



Optimización del Tratamiento Antibiótico en Infecciones ORL



por Alfonso Carlos Llorente Rojo

Adjunto SERVICIO DE URGENCIAS - CAZA

Miembro GRUPO PROA - ZA

alloreter@saludcastillayleon.es



Objetivos de la Sesión

- 1 Revisar fisiopatología
Abordaremos diagnóstico y manejo de los casos clínicos propuestos
- 2 Analizar uso racional de antibióticos
Según evidencia actual y criterios PROA/PROACYL.
- 3 Discutir estrategias de optimización
Desescalada antibiótica y duración adecuada del tratamiento.



Caso Clínico 1 – ?

Paciente

35 años.

Fumadora de 1 paquete/día

Síntomas

Fiebre alta, odinofagia, voz
apagada, trismus.



ABSCESO PERIAMIGDALINO



Clinica:

- Dolor Faringeo seveo
- Fiebre
- Voz apagada " comiendo paatas calientes " / disfonia
- Trismus (2/3 de pacientes) Significa que 1/3 no lo tiene

Factores de Riesgo:

- Amigdalitis recurrente
- Amigdalitis tratada con varios ciclos ATB , interrupcion de tratamiento en ocasiones
- Fumar



Exploracion Fisica:

- Eritema / Tumefaccion en la parte superior de Amigdala
- Uvula edematosa desviada al lado contralateral
- Adenopatias cervicales ipsilaterales a la infeccion

ABSCESOS FARINGEOS

Característica	Absceso Periamigdalino	Absceso Parafaríngeo	Absceso Retrofaríngeo
Localización	Tejidos alrededor de las amígdalas (espacio periamigdalino)	Espacio parafaríngeo (lateral a la faringe, entre la fascia cervical media y profunda)	Espacio retrofaríngeo (detrás de la faringe, entre la fascia bucofaríngea y la prevertebra)
Etiología	Complicación de faringoamigdalitis (S. pyogenes, S. aureus, anaerobios)	Diseminación desde absceso periamigdalino o infecciones dentarias	Infección por linfadenitis de los ganglios retrofaríngeos (S. pyogenes, S. aureus, anaerobios)
Clínica	Odinofagia, fiebre, voz de "patata caliente", trismus leve, desviación de la úvula	Fiebre alta, trismus marcado, dolor cervical, tortícolis, disfagia, inflamación cervical	Disfagia, fiebre, rigidez cervical, dificultad respiratoria, voz apagada, estridor
Diagnóstico	Clínico, se puede realizar ecografía transoral si duda	TAC cervical con contraste	TAC cervical con contraste
Tratamiento	Drenaje + antibioterapia IV (ampicilina-sulbactam o clindamicina)	Drenaje quirúrgico + antibióticos IV de amplio espectro	Manejo hospitalario, drenaje si colección grande, antibióticos IV
Complicaciones	Diseminación al espacio parafaríngeo	Trombos sépticos de la vena yugular interna (síndrome de Lemierre), mediastinitis	Mediastinitis, obstrucción de vía aérea

Abscesos faríngeos – Etiología y Diagnóstico

Etiología

Polimicrobianos

- *Streptococcus pyogenes*.- Strep GRUPO A
- *Streptococcus* Grupo B
- *Staphylococcus aureus* (incluyendo SAMR)
- Flora anaerobia (*Fusobacterium*, *Prevotella*)

Diagnóstico

Clínica + TAC cervical con contraste



Absceso Periamigdalino – Manejo y Tratamiento definitivo

1 ABCs

Puede respirar ?

Puede manejar secreciones ?

Respira con Dificultad ? posicion Tripode ?

2 Elección empírica

- AMOXICILINA/CLAVULAMICO. 1-2 gr IV / 8 horas
- Alternativa : CLINDAMICINA 600 mg / 6 h IV
- Corticoides (Metilprednisolona , Dexametasona)

3 Drenaje quirúrgico

Fundamental en abscesos de gran tamaño.



