

Algoritmo de manejo ambulatorio de Faringitis - Sinusitis - Otitis



Ministerio de Salud
Argentina

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Secretario de Calidad en Salud

Alejandro Federico Collia

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Subsecretario de Calidad, Regulación y Fiscalización

Claudio Antonio Ortiz

Directora Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles

Teresa Strella

Directora Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria

María Teresita Ithurburu

Director de Mejoramiento de la Calidad y Seguridad del Paciente

Mariano José Fernández Lerena

Coordinadora de Uso Apropriado de Antimicrobianos y Comisión Nacional de Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA)

Laura Barcelona

Autores*

Dra Laura Barcelona

Dra Romina Musante

Lic. Laura Alonso

Dra Paula Rodríguez Iantorno

Dra Betiana Guidetto

Dr Nicolas Laserre

Revisores Internos

Dra Teresa Strella (Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles)

Dr Jesús Fumagalli (Programa Remediar)

Revisor Externo

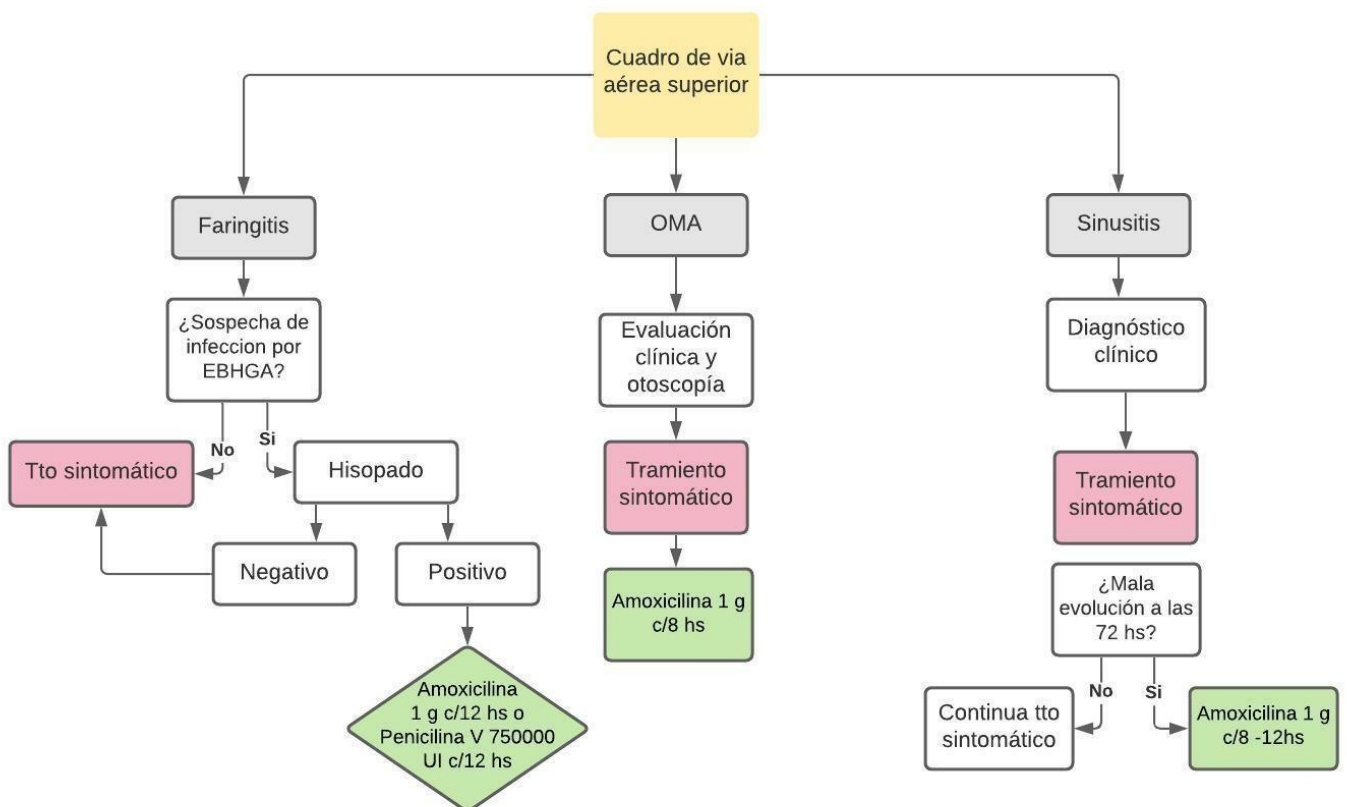
Comisión de Uso Adecuado de Recursos (Sociedad Argentina de Infectología)

*Los autores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/revisión de este documento.

