

Rinosinusitis

Jesús M^a Pascual Pérez^a, M^a Cristina De Hoyos López^b, Victoria Díaz Marugán^c

^a Pediatra. Centro de Salud Los Pintores (Servicio Madrileño de Salud). Parla, Madrid.

^b Pediatra. Centro de Salud Miguel Servet (Servicio Madrileño de Salud). Alcorcón, Madrid

^c Pediatra Centro de Salud Mar Báltico (Servicio Madrileño de Salud). Madrid

Bibliografía revisada hasta: 11/09/2023

Fecha de actualización: 01/10/2023

Guía_ABE_Rinosinusitis (v.3/2023)

Cita sugerida: Pascual Pérez JM, De Hoyos López MC, Díaz Marugán V. Rinosinusitis (v.3/2023). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01/10/2023; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción y puntos clave

Se define como la inflamación de la mucosa de las fosas nasales y los senos paranasales. Puede deberse a procesos infecciosos, alérgicos o irritativos. Los procesos infecciosos, sobre todo víricos, son la causa más frecuente. Las infecciones víricas predisponen al desarrollo de la sinusitis bacteriana (80% de los casos), mientras que el componente alérgico es significativo en el 20% restante.

El diagnóstico de la sinusitis aguda es clínico. La cefalea y el dolor facial son síntomas menos frecuentes que en los adultos.

Aunque la anamnesis y la exploración física tienen una utilidad limitada para distinguir entre rinosinusitis vírica y sinusitis bacteriana, la diferenciación entre ambas se basa en su distinta evolución (criterios de persistencia, gravedad o empeoramiento), y no en el aspecto del exudado nasal¹. Actualmente el uso de la radiología simple no está indicado en el manejo de la sinusitis, especialmente en Atención Primaria². El tratamiento empírico cuando está justificado debe llevarse a cabo sin realizar ninguna prueba previa.

La remisión espontánea es tan alta (70%) que, aunque el tratamiento con antibióticos parece superior a placebo, su significación clínica es dudosa. Las complicaciones son poco frecuentes y además no hay evidencia de que el tratamiento antibiótico inicial disminuya su frecuencia ni el paso a la cronicidad, relacionándose su uso con un mayor riesgo de efectos adversos y resistencias bacterianas.

La prescripción diferida y la conducta expectante ("wait and see" o "watchful waiting") se afianzan como opciones válidas y recomendables con el objetivo de disminuir el uso de antibióticos.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: En los niños que van a ser tratados ambulatoriamente, se recomienda la conducta expectante así como la prescripción diferida que permita evitar la prescripción inicial de antibiótico u optimizarlo. Se reseñan los cambios en la etiología que ha generado la vacunación antineumocócica (con VNC-13).

Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Sin criterios de persistencia, gravedad ni empeoramiento	Virus (<i>rinovirus</i> , <i>influenza</i> , <i>parainfluenza</i> , <i>adenovirus</i>)	



Microorganismos causales		
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Criterio de persistencia sin mejoría (rinorrea >10 días) y/o gravedad (fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ con rinorrea purulenta, tos diurna y/o cefalea intensa, ≥ 3 días) o empeoramiento	<i>Haemophilus influenzae</i> (40%) <i>Streptococcus pneumoniae</i> (30%) <i>Streptococcus pyogenes</i> (10%) Estéril (25-30%) ³	<i>Moraxella catharralis</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Gérmenes Gram-negativos
Causa dental (muy poco frecuente)	Anaerobios	
Gravemente inmunodeprimidos		Hongos (<i>Aspergillus ssp</i> , <i>Mucorales</i>) ⁴
Subaguda (4 a 12 semanas) y/o crónica (>12 semanas)	Factores no infecciosos ⁵	<i>Staphylococcus aureus</i> Anaerobios

Estudios complementarios	
Situación clínica	Estudios indicados en la evaluación inicial
Sin sospecha de complicaciones	No precisa ⁶
Duración de más de 3 semanas a pesar de tratamiento antibiótico adecuado (subaguda, crónica) o recurrente (3 episodios en 6 meses ó 4 en un año, con intervalo libre de síntomas de 16 días)	Estudio alergológico (PRICK, determinación de IgE específica o derivación a Alergología) ⁷ Derivación a ORL (para descartar alteraciones anatómicas, tratamiento quirúrgico) Investigar factores no infecciosos (fibrosis quística, reflujo gastroesofágico, irritantes ambientales, etc.)