TRATAMIENTO

Mayoritariamente el tratamiento es Quirurgico si bien Abscesos de < 1-2 cm se pueden tratar con ATB y ver evolucion

Abscesos > 3 cm claramente Quirurgico (Puncion Aspiracion o Drenaje)



ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

PACIENTE NO SEPTICO:

Amoxicilina/Clavulanico. 1-2 gr IV/ 8 horas

PACIENTE ALERGICO A BETALACTAMICOS:

Clindamicina 300 - 600 mg IV / 8 horas

Y

Metronidazol 1500 mg / 24 horas

PACIENTE con INFECCION MAS AGRESIVA o MALA RESPUESTA a TRATAMIENTO ESTANDAR

PIPE/TAZO. (TAZOCEL 4 gr / 8 h. IV)

Caso Clínico 2 – ?



Paciente

Niño de 3 años.



Síntomas

Fiebre 38,5°C, otalgia
intensa.

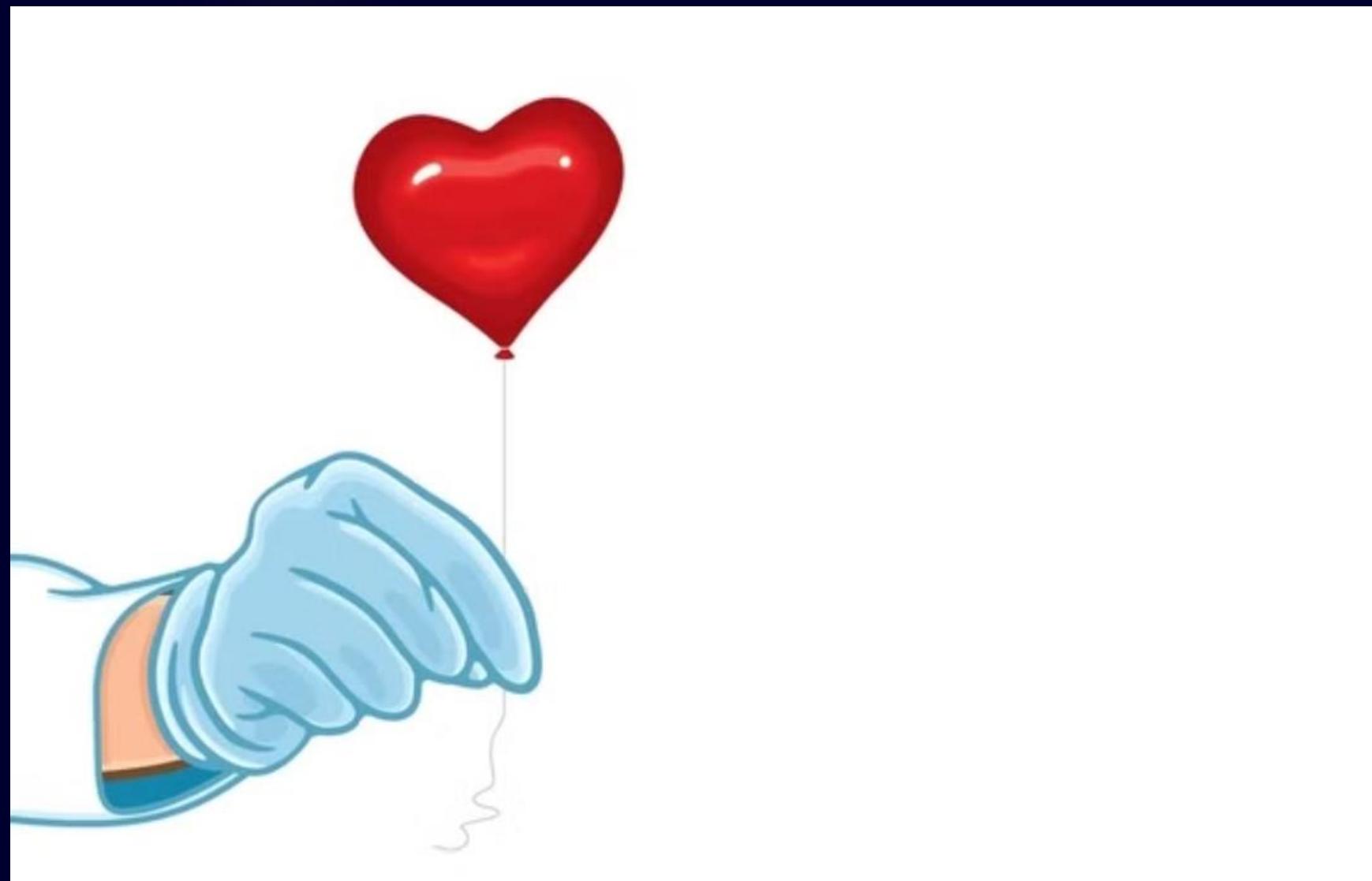


Exploración

Otoscopia → M.T
hiperemica ,
Abombada



OTITIS MEDIA AGUDA

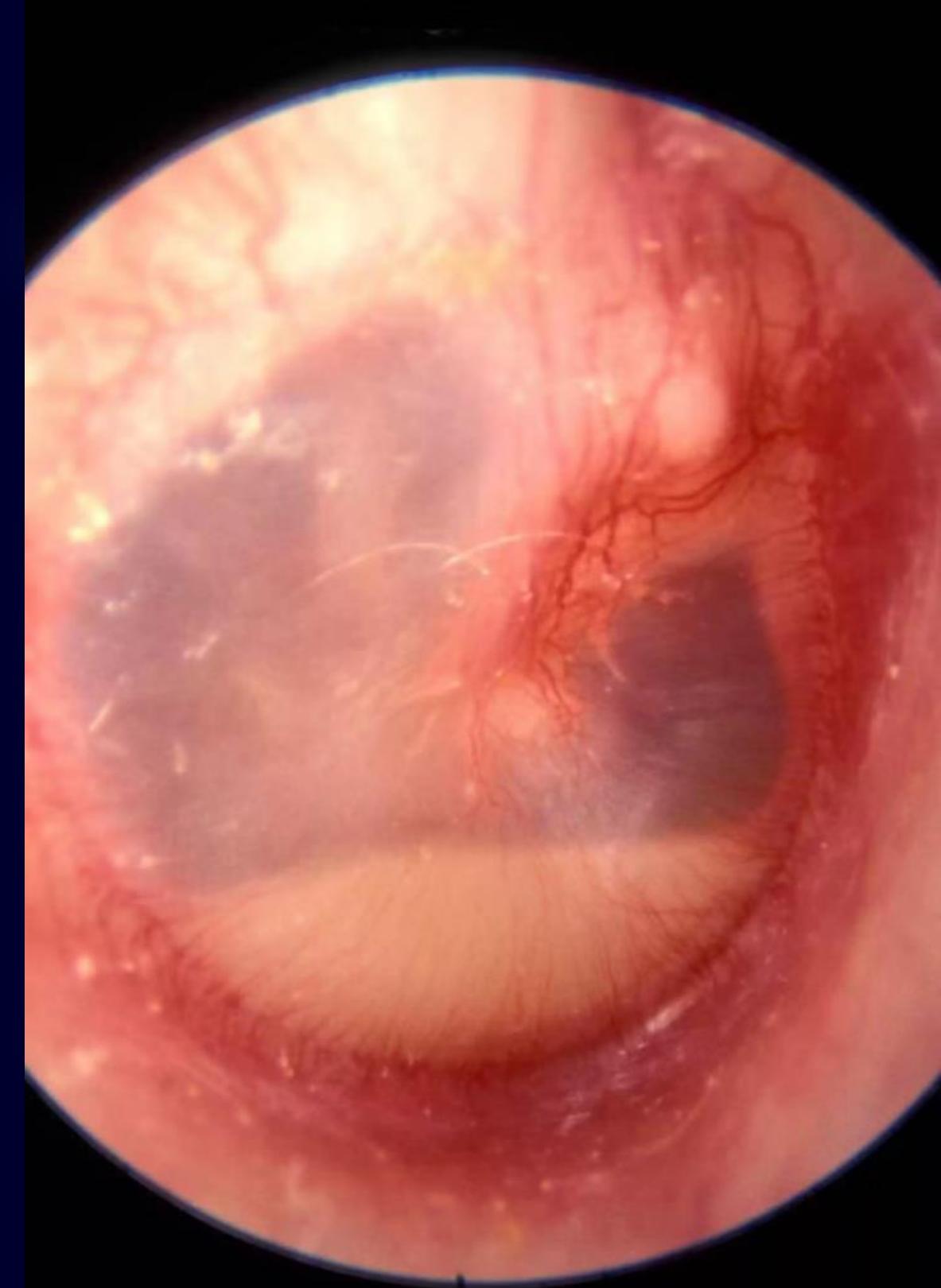


