

Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

INFECCIONES ORL



Esther Uceda Gómez

Medicina de Familia - CS Murcia San Andrés

Introducción



- ➔ Las infecciones respiratorias de vías altas son una de las patologías más frecuentes en la consulta de Atención Primaria.
- ➔ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las Infecciones Respiratorias Agudas Superiores (IRAs) como un conjunto de enfermedades infecciosas que afectan las vías respiratorias superiores, caracterizadas por un **inicio súbito** y una duración **inferior a dos semanas**.
- ➔ La etiología de estas infecciones es predominantemente **viral**, pero constituyen la principal causa de prescripción de antibióticos: en nuestro país se prescriben antibióticos en el 80 % de los pacientes con otitis media y sinusitis y en la mitad de las faringoamigdalitis.
- ➔ La mayoría de los cuadros son leves y autolimitados. Por ello, la **actitud expectante** y la **prescripción diferida** son estrategias adecuadas para reducir el uso inadecuado de antimicrobianos, insistiendo en los beneficios de las **medidas no farmacológicas** y en el **tratamiento sintomático**.
- ➔ El orden de prevalencia de las infecciones respiratorias de mayor a menor es: **resfriado común, faringoamigdalitis aguda**, otitis media aguda, sinusitis aguda, laringitis aguda y otitis externa.

Objetivos



- Identificar las diferentes infecciones de la esfera ORL.
- Concienciar sobre el problema de las resistencias y la importancia de optimizar la prescripción.
- Actualizar criterios diagnósticos y terapéuticos en infecciones ORL.
- iniciar un tratamiento empírico y la duración adecuada.
- Pedir pruebas complementarias siguiendo los protocolos sugeridos en la guía PRAN.
- Recomendaciones NO HACER.

Índice



 Plan Nacional Resistencia Antibióticos		Guía Terapéutica Antimicrobiana del SNS	Az	Home
< Infecciones respiratorias superiores en adultos				
	Introducción		☆	>
	Faringoamigdalitis en adultos		☆	>
	Laringitis catarral aguda no complicada		☆	>
	Otitis externa en adultos		☆	>
	Otitis media aguda en adultos		☆	>
	Resfriado común en adultos		☆	>
	Sinusitis aguda en adultos		☆	>
	Bibliografía			>

Resfriado común (rinofaringitis)



- Es una enfermedad **autolimitada**, generalmente banal, con una **alta incidencia**.
- Etiología:
 - **Vírica:**
 - Rinovirus 30-50%
 - Coronavirus 10-15%
 - En alrededor del 25% de los casos no se consigue identificar ningún agente infeccioso.

Manejo empírico

Tratamiento antibiótico:

- Elección: no indicado^{§ 24} (GR A).

Medidas no farmacológicas:

- Hidratación adecuada.
- Informar a pacientes o cuidadores sobre el curso y duración de la enfermedad.
- Resolver las expectativas del paciente acerca del curso y duración de la enfermedad.
- Recomendar medidas higiénicas y lavado de manos para evitar diseminación del agente infeccioso (GR A)³³.
- Evitar humo tabaco y otros contaminantes.

Tratamiento sintomático

NO indicados vasoconstrictores nasales ni los **mucolíticos**

Tampoco los **corticoides nasales**

Faringoamigdalitis aguda



- La mayor parte son de origen **viral**, y remiten espontáneamente en 7 días en el 90% de las ocasiones.
- En nuestro medio alrededor de un 10-30 por ciento de las infecciones faringoamigdalares son de origen bacteriano, siendo su agente causal más frecuente el *Streptococo betahemolítico del grupo A* (EBHGA) o *Streptococcus pyogenes*. Fuera de esta etiología, la necesidad de tratamiento antimicrobiano es excepcional.
- Sólo cuando exista la sospecha de infección por EBHGA estaría indicada la administración de antibióticos, con el objetivo de **prevenir las complicaciones** no supurativas (fiebre reumática y glomerulonefritis aguda) y supurativas (otitis media aguda, sinusitis aguda y abscesos periamigdalinos).