Indicaciones de ingreso hospitalario
<p>Afectación del estado general (aspecto séptico, cefalea facial intensa).</p> <p>Complicaciones: oculoorbitarias (salvo celulitis preseptal que, en determinados casos, puede tratarse inicialmente de forma ambulatoria), craneales y endocraneales⁸.</p> <p>Sospecha de tumor (síntomas unilaterales persistentes como epistaxis, obstrucción y rinorrea, siendo la deformidad facial un síntoma tardío)⁹.</p> <p>Entorno familiar de riesgo que no garantiza cuidados generales, cumplimiento terapéutico y vigilancia eficaz.</p>

Tratamiento antimicrobiano empírico ambulatorio (y otros tratamientos farmacológicos)		
Situación clínica	Tratamiento inicial ¹⁰	Alternativa o tras evolución desfavorable a las 72h
Sin criterios de persistencia, gravedad ni empeoramiento	Analgésicos y tratamiento sintomático	
Solo criterio de persistencia sin mejoría (>10 días)	Observación sin antibioterapia con reevaluación en 72 horas ¹¹	Amoxicilina DA VO, 5 días ¹²



Tratamiento antimicrobiano empírico ambulatorio (y otros tratamientos farmacológicos)		
Situación clínica	Tratamiento inicial ¹⁰	Alternativa o tras evolución desfavorable a las 72h
Solo criterio de empeoramiento (tras mejoría inicial)	Amoxicilina DA VO, 5 días	Amoxicilina/clavulánico DA VO, 5 días
Solo criterio de gravedad (≥ 3 días)	Amoxicilina DA VO, 5 días	Amoxicilina/clavulánico DA VO, 5 días
Factores de riesgo de resistencia a penicilina ¹³ o pacientes en los que no se pueda asumir el riesgo de una evolución desfavorable ¹⁴	Amoxicilina/clavulánico DA VO, 5-7 días	Valorar derivación a Especializada ¹⁵

Tratamiento antimicrobiano empírico en situaciones especiales		
Situación clínica	Tratamiento inicial	Alternativa
Alergia a amoxicilina anafiláctica (inmediata, tipo I) y tipo II grave	Valorar especialmente la posibilidad de vigilancia clínica sin antibioterapia	Azitromicina VO, 3 días o Claritromicina VO, 7-10 días
Alergia a amoxicilina no anafiláctica (tardía, no tipo I) en cuadro no grave	Cefuroxima axetilo VO, 5 días ¹⁶	
Alergia a amoxicilina en cuadro grave o fracaso terapéutico con factores riesgo de neumococo resistente	Levofloxacino VO, 10 días (<i>off-label</i>) ¹⁷	
Sospecha de infección por <i>H influenzae</i> ¹⁸	Amoxicilina/clavulánico DA VO, 5 días	
Mala tolerancia oral	Ceftriaxona IM inicial, 1-3 días ¹⁹	Valoración de ingreso hospitalario
Niños ingresados ²⁰	Amoxicilina/clavulánico IV o Cefuroxima IV, 10 días Si foco dental: Amoxicilina/clavulánico IV	Ceftriaxona IV Cefotaxima IV Levofloxacino IV



Tratamiento antimicrobiano. Dosis recomendadas

A. Orales:

Amoxicilina DA VO: 80-90 mg/kg/día, en 3 tomas (máximo 3 g/día)²¹

Amoxicilina/clavulánico DA VO: 80-90 mg/kg/día (de amoxicilina, máximo 3 g/día), en 3 tomas (en formulación con relación amoxicilina/clavulánico de 8/1, sin superar máximo clavulánico VO 375 g/día)