Definicion:

Inflamacion Aguda en el oido medio con EXUDADO EN LA CAVIDAD
TIMPANICA

Signos de Inflamacion Aguda en la Membrana Timpanica

Clinica: Otalgia intensa , Inicia subito, Dolor retroauricular, OTORREA SI
HAY PERFORACION

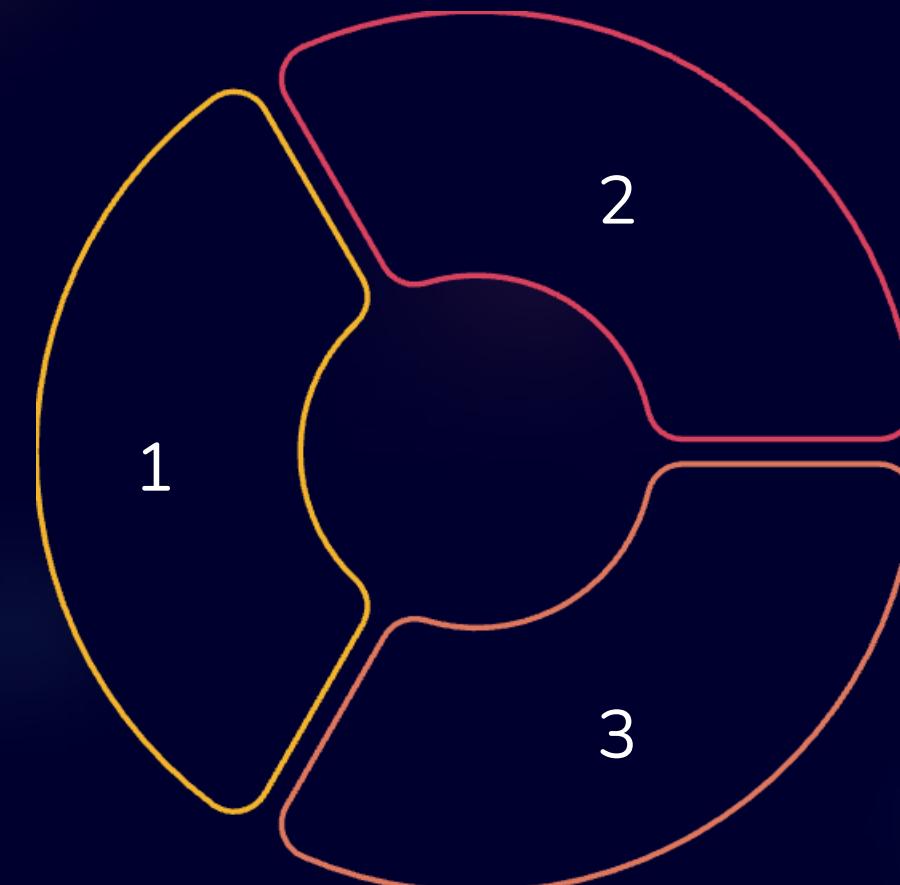


Otitis Media Aguda – Etiología

BACTERIANA

Streptococcus pneumoniae

Principal patógeno en OMA.