Etiología:

- **Vírica (80-90%)**
- Bacteriana:
 - *Streptococcus pyogenes* (EBHGA) (5-15%)
 - *Mycoplasma pneumoniae* (10-15%)
 - *Chlamydophila pneumoniae* (8-10%)

Faringoamigdalitis aguda sin sospecha de infección por EHBGA



Manejo empírico

Tratamiento antibiótico:

- Elección: no indicado^{# 24,26,31,33}. Actitud expectante. Valorar [prescripción diferida](#) (GR A).

Medidas no farmacológicas:

- Resolver las expectativas del paciente acerca del curso y duración de la enfermedad.
- Informar al paciente sobre la importancia de realizar el tratamiento completo para reducir el riesgo de recurrencias³³.
- Ingesta adecuada de líquidos.

Tratamiento sintomático:

Paracetamol 500-1.000 mg/6-8h vo o Ibuprofeno 400 mg/8h vo

No se recomienda el uso rutinario de corticoides (GR A)

Faringoamigdalitis aguda con sospecha de infección por EHBGA



Criterios de Centor-Mclsaac

Criterio	Puntaje
Fiebre >38 °C	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías cervicales anteriores	1
Exudado amigdalár	1
Edad	
3 - <15 años	1
15 - 45 años	0
≥ 45 años	-1

0-2 puntos: no realizar streptotest (GR B) ni administrar tratamiento antibiótico (GR A)

3-4 puntos: considerar streptotest (GR B) y valorar beneficio del tratamiento antibiótico (GR A)

Uso y registro de test rápidos de diagnóstico (OMI)

El sistema muestra los siguientes datos y opciones:

- Recomendación:** Recomendado hacer test estreptococo grupo A en puntuación Mayor o Igual a 2 puntos.
- Marcar: Si = 1, No = 0**
- Fiebre >38°:** 1
- Hipertrofia o exudado amigdalár:** 0
- Adenopatías laterocervical anterior dolorosa:** 0
- Ausencia de tos:** 0
- Edad:**
 - De 0 a < 3 años = 0 puntos
 - De 3 < 15 años = 1 punto
 - De 15 < 45 años = 0 puntos
 - > o igual de 45 años = -1 puntos
- Total puntuación obtenida:** 0
- Realizar Test streptococo A:**
- Resultado TEST:** [Campo vacío]

Faringoamigdalitis aguda con sospecha de infección por EBHGA



Tratamiento antibiótico:

- Elección: **penicilina V^Ω** oral (estómago vacío), 500 mg cada 12 horas, 10 días^{26,31,32,33,38} (GR A). **PENILEVEL®**
- Alternativa:
 - **Amoxicilina** **A**:^Ω oral, 500 mg cada 12 horas, 10 días (GR A)^{31,33}.
 - Riesgo de incumplimiento o intolerancia oral a penicilina: **penicilina G-benzatina** **A** im, 1,2x10⁶ UI (1,2 MUI), dosis única (GR A)^{31,38}. **BENZETACIL®**
 - Alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): **azitromicina** **w** ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 5 días (GR B)[€]_{31,33,38}.

Medidas no farmacológicas:

- Resolver las expectativas del paciente acerca del curso y duración de la enfermedad.
- Informar al paciente sobre la importancia de realizar el tratamiento completo para reducir el riesgo de recurrencias³³.
- Ingesta adecuada de líquidos.

Alternativa:

Clindamicina oral 150-300 mg cada 8 h.
10 días (EBHGA 100 sensible)

Amoxicilina/Ác.Clavulánico: riesgo de hepatotoxicidad

Azitromicina: precaución en pacientes con enfermedad arritmogénica

Faringoamigdalitis aguda con sospecha de infección por EBHGA



TONSILOLITO!!!

Faringoamigdalitis recurrente



- **5 ó más episodios** de amigdalitis aguda durante **1 año** con episodios incapacitantes, o bien FA con cultivo positivo por EBHGA que se presenta en un corto periodo de tiempo después de haber completado un **tratamiento antibiótico adecuado** durante 10 días.
- Si a pesar del tratamiento antibiótico se siguen presentando recidivas deberían considerarse los criterios de amigdalectomía.
- El tratamiento antibiótico no está indicado en la prevención de los episodios recurrentes.
- Etiología: *Streptococcus pyogenes* (EBHGA)



Manejo empírico



Tratamiento antibiótico:

- Elección: **penicilina G-benzatina** im, 1,2x10⁶ UI (1,2 MUI), dosis única³⁸ (GR C).
- Alternativa: **amoxicilina/ácido clavulánico**  oral, 500 mg/125 mg cada 12 horas, 10 días³⁸ (GR D).