Azitromicina VO: 10 mg/kg/día, en 1 toma (máximo 500 mg/día)

Claritromicina VO: 15 mg/kg/día, en 2 tomas (máximo 1 g/día)

Cefuroxima axetilo VO: 30 mg/Kg/día, en 2 tomas (máximo 1 g/día)

Levofloxacino VO: 20 mg/kg/día en menores de 5 años, en 2 tomas; 10 mg/kg/día en mayores, en 1 toma (máximo 500 mg/día). Fórmula magistral 50 mg/ml (*off-label*)

B. Parenterales:

Ceftriaxona IM: 50 mg/kg/dosis, en 1 dosis (IV preferible en 2 tomas, máximo 2 g/día)

Amoxicilina/clavulánico IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 tomas (en formulación con relación amoxicilina/clavulánico 10/1, máximo 6 g/día)

Cefuroxima IV: 60-100 mg/kg/día, en 3-4 tomas (máximo 6 g/día)

Cefotaxima IV: 100-200 mg/kg/día, en 4 tomas (máximo 12 g/día)

Levofloxacino IV: 10-20 mg/kg/día, en 1-2 tomas (máximo 500 mg/día)

Otras medidas terapéuticas

Como tratamiento sintomático analgésico y antipirético son efectivos el paracetamol y el ibuprofeno (preferible por su acción antiinflamatoria). Suelen ser necesarios pocos días.

Los lavados nasales con suero salino son eficaces en el alivio sintomático de la rinosinusitis crónica, existiendo una cierta evidencia a favor de las soluciones hipertónicas. En los procesos agudos las evidencias son aún más limitadas, aunque se recomienda su uso por ser inocuos y proporcionar un alivio transitorio.

Los corticoides intranasales son beneficiosos en la sinusitis aguda no complicada, aunque los datos son limitados y los efectos observados son moderados. Se recomienda realizar un ensayo terapéutico con ellos cuando la evolución con antibioterapia no sea muy satisfactoria (ciclo de al menos 2-3 semanas), incluso cuando no exista causa alérgica.

Los antihistamínicos no deben ser utilizados (dificultan el drenaje de las secreciones).

No hay evidencia que avale el empleo de mucolíticos, antibióticos ni corticoides supuestamente tópicos en forma de nebulización.

Hay controversia sobre la eficacia de descongestivos orales o tópicos: quizás pudieran mejorar (al menos inicialmente) el drenaje, pero nunca se deben usar durante más de una semana por su efecto rebote. Como agentes simpaticomiméticos están además asociados a efectos adversos cardiovasculares y neurológicos graves, especialmente en niños menores de 6 años.

Referencias bibliográficas

- Albañil Ballesteros MR, Morales Senosiaín D, Alfayate Miguélez S. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Sinusitis. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/8/sinusitis>