VIRUS:

VRS , RINOVIRUS, ADENOVIRUS, INFLUENZA

Haemophilus influenzae

No tipifiable, frecuente en niños.

Moraxella catarrhalis

Menos frecuente pero relevante.



Otitis Media Aguda – Tratamiento Antibiótico

Primera línea

Amoxicilina 80-90 mg/kg/día.

Segunda línea

Amoxicilina-clavulánico si fracaso o sospecha de *H. influenzae* productor de β -lactamasas.

Alternativas en alérgicos

Cefuroxima o macrólidos (azitromicina).

Estrategia "Wait and See"

Observación vigilante en casos seleccionados.

NIÑOS MENORES de 2 AÑOS

AMOXICILINA 80-90 mg/ kg al dia en dos tomas

NIÑOS MAYORES de 2 AÑOS

Sintomas leves : "WAIT AND SEE" 48 horas y luego reevaluar

IBUPROFENO V.O

Sintomas graves : Fiebre > 39 ° , Letargia, Rechazo alimento, afectacion EG , Irritabilidad extrema

AMOXICILINA 80- 90 mg/kg/ dia en dos tomas

SI NO RESPUESTA en 48 horas (productores B Lactamasas)

AMOXICILINA / CLAVULANICO 90 mg/kg/dia y 6,4 mg/kg/ dia en 2 dosis

SI NO RESPUESTA en 48 horas (Timpanocentesis)

CEFTRIAXONA IM 50 mg/kg/dia (3 dias)

OMA GRAVE o COMPLICADA

Complicaciones :

- ABSCESO RETROAURICULAR
- TROMBOSIS VENOSA DEL SENO SIGMOIDEO
- MASTOIDITIS / ABSCESO SUBPERIOSTICO
- PERFORACIÓN TIMPÁNICA

Clínica : Rígidez de nuca, Vómitos en escopeta, Letargia

Tratamiento: Ceftriaxona (Cubre Neumococo, H.Influenza, M.Catarralis , osea G -)

Metronidazol (Cubre Anaerobios)

Vancomicina , Linezolid (Cubre SAMR ,)

OMA GRAVE COMPLICADA TTO Qx

MASTOIDITIS / ABSCESO SUBPERIOSTICO:

Mastoidectomia. (Piper/tazo, Meropenem)

OMA + ABSCESO SNC :

Abordaje NEUROQx. (Piper/Tazo , Meropenem)

OMA + OTORREA PERSISTENTE:

Miringotomia y Drenaje (Ceftriaxona y Metronidazol)

SOSPECHA POR INFECCION ANAEROBIOS

- Otorrea mal oliente (Fetida)
- Colecciones Abscesos en el TAC
- Trombosis del seno sigmoide (Fusobacterias, Prevotella)
- Evolucion Prolongada (> 7 dias)
- Patologia dental concomitante

PAUTA: CEFTRIAXONA 50 - 75 mg/kg/ dia (NIÑOS)

2 gr / 12 - 24 horas (ADULTOS)

y

METRONIDAZOL 10 mg/kg/ 8 horas (NIÑOS)

1500 mg / 24 horas (ADULTOS)

SOSPECHA POR INFECCION SAMR

- Ingresos Hospitalarios previos
- Inmunodeprimidos / Otras comorbilidades (Onco , Neutropenia, Corticoide cronico)
- Abscesos en multiples localizaciones
- Uso previo de ATB's. (Cefalosporinas, Macrolidos en el ultimo mes)

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON:

CEFTRIAXONA 50- 75 mg/kg/ dia (NIÑOS)

2 gr IV / 12-24 horas (ADULTOS)