Otitis media aguda



- Inflamación en la mucosa del oído medio y tímpano; generalmente conduce a la aparición de derrame.
- Suele aparecer en personas con un resfriado o alergias.
- Síntomas: dolor (**otalgia**) brusco unilateral, sensación de oído tapado o presión, y **disminución de la audición**. Puede haber secreción de líquido (otorrea) y/o fiebre.
- En un 75-90% de los casos es una infección **autolimitada** que cura espontáneamente en 7-10 días.
- Etiología:
 - **Bacteriana**
 - *Streptococcus pneumoniae* (33%)
 - *Haemophilus influenzae* (27%)
 - *Streptococcus pyogenes* (5%)
 - *Staphylococcus aureus* (2%)
 - *Moraxella catharralis* (1%)
 - **Vírica**

Otitis media aguda



Manejo empírico

Otitis media aguda sin signos de gravedad

Tratamiento antibiótico:

- No indicado^{*39,24} (GR A).
- Actitud expectante.
- Valorar **prescripción diferida**^{39,24} (GR B).

Medidas no farmacológicas:

- Evitar la entrada de agua.
- Evitar humo tabaco y otros contaminantes.

**Tratamiento sintomático
SIEMPRE**

Otitis media aguda sin mejoría en 48-72 horas

Tratamiento antibiótico:

- Elección: **amoxicilina** **A** oral, 750-1000 mg[&] cada 12 horas, 7 días^{§39} (GR C).
- Alternativa: alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): **azitromicina** **w** ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días³⁹ (GR A).

**Si evolución favorable,
considerar pauta de 5 días**

Otitis media aguda



Otitis media aguda sin mejoría tras 48-72 horas con amoxicilina



Otitis media aguda grave (fiebre >39°C, otalgia intensa)



Tratamiento empírico:

- Elección: **amoxicilina/ácido clavulánico** ▼ oral, 500-875 mg/125 mg cada 8 horas, 10 días³⁹ (GR A).
- Alternativa: alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): **azitromicina** ▼ oral, 500 mg cada 24 horas, 3 días³⁹ (GR A).

Si evolución favorable,
considerar pauta de 5 días

Criterios de derivación



- Otitis media aguda recurrente (3 episodios en 6 meses; >4 en un año).
- Ausencia de respuesta tras 2 series de antibióticos.
- Intolerancia a la medicación oral.
- Afectación importante del estado general.
- Signos de cuadro séptico intracraneal (meningitis, laberintitis, trombosis del seno lateral).

Sinusitis aguda



- Definición que asociamos a las de tipo infeccioso.
- Etiología **viral** 90-98%, normalmente secundarias a complicaciones de cuadros catarrales.
- En un 70% de los casos es una infección **autolimitada** que cura espontáneamente en 14 días.
- A partir de los 7 días de inicio de los síntomas aumenta la probabilidad de infección bacteriana.
- Etiología:
 - **Vírica 90%** (rinovirus, virus de la influenza y parainfluenza)
 - **Bacterianas:**
 - *Streptococcus pneumoniae* (20-43%)
 - *Haemophilus influenzae* (22-35%)
 - *Moraxella catharralis* (2-10%)
 - *Staphylococcus aureus* (10%)
 - *Bacterias anaerobias*
 - **Hongos** (inmunodeprimidos y diabetes)

Sinusitis aguda



Criterios mayores	Criterios menores
Rinorrea purulenta	Dolor de cabeza
Secreción retronasal	Dolor de oído
Congestión u obstrucción nasal	Halitosis
Dolor facial	Dolor dental
Fiebre	Tos
Hiposmia o anosmia	Cansancio

Diagnóstico sinusitis bacteriana si
 ≥ 2 criterios mayores
1 mayor y ≥ 2 menores
SI PERSISTEN MÁS DE 7-10 DÍAS

La realización de Rx sólo está indicada si existen dudas de la presencia de complicaciones u otras alternativas diagnósticas

Sinusitis aguda



Sinusitis aguda leve

Tratamiento empírico:

- No indicado*^{7,9,24,33} (GR A).
- Actitud expectante²⁹ (GR A).