Referencias bibliográficas

- Callén Blecua M, Garmendia Iglesias MA. Sinusitis. El Pediatra de Atención Primaria y la sinusitis Protocolos del GVR (publicación P-GVR-7) [consultado 01/06/2023]. Disponible en <https://www.respirar.org/images/sinusitis-2021-07.pdf>
- Martínez Campos L, Albañil Ballesteros MR, de la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera Escario J, Baquero Artigao F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. An Pediatr (Barc). 2013;79:330.e1-e12. <http://www.analesdepediatria.org/es/pdf/S1695403313002063/S300/>
- López Martín D, Piñeiro Pérez R, Martínez Campos L, Ares Álvarez J, de la Calle Cabrera T, Jiménez Huerta I, Khodayar-Pardo P, Lupiani Castellanos P, Baquero-Artigao F, & Grupo colaborador del consenso de otitis media aguda y sinusitis en pediatría (2023). Actualización del documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda y sinusitis. An Pediatr (Barc). 2023;98(5):362–372. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.03.003>
- Wald ER, Applegate KE, Bordley C, Darrow DH, Glode MP, Marcy SM, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics. 2013 Jul;132(1):e262-280. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1071>
- Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJC, Hicks LA, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012 Apr;54(8):e72–112. <https://doi.org/10.1093/cid/cir1043>
- Wald ER. Acute bacterial rhinosinusitis in children: Microbiology and management. En UpToDate. 2023 (en línea). Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/acute-bacterial-rhinosinusitis-in-children-microbiology-and-management#H15> [consultado 10/09/2023].
- Plan Nacional Resistencia Antibióticos. Sinusitis aguda en pediatría. Guías PRAN Humana. 2021 (en línea). Disponible en <https://www.resistenciaantibioticos.es/es/guias/humana/login> [consultado 10/09/2023].
- National Institute for Health and Care Excellence. Sinusitis (acute): Antimicrobial prescribing (NICE Guideline 79). 2017. (en línea). Disponible en www.nice.org.uk/guidance/ng79 [consultado 01/07/2023].
- DeMuri GP, Wald ER. Clinical practice. Acute bacterial sinusitis in children. N Engl J Med. 2012 Sep 20;367(12):1128-34. Review. Erratum in: N Engl J Med. 2012 Oct 18;367(16):1573. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1106638>
- Baquero Artigao F, Berghezán Suárez A, Bravo Queipo de Llano B. Sinusitis y sus complicaciones. Celulitis preseptal y orbitaria. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:81-96. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_sinusitis.pdf
- Gutiérrez Cruz N, Hernández Martín D. Antibióticos; dosis en lactantes y niños (v.2.0/2019). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 30/09/2019; consultado el 01/07/2023]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>
- Zalmanovici Trestioreanu A, Yaphe J. Intranasal steroids for acute sinusitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 12. Art. No.: CD005149. DOI: 10.1002/14651858.CD005149.pub4 Disponible en <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005149.pub4/full/es> [consultado 01/07/2023]
- Kaur, R., Morris, M., & Pichichero, M. E. (2017). Epidemiology of Acute Otitis Media in the Postpneumococcal Conjugate Vaccine Era. Pediatrics, 140(3), e20170181. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0181>
- Pumarola, F., Salamanca de la Cueva, I., Sistiaga-Hernando, A., García-Corbeira, P., Moraga-Llop, F. A., Cardelús, S., McCoig, C., Gómez Martínez, J. R., Rosell Ferrer, R., Iniesta Turpin, J., & Devadiga, R. (2016). Etiología bacteriana de la otitis media aguda en España en la era de la vacuna neumocócica conjugada [Bacterial etiology of acute otitis media in Spain in the post-pneumococcal conjugate vaccine era]. Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003), 85(5), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.10.016>



Referencias bibliográficas

- Albañil Ballesteros MR, Ruiz Contreras J. Resistencias de los patógenos más comunes en procesos bacterianos de manejo ambulatorio y tratamiento antibiótico de elección. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2018;(27):23-31. Disponible en https://pap.es/files/1116-2414-pdf/02_Resistencias_patogenos.pdf
- Spellberg B. The Maturing Antibiotic Mantra: "Shorter Is Still Better". J Hosp Med. 2018 May 1;13(5):361-362. doi: 10.12788/jhm.2904. Epub 2018 Jan 25. PMID: 29370317; PMCID: PMC6483376. <https://doi.org/10.12788/jhm.2904>
- Savage, T. J., Kronman, M. P., Sreedhara, S. K., Russo, M., Lee, S. B., Oduol, T., & Huybrechts, K. F. (2023). Trends in the Antibiotic Treatment of Acute Sinusitis: 2003-2020. Pediatrics, 151(4), e2022060685. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060685>
- S. Alfayate Miguélez, G. Yague Guirao, A.I. Menasalvas Ruíz, M. Sanchez-Solís, M. Domenech Lucas, F. González Camacho, et al. Impact of Pneumococcal Vaccination in the Nasopharyngeal Carriage of Streptococcus pneumoniae in Healthy Children of the Murcia Region in Spain. Vaccines, 9 (2021), pp. 14. <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/1/14>