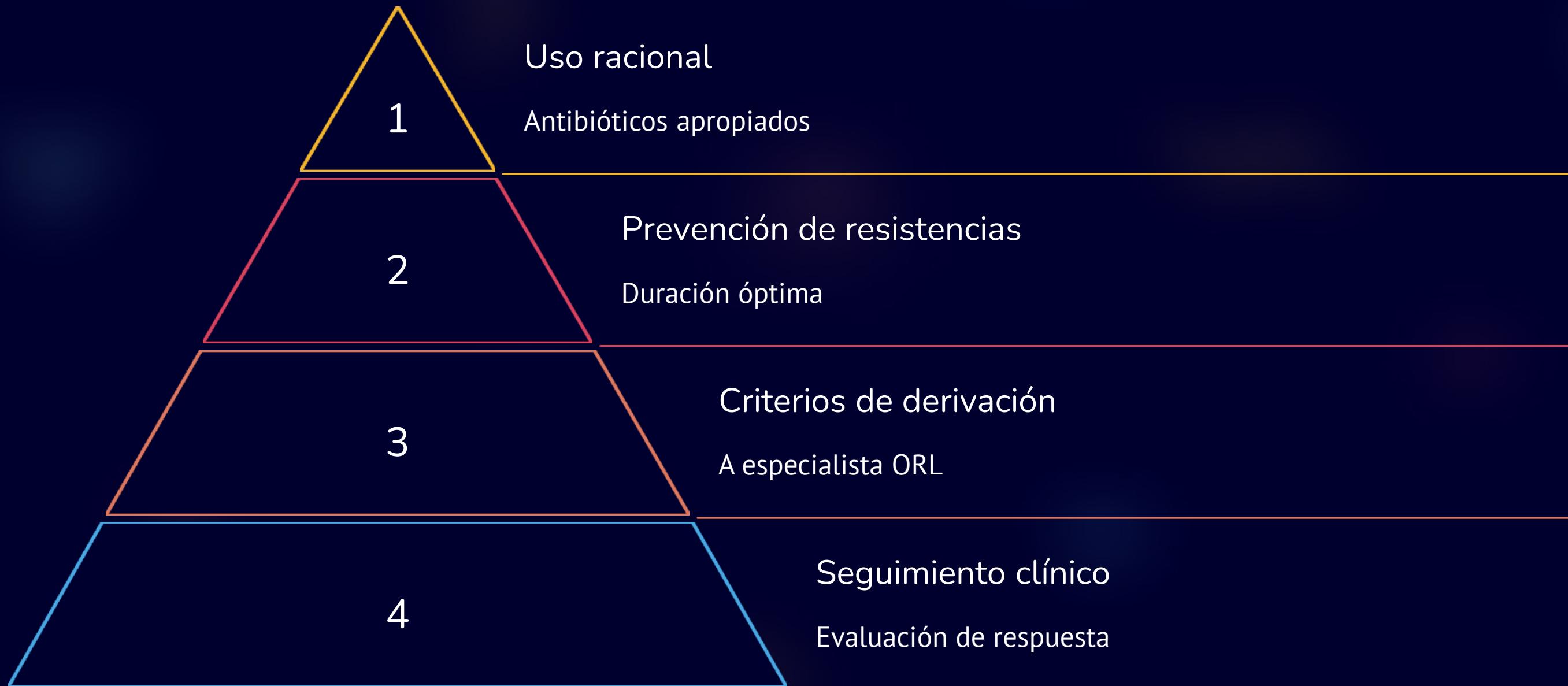
y

VANCOMICINA (15 mg/ kg / dia (NIÑOS)

> 12 años LINEZOLID 600 mg / 12 horas (En caso de I.Renal, resistencia Vanco, Anafilax)

< 12 años LINEZOLID 10 mg/kg/ 8h IV

Enfoque PROA en ORL





Conclusiones



Tratamiento racional

Basado en evidencia científica
actualizada.

Duración adecuada

Para evitar resistencias bacterianas.

Criterios PROA/PROACYL

Como base de la prescripción
antibiótica.

Gracias por su atención

Phor-zent

