MANEJO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS

Dra. Concepción Sánchez Infante

2da parte

TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCCICA

SITUACIÓN	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	ALTERNATIVAS
Portador asintomático	No tratamiento antibiótico	**Amoxicilina/clavulánico**, VO, 40 mg/kg/día, en 3 dosis, 10d Otras opciones: - **Clindamicina,** VO, 20 mg/kg/día,en 3 dosis - **Penicilina V,** VO, 40 mg/kg/día, en 2-3 dosis, por 10 días + **rifampicina,** VO, 10 mg/kg cada 12 horas (máx 300 mg/dosis), 4 días

Indicaciones de ingreso hospitalario:

- Complicaciones supurativas: Absceso periamigdalino o retrofaríngeo.
- Sospecha de shock tóxico.

Indicaciones para amigdalectomía

- Hipertrofia amigdalar grado 3-4 con apneas de sueño o disfagia y pérdida de peso
- Absceso periamigdalar que no responde al tratamiento médico y drenaje.
- Sospecha de malignidad
- Amigdalitis bacterianas a repetición (3-4 veces al año) en pacientes de más de 3 años a pesar de adecuado tratamiento
- Amigdalitis crónica o recurrente asociada a estado de portador de estreptococo que no responde a tratamiento.
- Persistencia de halitosis debido a amigadlitis crónica que no responde a tto médico

OTITIS MEDIA AGUDA

La otitis media aguda (OMA) es una de las infecciones más frecuentes en la infancia, la primera causa de prescripción de antibióticos a esta edad y por ello un factor de gran importancia en la selección de resistencias bacterianas.

OTITIS MEDIA AGUDA. ETIOLOGÍA

Los agentes microbianos más frecuentes son:
(bacterias 85% de los casos)

- Streptococcus pneumoniae .
- Haemophilus influenzae .
- Moraxella catarrhalis .
- Virus sincitial respiratorio, rinovirus, adenovirus, influenza A, parainfluenza .
- Otros patégenos menos frecuentes: Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de OMA debe basarse en la clínica y en la exploración física.

Se debe evitar los falsos diagnósticos, por el aumento en los tratamientos antibióticos que conllevan.

- DIAGNÓSTICO DE CERTEZA:

- Comienzo abrupto de síntomas y signos de inflamación del oído medio.
- Evidencia de inflamación del oído medio.
- Presencia de efusión del oído medio.

OTITIS MEDIA AGUDA. TRATAMIENTO.

Tratamiento preventivo:

- Eliminar los factores de riesgo y mantener la lactancia materna
- Vacunación contra el virus de la influenza (ha demostrado su eficacia en disminuir la frecuencia de las OMA).

Medidas generales:

- Alivio sintomático con analgésicos orales o parenterales.
- En caso de otorrea secado gentil del conducto.

Medidas específicas

Se recomiendan el tratamiento con antibiótico de inicio en:

- Los menores de 2 años (por el mayor riesgo de complicaciones sépticas como la mastoiditis)
- En los niños con otorrea purulenta.
- En la otitis media aguda asociada a sepsis.
- En otitis recurrentes .
- Aquellos que asisten a instituciones infantiles.

OTITIS MEDIA AGUDA. TRATAMIENTO

Primera línea:

- **Amoxicillina** 80-100mg/Kg/día c/8-12 horas.
- Alergia a penicilinas: Macrólidos:

Azitromicina 5-10mg/Kg/día 5d

Segunda línea:

Amoxicillina + inhibidores de betalactamasa

Acetil cefuroxima 30-40mg/Kg/día c/12 horas.

Tercera línea:

Ceftriaxona 50mg/Kg/día c/24 horas

Clindamicina 30-40mg/Kg/día c/8 horas

TIMPANOCENTESIS

OTITIS MEDIA AGUDA. TRATAMIENTO.

Duración:

7 días: - Niño mayor de 2 años.

- OMA no complicada.
- No antecedentes de OMA recurrente.
- Paciente inmunocompetente.

10-14 días:- Menor de 2 años con OMA recurrente.

- Asistencia a guardería.
- Otorrea.
- OMA complicada.

SINUSITIS

ETIOLOGÍA

Aunque los virus inician el proceso las bacterias son los agentes etiológicos fundamentales

Los gérmenes más frecuentemente aislados son:

- Streptoccocus Pneumoniae
- Haemophilus Influenzae no tipificables
- Moraxella Catharralis

SINUSITIS. TRATAMIENTO

- El antibiótico de elección es la Amoxicillina a dosis máxima, por 14 a 21 días.
- Se recomienda mantener 10 días más de tratamiento después de que hayan remitido los síntomas.
- En niños alérgicos puede usarse un macrólido o una cefalosporina segunda o tercera generación. .
- La respuesta al tratamiento es rápida y si no hay mejoría, debe sospecharse un germen productor de betalactamasas y debe utilizarse Amoxicillina asociada a inhibidores de betalactamasa (sulbactán o acido clavulanico) o una cefalosporina de 2da o 3ra generación.

PROBLEMAS FRECUENTES EN EL MANEJO DE LAS IRA ALTAS.

No seguimiento de protocolos y política de antibióticos en las IRA.

- Fiebre + catarro = antibiótico.
- Moco verde= antibiótico.
- Uso de dosis insuficiente de amoxicillina.
- Tratamiento breve para las faringoamigdalitis por estreptococo BHGA.

PROBLEMAS FRECUENTES EN EL MANEJO DE LAS IRA ALTAS

- **Mal uso de los criterios de ingreso.**
- **Frecuentes ingresos de la faringitis aguda catarral por ansiedad familiar.**
- **Hacer diagnóstico de OMA sin realizar otoscopía al paciente.**
- **Uso de ciprofloxacina y cefalexina en las OMA.**
- **En la OMA no reevaluar el paciente a las 72 horas**

PROBLEMAS FRECUENTES EN EL MANEJO DE LAS IRA ALTAS

- **No se tiene en cuenta los factores de riesgo en pacientes con IRA alta (OMA) recurrente.**
- **Esquemas de tratamiento antibiótico breve para la sinusitis (3, 5, 7 días).**
- **Uso de mucolíticos, antibióticos y corticoides en forma de aerosol o nebulización para la sinusitis.**
- **No sospecha de sinusitis en niños con manifestaciones respiratorias persistentes y tos nocturna.**

PROBLEMAS FRECUENTES EN EL MANEJO DE LAS IRA ALTAS

- **Realización de estudios innecesarios en pacientes con IRA alta no complicada.**
- **NO SE EDUCA, AL FAMILIAR HAY QUE ESCUCHARLO Y ORIENTARLO.**
- **No se aíslan los pacientes, una vez diagnosticados, a veces por indisciplina familiar, otras por que no se les explica.**
- **Orientar a los padres en medidas perjudiciales como:**

  - Aspirar con la boca a los lactantes con obstrucción y secreción nasal.

  - Uso de té de plantas y orégano frito para disminuir la tos.

Gracias