Introducción

Los cuadros de vía aérea superior como faringitis, sinusitis y otitis son una de las causas más frecuentes de consultas ambulatorias y en su mayoría son de etiología viral; sin embargo representan la primera causa de indicación de tratamiento antibiótico [1]. Las similitudes en cuanto a la presentación clínica de una faringitis viral y bacteriana conllevan a un uso excesivo e inadecuado de los antimicrobianos. Diferentes estrategias se han recomendado con el fin de mejorar las indicaciones de tratamiento.

El presente algoritmo dirigido al primer nivel de atención de salud, pretende orientar el diagnóstico y el uso adecuado de los antimicrobianos a fin de mitigar el impacto de la carga de enfermedad asociada a faringitis, sinusitis, otitis y de la Resistencia Antimicrobiana (RAM).



Faringitis

Las faringitis representan una de las consultas más frecuentes en los servicios de atención ambulatoria. Se manifiesta principalmente con odinofagia y puede estar acompañada de fiebre o febrícula, astenia, adinamia, mialgias y cefalea [2].

Si bien la causa más frecuente de faringitis en pacientes adultos es viral, más de 70% reciben indicación de antibióticos en la consulta.

Microbiología y escenario epidemiológico

Las causas son principalmente de origen viral, siendo lo más frecuente rinovirus (20%) seguido por virus influenza, parainfluenza, coronavirus, adenovirus, enterovirus, virus sincicial respiratorio, virus herpes y metapneumovirus [1]. Otras causas virales son coxackievirus, echovirus, herpesvirus.

El Virus epstein- barr suele estar acompañado de otras manifestaciones como adenopatías y esplenomegalia, constituyendo el cuadro denominado mononucleosis. Infecciones sistémicas por citomegalovirus, rubéola y sarampión pueden también manifestarse con faringitis aguda [3].

Dentro de las causas bacterianas, los estreptococos representan el principal agente etiológico. Un 5 - 15% de las faringitis en adultos pueden estar generadas por estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA) [2]. En un estudio realizado en Buenos Aires en el año 2004, las faringitis por EBHGA y por *Streptococcus pyogenes* fueron las más prevalentes (19.1%) [4].

El tratamiento adecuado de las faringitis por EBHGA es importante para prevenir la enfermedad reumática y otras complicaciones supurativas como abscesos, mastoiditis, linfadenitis [3]. Hasta el momento, según lo informado por la red WHONET, no se han detectado cepas EBHGA resistentes a penicilina, y la resistencia a clindamicina y eritromicina es del 3.7 y 5.4% respectivamente [5].

Otras causas de faringitis agudas a tener en cuenta son faringitis gonocócica en adultos sexualmente activos y síndrome retroviral agudo por VIH. Si bien es infrecuente en los últimos años, *Corynebacterium diphtheriae* debe sospecharse en adultos no vacunados o con vacuna incompleta proveniente de áreas con brotes. La misma se caracteriza por membranas que se despegan dejando áreas de hemorragia.

En gran parte de los cuadros no es posible identificar el agente etiológico. En la tabla 1 se especifican algunos síntomas diferenciales entre faringitis virales y bacterianas.

Métodos diagnósticos

El "gold standard" diagnóstico para la faringitis estreptocócica es el cultivo cuyo resultado se obtiene en 24-48 hs, con una sensibilidad del 90% y especificidad del 90-99%. La detección rápida de antígenos es también un método de elección, que alcanza una sensibilidad del 70-90% y especificidad de 90-100%, obteniéndose su resultado en 60 min. Para el diagnóstico de faringitis aguda no es de utilidad realizar dosaje de antiestreptolisina O (ASTO) por lo cual no está indicado [1].