Medidas no farmacológicas:

- Resolver las expectativas del paciente acerca de la resolución lenta de los síntomas.
- Mantener adecuada hidratación ambiental y del paciente.
- Lavados nasales con suero salino.
- Aplicar paños calientes durante 5-10 minutos, ≥ 3 veces al día.
- Dormir con la cabeza elevada.
- Evitar el humo del tabaco y otros contaminantes^{29,33}.

Tratamiento sintomático






NO indicados vasoconstrictores nasales ni mucolíticos

Tampoco los **corticoides orales**

Sí los **corticoides intranasales** a altas dosis
(mometasona 400 μ gr/día)

Sinusitis aguda (síntomas intensos > 7-14 días o signos específicos de sinusitis bacteriana no grave)


Tratamiento empírico:

- Elección: **amoxicilina**  oral, 500 mg-1g, cada 8 horas, 5-7 días^{§ 7,9,29,33} (GR C).
- Alternativa: alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada):
 - **Claritromicina**   oral, 250-500 mg cada 12 horas, 5-7 días^{§ 9} (GR A).
 - **Levofloxacino**   oral, 500 mg cada 24 horas, 5-7 días^{§ 7,29,33} (GR A).








Sinusitis aguda






 Sinusitis sin mejoría tras 48-72 horas con amoxicilina o alta probabilidad de resistencia a amoxicilina

 Signos severos de infección

Tratamiento empírico:

- Elección: **amoxicilina/ácido clavulánico**   oral, 875-1000 mg/125 mg cada 12 horas, 7 días^{7,29,33} (GR D).
- Alternativa: alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada):
 - **Claritromicina**    oral, 250-500 mg cada 12 horas, 5-10 días^{8,9} (GR A).
 - **Levofloxacin**   oral, 500 mg cada 24 horas, 5-10 días^{7,9,33} (GR A).

Si evolución favorable,
considerar pauta de 5 días

 Criterios de derivación  

- Pacientes con fiebre alta (>39°C) o cefalea intensa, especialmente si se acompañan de alteraciones visuales (diplopía, disminución de agudeza visual), disminución de consciencia o edema periorbitario requieren evaluación urgente hospitalaria.

Laringitis aguda



- Etiología:

- **Vírica >90%**
 - *Parainfluenza tipo 1* (75%)
- Bacterias más frecuentes de sobreinfección bacteriana:
 - *Mycoplasma pneumoniae*
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Haemophilus influenzae*
- **Reflujo G-E**

- No está indicado el uso de antibióticos por etiología bacteriana muy poco frecuente.



Manejo empírico



#Se indica **tratamiento sintomático**: analgésicos (**paracetamol**), antiinflamatorios no esteroideos (**ibuprofeno**)³⁴. No se indican mucolíticos ni antihistamínicos.

Medidas no farmacológicas:

- Reposo de voz.
- Mantener adecuada hidratación y humidificación ambiental.
- Ambiente cálido.
- Evitar el tabaco.

Otitis externa aguda

- Inflamación de la **piel** que recubre el pabellón auricular, conducto auditivo externo (CAE) y capa epitelial externa del tímpano, con afectación posterior de las partes blandas adyacentes.

- 2 formas:

OE circunscrita: aparece de forma localizada (forúnculo)



OE difusa: afecta de forma más extensa a los tejidos blandos auriculares (edema difuso del CAE). También llamada OTITIS DEL NADADOR.



- No confundir con **miringitis bullosa**: se limita a la capa epitelial externa del **tímpano**



- Etiología:

- **Bacteriana:**

- *Pseudomonas aeruginosa* (20-60%)
- *Staphylococcus aureus* (10-70%)
- Polimicrobiana (33%)

- **Fúngica:**

- *Aspergillus niger* (60-90%)
- *Candida albicans* (10-40%)



Otitis externa aguda



OE circunscrita (OE localizada o forúnculo)

Tratamiento empírico:

- Elección: **mupirocina** tópica 2 %, una aplicación cada 8 horas³⁴ (GR A*).

Medidas no farmacológicas:

- Aplicación de calor local (favorece la maduración del forúnculo y su drenaje espontáneo).
- Considerar incisión y drenaje²⁸.

