infección urinaria en los niños. Una buena elección es amoxicilina-clavulánico y también las cefalosporinas orales de 2ª y 3ª generación (cefuroxima axetilo, cefixima). Tanto el cotrimoxazol como la fosfomicina-trometamol o la nitrofurantoina son tratamientos efectivos.
- En niños que requieren ingreso hospitalario, se deben evaluar la administración de ceftriaxona e incluso de aminoglucósidos.
- En enfermos sin factor de riesgo e infección urinaria no complicada, la pauta prolongada de tratamiento (7-10 a más días) puede ser sustituida por otra más corta (3 o 5 días).

# GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

## Infección Dermatológicas

- Las infecciones de la piel pueden adoptar distintos tipos de presentación: Primaria (el patógeno invade una piel previamente sana), Secundaria (se origina sobre una piel previamente dañada), o bien pueden ser manifestaciones cutáneas de procesos infecciosos sistémicos.
- Algunas infecciones dermatológicas tiene unas características clínicas precisas (erisipela, eritrasma, impétigo, ántrax, etc.) y suelen estar producidas por microorganismos específicos, lo que requiere la individualización del tratamiento.
- Las bacterias más frecuentemente productoras de infecciones cutáneas son estafilococos y estreptococos, aunque otros agentes bacterianos pueden estar presentes y, a veces, se trata de enfermedades polimicrobianas.
- Cuando se sospeche infección estafilocócica, el tratamiento de elección es cloxacilina, siendo amoxicilina-clavulánico o cefuroxima-axetilo buenas alternativas. En caso de cepas meticilin-resistentes hay que acudir a Vancomicina.
- Si el patógeno sospechoso es un estreptococo, se debe utilizar penicilina V, siendo la cefuroxima-axetilo una alternativa a considerar.
- En caso de infecciones polimicrobianas, como las mordeduras humanas o por animales, están indicadas la amoxicilina-clavulánico y asimismo cefuroxima-axetilo.
- En paciente diabéticos con infección de tejidos blandos (habitualmente suele ser polimicrobiana), están indicados ambos tratamientos.
- En todas los casos descritos, los macrólidos son la opción terapéutica adecuada en el caso de pacientes alérgicos a la penicilina.

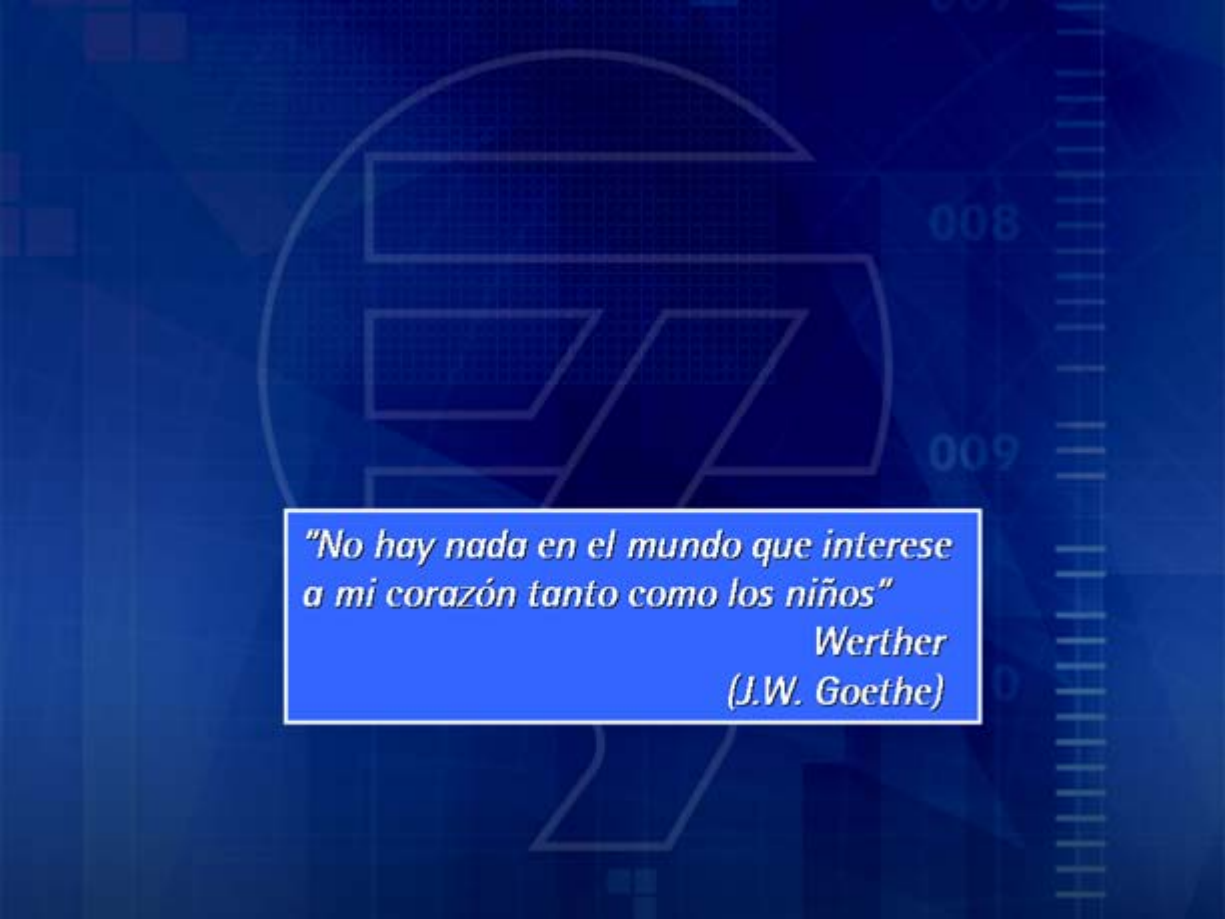
# GUÍA TERAPÉUTICA PRÁCTICA

008

## Infecciones Gastrointestinales

- Muchos procesos son virales o están causado por toxinas; en ellos, el tratamiento antibiótico no surtirá efectos y, por tanto, no estaría indicado.
- La gastroenteritis requiere habitualmente medidas de rehidratación oral, pero raramente tratamiento antibiótico (en este caso, cotrimoxazol es una buena opción frente a *Salmonella* y *Shigella*).
- En las infecciones por *Campylobacter spp*, las medidas sintomáticas son las más importantes y pueden ser suficientes. En caso de necesidad, la elección sería un macrólido.
- En la diarrea del viajero puede utilizarse cotrimoxazol.





*"No hay nada en el mundo que interese  
a mi corazón tanto como los niños"*

*Werther  
(J.W. Goethe)*