Muchas veces resulta dificultoso realizar el diagnóstico diferencial entre faringitis bacteriana y de causa viral. Los criterios de Centor (Tabla 2) son una herramienta de predicción clínica para el diagnóstico de faringitis por EBHGA, mediante el cual si se cumplen con 3 o 4 criterios, el valor predictivo positivo es del 30-40%, y su ausencia tiene un valor predictivo negativo del 80% [1]. Distintas estrategias se han planteado en cuanto a la elección de tratamiento de faringitis en adultos. Algunas guías se basan sólo de aquellas con test rápido positivo, otras utilizan el score de Centor con un puntaje mayor a 4 para el tratamiento empírico o en la combinación de ambos métodos [6]. Con el fin de disminuir el uso inadecuado de antimicrobianos en esta patología, se sugiere realizar test rápido para la detección de faringitis por EBHGA e indicar tratamiento solo en los casos con resultado positivo (1A) [3].

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas de las faringitis según etiología [1]

	EBHGA	VIRAL
Inicio	Súbito	Gradual
Fiebre	> 38°	37-38°
Amígdalas	Exudado purulento	Raramente presenta exudado
Síntomas asociados	Infrecuente	Rinorrea, conjuntivitis, Tos

Algoritmo de manejo ambulatorio de faringitis, sinusitis, otitis

Adenopatías	Cervicales anteriores dolorosas	Infrecuentes
Edad	Pico de incidencia 3-14 años	Adultos
Época del año	Invierno e inicio de primavera	Todo el año

Tabla 2. Criterios diagnósticos de Centor para faringitis por EBHGA

Criterio	Puntaje
Temperatura > 38°	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías cervicales anteriores dolorosas	1
Exudados amigdalinos	1
Edad	
3 -14 años	1
14 - 44 años	0
> 45 años	-1

La probabilidad de faringitis por EBHGA con 0 puntos es de 1 a 2.5%. 1 punto 5-10%, 2 puntos 11 a 17%, 3 puntos 28 a 35%, 4 o más 51-53%. [6]

Recomendaciones terapéuticas de 1ra línea, 2da línea y escenarios especiales

Se sugiere el tratamiento sintomático con analgésicos tales como paracetamol o ibuprofeno (1A). Pueden utilizarse también anestésicos tópicos. La terapia con corticoides no está sugerida (1C).

Faringitis por EBHGA [7]
Amoxicilina 1 g c/12 hs VO por 10 días (1A) Penicilina V 750000 UI c/12 hs por 5 a 10 días (1A)
Alergia a penicilina
Claritromicina 250-500 mg cada 12 hs por 5 días (1B)
Otras causas
Faringitis <i>Neisseria gonorrhoeae</i> : Ceftriaxona 125- 250 mg IM dosis única <i>Corynebacterium diphtheriae</i> : Penicilina V 500.000 U/kg/día en dos dosis VO por 10 días
Profilaxis antibiótica [1] (En los contactos de pacientes con faringitis aguda la profilaxis antibiótica no está indicada de forma universal). (1) (13)
Indicada en caso de:
<ul style="list-style-type: none"> - Contactos de personas con diagnóstico de faringitis, con antecedente de fiebre reumática y test positivo para EBHGA - Brotes de cepas EBHGA productora de fiebre reumática - Shock tóxico estreptocócico o glomerulonefritis - Diseminación de EBHGA entre varios miembros de una familia

Otitis media aguda (OMA)

Es un cuadro de inflamación de comienzo agudo del recubrimiento mucoperióstico del oído medio y/o mastoides con acumulación de líquido. Se manifiesta con dolor, tímpano eritematoso y abombado, en ocasiones perforación timpánica con drenaje de líquido purulento y síntomas sistémicos como fiebre e irritabilidad [1] [8]

Epidemiología y Microbiología

La otitis media aguda es más frecuente en edad pediátrica, con un pico entre los 6 y 24 meses, descendiendo después de los 5 años. Suele estar precedido por un cuadro de vía aérea superior y la principal causa es bacteriana (50-70%), siendo *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis* los agentes etiológicos más frecuentes.

En Argentina el 99.7% de las cepas de *S. pneumoniae* son sensibles a penicilina, y el 0.3% tienen sensibilidad intermedia, no habiéndose detectado cepas resistentes; mientras que la resistencia a eritromicina alcanza el 31%. Otros países como Estados Unidos presentan una resistencia mayor a penicilina [9]. En cuanto a *H. influenzae* en enfermedades no invasivas, el 22% presenta resistencia a ampicilina y 5.1 % a amoxicilina- ácido clavulánico [5]. Los virus respiratorios como virus sincicial respiratorio, adenovirus, rinovirus, coronavirus e influenza son la causa etiológica en el tercio de los casos.