Alternativas:

Ácido fusídico tópico 2% 1 aplic/8-12h
Ciprofloxacino 0,3%, 4-6 gotas/8 h

7 - 10 días

OE circunscrita con celulitis

Tratamiento empírico:

- Elección: **amoxicilina/ácido clavulánico** **w** ▼ oral, 875 mg/125 mg cada 8 horas, 7 días[#] (GR E).
- Alternativa: alérgicos a betalactámicos (toda sospecha debe ser estudiada): **clindamicina** **A** oral, 300 mg cada 8 horas, 10 días[#] (GR E).

Otitis externa difusa no complicada



- **Otalgia** que aumenta al desplazar el trago. Puede haber hipoacusia o secreción acuosa.
- Otoscopia: Dolorosa + Edema difuso del CAE.

Tratamiento empírico:

- Elección: no indicado^{§ 28} (GR A).

Medidas no farmacológicas:

- Evitar la manipulación del oído y la entrada de agua²⁸.
- Infomar a los pacientes sobre la correcta administración de las gotas²⁸.
- Resolver las expectativas del paciente sobre la duración de los síntomas²⁸.


§ Se indica tratamiento tópico con [ácido acético] al 2 %, cada 6-8 horas (GR D)²⁸ y tratamiento sintomático: analgésicos (**paracetamol**) o antiinflamatorios no esteroideos (**ibuprofeno**)²⁸.

& **Cuando el edema de CAE impide la entrada del preparado, se puede insertar en el conducto una mecha de gasa sobre la que instilar las gotas.**



Otitis externa difusa no complicada



Posibilidad de infección por *P. Aeruginosa*

 Otitis externa difusa sin mejoría a las 48-72 horas

Tratamiento empírico:

- Elección: **ciprofloxacino**  tópico 0,3 %, 2-4 gotas cada 8-12 horas, 7-10 días^{\$ 28} (GR A).
- Alternativa: si edema del conducto auditivo externo (CAE): **ciprofloxacino** /**fluocinolona** tópica[&], 2-4 gotas cada 12 horas, 7 días²⁸ (GR A).

Fluocinolona + Polimixina B +
Neomicina (Synalar ótico®)
3-4 got/6-8h, 7 días

Medidas preventivas en personas con tendencia a OE (precauciones durante baños en piscinas)²⁸:

- Uso de tapones, excepto si existe infección activa.
- Secar el oído tras el baño.
- Usar preparados con [ácido acético] 2 % o alcohol boricado 60 %, que acidifican el pH del conducto y lo desecan, evitando la proliferación de la flora susceptible de provocar infección (GR A)²⁸.

Otomicosis

- Se debe sospechar cuando un paciente no responde a los agentes antibacterianos, o por la presencia de material excesivo en el CAE.
- Síntoma guía: **PRURITO**
- Otoscopia: CAE poco edematoso (masas algodonosas)
 - Mb blanquecinas ? **Candida**
 - Mb negruzgas ? **Aspergillus**
- Muy importante evitar humedad



Otomicosis por Candida



Otomicosis por Aspergillus

Tratamiento empírico:

Medidas no farmacológicas:

- Limpieza del conducto auditivo externo por aspiración.
- Instaurar tratamiento tópico con **alcohol boricado** 70° a saturación, 5 gotas cada 12 horas al menos 10 días (GR A)²⁸.

De persistir el cuadro: **clotrimazol** tópico al 1 %, 8 gotas cada 12 horas, 14 días (GR D)²⁸.

Si tímpano intacto y tolerancia:

Alcohol boricado 20 mg/ml (5%) 3-6 gotas/6-8h
o
Ácido acético 2% 3-6 gotas/6-8h

10-14 días

Fórmulas magistrales en OMI

Gestión Prescripciones Tradicionales

Fórmula Magistral

Nombre: AC ACETICO 2%+ ALCOHOL BORICADO 70%

Descripción: ácido acético al 2%
alcohol boricado al 10%
solución ótica

*Proceso: 05/11/2025 OTITIS EXTERNA - Ambos/as

Alergias: N.C.