Abreviaturas: **VPN-13:** vacuna antineumocócica 13 valente. **IgE:** inmunoglobulina E. **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **VO:** vía oral. **DA:** dosis altas

Notas aclaratorias:

¹ Existen 3 formas de presentación que permiten predecir una sinusitis bacteriana, definidas por el cumplimiento de alguno de los siguiente criterios: **persistencia** (rinorrea mantenida más de 10 días sin mejoría) para la "forma de catarro prolongado" (probablemente la más frecuente en niños), **gravedad** (fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ con rinorrea purulenta, tos diurna y/o cefalea intensa durante al menos 3 días) para la "forma más típica" o, por último, **empeoramiento** (aumento de la rinorrea, tos diurna y aparición o reaparición de fiebre tras mejoría inicial, en especial si se produce a partir del sexto día de evolución) describiendo una "forma bifásica". Aunque la mayoría de autores marcan los 10 días como la frontera entre el catarro y la rinosinusitis, la persistencia de síntomas más allá de este límite no implica necesariamente sobreinfección bacteriana.

² Las pruebas de imagen no están indicadas en el estudio de la sinusitis aguda, y deberían reservarse para procesos crónicos, recurrentes o ante la sospecha de complicaciones. La técnica de imagen de elección para la evaluación de la rinosinusitis en niños es la Tomografía Computarizada (TC).

³ Se asume que los patógenos que producen sinusitis son los mismos responsables de otitis media aguda. La vacunación antineumocócica (con VNC-13) ha generado cambios en su etiología: Haemophilus influenzae No Tipable (HiNT) emerge como primera causa y existe un aumento porcentual de casos producidos por serotipos de neumococos no incluidos en las vacunas, así como una mayor tasa de resistencias. En cuanto al tercer lugar, existen diferencias según el lugar del estudio y las herramientas de identificación utilizadas: en España parece ser Streptococcus pyogenes, mientras que en otros países seguiría situándose Moraxella catarrhalis con aumento porcentual de casos respecto a la era prevacunal (en parte por detección molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa PCR).

⁴ Aunque son excepcionales, las infecciones causadas por hongos Mucorales (mucormicosis, cuya forma clínica más frecuente es la rinocerebral) o Aspergillus (aspergilosis invasiva) son graves y potencialmente letales con afectación orbitaria e intracraneal. Un diagnóstico precoz con tratamiento agresivo combinando antifúngicos y cirugía son claves para mejorar la supervivencia de estos pacientes.

⁵ El papel de la infección bacteriana como causa primaria de sinusitis crónica es controvertido, pudiendo ser consecuencia de factores no infecciosos (alérgicos, irritantes ambientales, fibrosis quística, alteraciones anatómicas, etc.)

⁶ Los cultivos de secreción nasal (incluso obtenida endoscópicamente de meato medio) o exudado faríngeo no tienen correlación con el cultivo por punción-aspiración sinusal (patrón oro, pero sólo indicado en casos muy graves en ámbito hospitalario). Por tanto, no deben realizarse pruebas de imagen ni microbiológicas en las formas no complicadas.

⁷ El pediatra de Atención Primaria debe tener acceso directo a las pruebas de diagnóstico alergológico. A pesar de que hasta ahora la mayoría de los consensos recomiendan el prick test como primera línea, sus resultados dependen mucho de las características del paciente y del profesional sanitario que lo realiza. Por ello, la posibilidad de determinación de IgE específica (CAP), orientada de manera racional por una anamnesis exhaustiva, parece preferible.



⁸ Las complicaciones son poco frecuentes y se deben sospechar ante síntomas oculoorbitarios (edema palpebral, proptosis, alteración de movimientos oculares) o neurológicos. Son más frecuentes las orbitarias (60-70%) que las intracraneales (15-20%), y aún menos frecuentes las óseas (5-10%).

⁹ En rinorrea persistente unilateral siempre se descartará la presencia de un cuerpo extraño nasal.