Haemophilus Influenzae

ANTIMICROBIANO	% DE NO SENSIBILIDAD en <5* años (n=72)	% DE NO SENSIBILIDAD en ≥5* años (n=242)
AMPICILINA	29	22
AMOX/CLAVULANICO	2,8	5,1
CEFUROXIMA	2,6**	5,1**
CEFACLOR	7,8	4,6
TRIMETOPRIMA-SULFAMETOXAZOL	30	29

*En 2020 se modificó la edad del grupo etario de <6 años a < 5 años con el fin de unificar el informe con la Red de Vigilancia SIREVA II.

** El % de aislamientos probados para este antimicrobiano es del 50- 70% con respecto al antimicrobiano más probado.

Métodos diagnósticos

El diagnóstico se realiza en base a la clínica y la realización de otoscopia. Los signos más frecuentes son abombamiento, opacificación y disminución de la motilidad del tímpano, presencia de otorrea y perforación timpánica. La otoscopia neumática confirma la presencia de líquido manifestada por la disminución de la motilidad del tímpano.

IMPORTANTE: La timpanocentesis está indicada solo ante falta de respuesta al tratamiento luego de 72 hs, personas recién nacidas, toxicidad sistémica, complicaciones como mastoiditis o parálisis facial, u otitis intrahospitalarias.

OMA recurrente:

Definido como la presencia de 3 o más episodios en el período de 6 meses 4 episodios en un año, con mejoría clínica entre eventos y sin presencia de exudado [8].

Tratamientos de 1ra línea, 2da línea y escenarios especiales

Se sugiere tratamiento analgésico con ibuprofeno o paracetamol. Los glucocorticoides, descongestivos y antihistamínicos no están recomendados en forma sistemática (1A). El 80% de los episodios se resuelven espontáneamente sin necesidad de tratamiento antibiótico.

En personas adultos sin comorbilidades, con cuadro leve-moderado unilateral y sin perforación timpánica, se sugiere tratamiento sintomático y diferir inicio de antibiótico a las 72 hs en caso de no presentar mejoría clínica (1A)

Casos graves:

La OMA grave se define como dolor de oído de moderado a severo, dolor de oído durante al menos 48 horas o una temperatura $\geq 39^{\circ} \text{C}$. (1,12)

Tratamiento de elección
Amoxicilina 1 g c/8 hs VO por 5 en casos leve- moderado; 10 días casos graves (2B)
Alergia a penicilina
Azitromicina 500 mg/día
Embarazo
Amoxicilina 1 g c/8 hs VO por 5 en casos leve- moderado; 10 días casos graves (2B)
Fallo de tratamiento: Considerar cepas productoras de beta lactamasas de <i>H. influenzae</i> o <i>M. catarralis</i> , OMA recurrente o fallo al tratamiento
Amoxicilina - acido clavulánico 872-125 mg c/8 hs VO por 10 días

Sinusitis

La sinusitis es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales. El 0.5 - 5% de los resfriados presenta como complicación la otitis media y/o sinusitis, siendo lo más frecuente, la etiología viral por rinovirus, coronavirus, coxsackie e influenza.

Según su duración puede clasificarse en aguda (< 30 días), subaguda (30-90 días) y crónica (> 90 días). La sospecha de origen bacteriano aparece cuando la persona continúa con síntomas luego de los 7 a 10 días, presentando rinorrea purulenta y tos persistente. Además, puede presentarse con síntomas sistémicos como fiebre $> 39^{\circ}$, cefalea intensa, dolor facial, y compromiso orbitario o periorbitario [1].

Microbiología

El cuadro puede ser de origen viral o bacteriano.

Las causas bacterianas más frecuentes, al igual que los cuadros de otitis, son *Streptococcus pneumoniae* (30-66%), *H. influenzae* (20%), *M. catarralis* (20%). También puede estar causado por anaerobios en casos crónicos o de origen odontológico (10%) [1].

Métodos diagnósticos

El diagnóstico es principalmente clínico. Se utilizan criterios mayores y menores, debiéndose contar con al menos dos criterios, uno de ellos mayor [10].

Criterios mayores:

- Rinorrea purulenta
- Obstrucción nasal

Criterios menores:

- Dolor o sensación de pesadez facial
- Hiposmia o anosmia

Ningún signo clínico por sí mismo, permite distinguir un cuadro bacteriano de un cuadro viral, para lo cual deberá basarse en la evolución clínica.

