

TRATAMIENTO EMPÍRICO INFECCIONES RESPIRATORIAS

OTITIS MEDIA AGUDA:

Autolimitada >80%. **Grave** si: 39°C, bilateral, otorrea, dolor intenso, < 2 a.

Tratar graves o persistentes tras analgesia 48 h:

O Amoxi 90 mg/k/d bid (máx 3 g/d) x 5-7 d (10 d en <2 a, otorrea, OMA recurr).

AMC si AB 30 d previos, conjuntivitis u OMA recurr.

RINOSINUSITIS BACTERIANA:

Formas de presentación:

-**Persistente sintomática** > 10 días sin mejoría: rinorrea y/o tos postnasal. (Opción observ 72 h sin tto).

-**Severa**: >3 días febril >39°C y rinorrea purulenta, con cefalea y MEG.

-**Progresiva**: **Empeoramiento a los 6-7 d** de virasis transitoria: Fb, cefalea severa o peor tos postnasal

O AMC 80-90 mg/k/d bid (Máx 4 g/d amoxi) x 10 días (mín 7 d postcuración). En leves 45 mg/k/d bid (máx 1.75 g/d).

SSF, (solo en rinitis alérgica: antihistamínicos, descongestivos o CE IN.)

NEUMONÍAS

Auscultación de la consolidación: hipoventilación, crepitantes, broncofonía, matidez.

Distress resp mod-severo: FR >50rpm/>70 rpm en < 12 m, Sat <92 %, tiraje, aleteo nasal, quejido.

Tº soporte: analgesia facilita la tos y el aclaramiento, líquidos escasos y frecuentes, aspirado nasal suave.

Bacteriana Típica (Neumococo): Cualquier edad, tos + **fiebre alta súbita** (a veces cvras previo) con apariencia **enferma o tóxica**, escalofríos, distress resp mod-severo, auscultación escasa y focalizada, dolor torácico, >15.000 L y ↑RFA. Rx *infiltrados alveolares, consolidación lobar/segmentaria, redonda*.
O Amox 90 mg/k/d tid x 7 d (máx 4 g/d).

Atípica (Mycoplasma, chlamydia): ↑Frec >5 a, **bruscos constitucionales** (fb, malestar, mialgia, cefalea, rash, conjuntivitis, fotofobia, odinofagia), y **tos seca progresiva**, sibilancias, complic extrapulmonares.
Rx 37% consolidación, 27% peribronquial, 21% reticulonodular, 15% parcheada.

O Azitrom 500 mg (10 mg/k) 1d + 250 mg (5 mg/k) 4 d. **O Claritrom** 500 mg (15 mg/k) bid x 7 d.

Viral: ↑Frec <5 a, gradual, cvras descendente, BEG, auscultación difusa, sibilancias, posible rash. Rx *infiltrado intersticial*.

No AB.

BRONQUITIS BACTERIANA PERSISTENTE

Riesgo de bronquiectasia sin ttº.

Tos húmeda persistente >4 sem monosintomática y Rx normal. (DDIF asma: tos seca fav con bcd.)

↑Frec causa de tos húmeda en <5 a (rara por s. goteo postnasal o por RGE en infancia).

O AMC 80-90 mg/k/d bid/tid x 2 s (max 2 g/d amoxi) (hasta 4 s si persistente).

Alérgicos no tipo I (reacción tardía leve): cefuroxima 30 mg/k/d bid (Máx 1 g/d) 10 d; **tipo I**: azitro 1+4 d, claritro 15 mg/k/d bid, clinda 10-25 mg/k/d tid (leves), 30-40 mg/k/d tid/qid Máx 1.8 g/d (graves), Levofloxacin 10-20 mg bid (Max 500 mg en sinusitis/750 mg/d en neumonía.)

Intolerancia digestiva/fracaso lactante-preescolar: Dosis carga Ceftriaxona IM 50-75 mg/k (Máx 1 g/d) previo a VO en sinusitis/neumonía, unidosis en OMA repetible x 2 qod.

Actualizado mayo 21