¹⁰ Inicialmente se indican tratamientos antimicrobianos de espectro más estrecho, ante la posibilidad de reevaluar la evolución y respuesta terapéutica en 48-72 horas. El fracaso terapéutico se define por un empeoramiento sustancial en cualquier momento o por la falta de mejoría después de tres días de terapia antimicrobiana.

¹¹ La conducta expectante ("wait and see" o "watchful waiting") debe poder asegurar un correcto seguimiento, así como informar y educar a la familia en los signos y síntomas de alarma que les permitan identificar una eventual evolución desfavorable, que posibiliten iniciar el tratamiento antimicrobiano si fuera necesario.

¹² La duración de la antibioterapia clásicamente se ha preferido prolongar durante semanas, y así se recoge en la mayoría de guías clínicas sobre todo en niños. Actualmente cada vez hay una mayor tendencia a plantear ciclos más cortos ("shorter is better"), sobre todo cuando existe una rápida respuesta favorable inicial. Se proponen pautas cortas de 5 días, salvo en menores de 2 años (5-10 días). En cualquier caso debería mantenerse hasta 48 horas después de la mejoría clínica.

¹³ Antibioterapia en los 30 días previos, hospitalización reciente (en la última semana) o clínica grave en menores de 2 años. En la mayoría de guías se plantea tener en cuenta las tasas locales de resistencia endémica de neumococo resistente, proponiendo el uso de amoxicilina a altas dosis en todos los casos si es superior al 10% (como es el caso de España).

¹⁴ Inmunocomprometidos, celulitis preseptal incipiente o cuadro especialmente intenso.

¹⁵ Las cefalosporinas orales (cefuroxima) no aportan beneficio sobre amoxicilina-clavulánico, por lo que no se recomiendan en caso de fracaso de tratamiento inicial con ésta a altas dosis. Ante este escenario, parece recomendable remitir al hospital (para evaluar otros posibles diagnósticos diferenciales con o sin ingreso y/o administrar ceftriaxona IM).

¹⁶ Esta decisión se adoptará bajo supervisión del servicio de alergología, siempre que las pruebas cutáneas sean negativas y con vigilancia estrecha del paciente. El riesgo de reactividad cruzada es probablemente cercano al 0,1-0,5%. No obstante, esta posibilidad de usar cefalosporinas orales con una cadena lateral diferente a la de las aminopenicilinas (evitando cefadroxilo) cada vez es más difícil por problemas de suministro (cefuroxima ha precisado solicitud como medicación extranjera durante meses) y comercialización (cefepodoxima proxitilo y ceftibuteno ya no lo están en España).

¹⁷ Se debe obtener el consentimiento informado de los padres, que debería quedar registrado en historia clínica. Su uso debe quedar restringido a cuadros graves o fracaso terapéutico, y por tanto de indicación/control hospitalario.

¹⁸ Conjuntivitis purulenta concomitante asociada, en menores de 6 meses o con vacunación incompleta, en caso de recurrencia (con intervalo libre de síntomas de al menos 16 días) o uso de antibióticos en los 30 días previos. La resistencia de *Haemophilus* a la amoxicilina (10-20%) es fundamentalmente por producción de betalactamasas.

¹⁹ Se debe continuar el tratamiento con un antibiótico oral 24 horas después, siempre que los vómitos hayan desaparecido. Si persisten durante más de 24 horas, se asocian con inflamación periorbitaria/orbitaria y/o cefalea persistente se debe considerar una complicación orbitaria o intracraneal.

²⁰ En los niños con criterios de ingreso hospitalario o intolerancia oral está indicado el tratamiento antibiótico parenteral inicial. Una vez que se comprueba una evolución favorable, el niño se encuentre afebril y pueda tolerar medicación oral, los antimicrobianos parenterales deberán sustituirse por sus equivalentes orales.

²¹ Aunque la mayoría de guías americanas recomiendan dividir la dosis diaria de amoxicilina (aislada o asociada a clavulánico) en 2 tomas, parece preferible mantener su administración cada 8 horas (especialmente en niños pequeños y en casos graves).

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[i] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5