Tipo de Receta

Aguda Crónica Demanda

Indicaciones del paciente

*Recetas: 1 *Envases: 1

En C.S.P.: 10

Unidades: ml

*Unidad: cada Horas

*Duración del TTO: 1 Días

Indicaciones al paciente:

Situación actual recetas

Recetas a emitir: 1 Recetas emitidas: 0 Fecha impresión:

Origen

*Origen: EN EL CENTRO

[Volver](#) [Nomenclator](#) [Aceptar](#) [Aceptar e Imprimir](#)

Gestión Prescripciones Tradicionales

Fórmula Magistral

Nombre: CLOTRIMAZOL 1% SOLUCIÓN ÓTICA EN C.S.P. 30 ML

Descripción: CLOTRIMAZOL 1% SOLUCIÓN ÓTICA EN C.S.P. 30 ML

*Proceso: 05/11/2025 OTITIS EXTERNA - Ambos/as

Alergias: N.C.

Tipo de Receta

Aguda Crónica Demanda

Indicaciones del paciente

*Recetas: 1 *Envases: 1

En C.S.P.:

Unidades:

*Unidad: cada Horas

*Duración del TTO: Días

Indicaciones al paciente:

Situación actual recetas

Recetas a emitir: 1 Recetas emitidas: 0 Fecha impresión:

Origen

*Origen: EN EL CENTRO

[Volver](#) [Nomenclator](#) [Aceptar](#) [Aceptar e Imprimir](#)

Manejo diferencial en Pediatría



Resfriado común

- No utilizar **salicilatos** en menores de 16 años por riesgo de Síndrome de Reye.

Faringoamigdalitis

- **EBHGA** Es muy poco frecuente antes de los 3 años (10-14%), y pico de máxima incidencia entre los 5 y 15 años (30-40%).
- En niños y adolescentes, las **escalas** de predicción clínica para el diagnóstico de FAA estreptocócica no son lo bastante sensibles ni específicas para eliminar la necesidad de realizar estudios microbiológicos y no deben ser utilizadas de forma exclusiva para tomar la decisión de instaurar antibioterapia empírica.
- La presencia de **síntomas virales**, aunque la puntuación en la escala sea 3-4, anula la indicación de realizar el streptotest.
- Mayor riesgo de desarrollar **fiebre reumática** como complicación, principalmente entre los 5 y los 15 años. Por ello, se mantiene la duración del tratamiento antibiótico **10 días** para la erradicación del EBHGA y para evitar recaídas.
- Tratamiento alternativo a penicilina V: **Amoxicilina** durante 10 días. Alergia no anafiláctica a penicilinas: **Cefadroxilo** durante 10 días. EBHGA es 100% sensible a **Clindamicina**.

Manejo diferencial en Pediatría



Faringoamigdalitis recurrente

- Nuevo episodio antes de **1 mes** del final del tratamiento antibiótico correcto de un episodio anterior (documentado con pruebas microbiológicas).

Otitis media aguda

- Menor tasa de curación espontánea en menores de 2 años.
- *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* y *Moraxella catharralis* son causas poco frecuentes.
- OMA en niños **menores de 1 mes** deben ser derivados al hospital para timpanocentesis y cultivo (etiología diferente: microbiota oportunista y gram negativos).
- OMA en niños **entre 1 y 6 meses**: debe tratarse siempre con antibióticos.

Manejo diferencial en Pediatría



Sinusitis aguda

- No está indicada la toma de exudado nasal.
- Pueden tener **adenoides** como causa predominante de la sinusitis crónica, especialmente los más pequeños.
- Las **complicaciones orbitarias** son más comunes en la infancia.
- El tratamiento principal para la sinusitis bacteriana aguda es la administración de antibióticos, siendo la mejor opción la **amoxicilina** durante 7-10 días, o 7-10 días después de la desaparición de los síntomas.
- Si alergia a penicilina: **Azitromicina** toma única 3 días.
- El uso de **corticoides intranasales** es útil para controlar los síntomas si rinosinusitis alérgica.

Laringitis aguda

- Más frecuente en niños entre **6 meses y 6 años**.
- **Mayor gravedad** potencial en los niños, debido a que sus vías respiratorias son más estrechas.
- Considerar el **cuerpo extraño**, el absceso periamigdalino y el angioedema.
- Tratamiento de elección: **dexametasona** oral 0,6 mg/kg dosis única (dosis máxima 10-12 mg). Puede requerir adrenalina nebulizada, oxigenoterapia o apoyo ventilatorio.

Página de recursos



Optimización del Uso de Antimicrobianos en Síndromes Infecciosos Comunitarios

GRACIAS POR SU ATENCIÓN