Los estudios por imágenes se sugieren en los casos graves, sinusitis crónica o recurrente, definido como la presentación de al menos 4 episodios en un año. Los hallazgos radiológicos característicos en la sinusitis bacteriana aguda son presencia de nivel hidroaéreo, opacidad completa de un seno, engrosamiento de la mucosa > 5 mm [1].

La tomografía computada o resonancia magnética se indican en caso de sospecha de complicaciones supuradas intracraneales, en presencia de factores predisponentes locales y/o previo a una cirugía de senos paranasales [1].

Recomendaciones terapéuticas de 1ra línea, 2da línea y escenarios especiales

IMPORTANTE: El cuadro suele resolverse sin necesidad de indicar tratamiento antibiótico.

Se sugiere tratamiento analgésico con ibuprofeno o paracetamol [1].

Los antihistamínicos podrían ser beneficiosos en pacientes con atopía. Los descongestivos tópicos y orales, así como corticoides tópicos pueden mejorar los síntomas [11]. **IMPORTANTE:** Se sugiere iniciar tratamiento en caso de empeoramiento rápido de los síntomas o en caso de no presentar mejoría luego de 7 días de inicio del cuadro

Tratamiento de elección
Amoxicilina 1 g c/8 - 12 hs VO por 5 días (1A) Amoxicilina - ácido clavulánico 872-125 mg c/8 hs VO por 5 días (1A)
Embarazo
Amoxicilina 1 g c/8 - 12 hs VO por 5 días (1A) o Azitromicina 500 mg/día por 5 días
Alergia a penicilina
Azitromicina 500 mg/día por 5 días o Claritromicina 500 mg c/12 hs (1B)

Metodología

Este algoritmo fue elaborado de novo mediante el consenso de expertos representantes de la Comisión de Uso Adecuado de Recursos de la Sociedad Argentina de Infectología, la Coordinación de Uso Apropiado de Antimicrobianos de la Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles, con la revisión asesores de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias y Ministerio de Salud de la Nación. El modo de enunciar las recomendaciones contenidas en el presente documento, no responde a los criterios e implicancias correspondientes a metodologías de desarrollo de otro tipo de documentos como por ejemplo el sistema GRADE empleado para la elaboración de GPC

Este documento se realizó con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), bajo la coordinación de la Comisión Nacional de Control de la Resistencia Antimicrobiana (CoNaCRA).

Bibliografía

1. Lopardo G, Calmaggi A, Clara L, Hara GL, Mykietiuik A, Pryluka D, et al. CONSENSO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS. [cited 6 Jan 2022]. Available: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v72n6/v72n6a11.pdf>
2. Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. *Ann Intern Med.* 2001;134: 506–508.
3. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2012;55: 1279–1282.
4. Villar HE, Jugo MB, Santana G, Baserni M, Reil JM. Aumento en la prevalencia de estreptococos beta hemolíticos en hisopados faríngeos en Buenos Aires. *Medicina.* 2005;65: 311–314.
5. WHONET Argentina. <http://antimicrobianos.com.ar/ATB/wp-content/uploads/2022/12/Datos-resistencia-comunitarios-2021.pdf> [cited 17 Jan 2022]
6. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA.* 2004;291: 1587–1595.
7. Overview | Sore throat (acute): antimicrobial prescribing | Guidance | NICE. [cited 24 Apr 2022]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng84>
8. Krause FJ. OTITIS MEDIA AGUDA. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2016;27: 915–923.
9. Sokol W. Epidemiology of sinusitis in the primary care setting: results from the 1999–2000 respiratory surveillance program. *Am J Med.* 2001;111 Suppl 9A: 19S–24S.
10. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;137: S1–31.
11. NICE: reduce antibiotic prescribing for acute sinusitis. *Drug Ther Bull.* 2018;56: 2–3.
12. Anne GM Schilder, Tasnee Chonmaitree , Allan W. Cripps ,et al. Otitis media. *Nat Rev Dis Primeros.* 2016; 2 (1): 16063. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7097351/?report=classic>
13. Pavez Daniela, Pérez Regina, Cofré José, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2019 Feb [citado 2022 Ago 15]; 36(1): 69-77. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000100069&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100069>.

*primero
la gente*



argentina.gob.ar/salud