

INFECCIÓ ORL

		T. empíric	Durada	
Faringoamigdalitis aguda no complicada	<18 mesos	NO precisa antibiòtic		
	18-24 mesos no escolaritzat			
	>2 anys (o >18m si escolaritzat) y cultiu/test ràpid <i>S. pyogenes</i> NEGATIU			
	>2 anys (o >18m si escolaritzat) y cultiu/test ràpid <i>S. pyogenes</i> POSITIU	Penicil·lina V OR < 27 kg a 250mg c/12h > 27 kg a 500mg c/12h o Amoxicil·lina OR (50mg/kg/dia, c/12h, màx 500mg/12h)	} 10 dies	
Diagnòstic clínic d'escarlatina	<u>Intolerància oral</u> →dosi única Penicil·lina G Benzatina IM: <27 Kg i <12 anys: 600.000 UI >27 Kg o >12 anys: 1.200.000 UI			
Infeció dels espais profunds del coll (abscess periamigdalí, retrofaringi, angina de Ludwig)		Valorar amb ORL la necessitat de drenatge/desbridament quirúrgic. Am-clavulànic EV <u>Sospita de SARM</u> --> vancomicina <u>Immunodeprimits</u> ¹ --> meropenem	10-14 dies Pas a OR si afebril >24h, deglució correcta i desaparició dels signes inflamatoris	
Otitis mitjana aguda (OMA) Individualitzar el tractament en cas de pacients immunodeprimits, portadors d'implant coclear, amb anomalies craniofacials, etc	< 2 anys	2-5 mesos o no vacunats per <i>H. influenzae</i>	Am-clavulànic OR (80-90 mg/kg/dia, cada 12h)	7 dies Si no milloria en 48-72h: valorar causes possibles de no resposta al tractament: mala adherència/tolerància, complicació (mastoiditis), infecció per <i>H. Influenzae</i> , pneumococ resistent a penicil·lines, etc i valorar el pas a am-clavulànic o cefixima OR
		6-24 mesos i vacunats	Amoxicil·lina OR (80-90 mg/kg/dia, cada 12h) Si clínica de <48h, febre <39°C, OMA unilateral sense otorrea i es pot assegurar seguiment ambulatori en 48h: actitud expectant i tractament simptomàtic amb ibuprofè.	
	≥ 2 anys	Ttx simptomàtic amb ibuprofè Si bilateral, supurada (otorrea), o no resposta a 48-72h de tractament simptomàtic: amoxicil·lina OR (80-90 mg/kg/dia, cada 12h)	5 dies	

Sinusitis Pacient greument immunodeprimit: valorar la possibilitat d'infecció fúngica (ex. Mucormicosi, aspergilosi invasiva)	Sense criteris de persistència, gravetat o empitjorament		Ttx simptomàtic	
	Persistència sense milloria (rinorrea > 10d), gravetat (febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ + rinorrea purulenta + tos diürna +/- cefalea intensa ≥ 3 dies) o empitjorament		Amoxicil·lina OR (80-90 mg/kg/dia, cada 8h) <u>Sospita sinusitis frontal o etmoidal: am-clavulànic</u> OR (80-90 mg/kg/dia, cada 8h)	5 dies
Mastoiditis aguda NO complicada			Am-clavulànic EV	14 dies Si bona evolució clínica → pas a OR a les 48-72h
Mastoiditis aguda complicada²	Complicació supurada extracranial (ex. abscess sub-periòstic)		Am-clavulànic EV	21 dies Si bona evolució clínica → pas a OR als 3-5 dies
	Complicació supurada intracranial (ex: empiema epidural, trombosi sèptica)		Ceftriaxona + metronidazol EV <u>Sospita SARM</u> : afegir vancomicina	4-8 setmanes -Mantenir antibiòtic (EV) fins disposar de prova d'imatge que mostra resolució de la complicació supurada intracranial. -Possibilitat de passar metronidazol a OR passats 14 dies i excel·lent evolució clínica i analítica
Mastoiditis en el pacient amb implant coclear³	Cirurgia fa < 2 mesos	Sense meningitis	Ceftazidima + vancomicina EV	Durada del tractament antibiòtic individualitzada.
		Amb meningitis	Meropenem + vancomicina EV	
	Cirurgia fa > 2 mesos		Ceftriaxona + vancomicina EV <u>Sospita/confirmació <i>Pseudomona spp</i></u> (ex. OMA amb efussió crònica +/- colesteatoma associat): ceftazidima (+ vancomicina si no confirmació)	

¹Considerar incloure en aquest grup: pacients amb neoplàsia, immunodeficiència primària greu, immunodeficiència secundària (VIH, corticoteràpia perllongada), etc.

²Drenatge quirúrgic (mastoidectomia, drenatge neuroquirúrgic) en tots els casos que sigui possible +/- col·locació de drenatges transtimpànics.

³Etiologia més freqüent: *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. aureus*, *Pseudomona spp*, *Haemophilus spp*.

EN CAS D'AL·LÈRGIA A LES PENICIL·LINES (sospita o confirmada)

- Faringoamigdalitis:
 - Reacció immediata (o tardana greu): azitromicina (10-12 mg/kg [màxim 500mg/dosi], 5 dies), claritromicina o clindamicina
 - Reacció tardana no greu: cefadroxil

- OMA:
 - Reacció immediata (o tardana greu): azitromicina (10 mg/kg [màxim 500mg/dosi], 3 dies) o claritromicina o cotrimoxazol
 - Reacció tardana no greu: cefuroxima
- Sinusitis y mastoiditis:
 - Reacció immediata (o tardana greu): levofloxacino
 - Reacció tardana no greu: ceftriaxona (EV) o cefuroxima (OR)

