

# TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

## 1.- Neumonía Adquirida en la comunidad

### Criterios de ingreso hospitalario

---

Factores preexistentes que comprometen Tto en domicilio: Enfermedad crónica o grave subyacente descompensada Inmunodepresión severa Enfermedades psiquiátricas, abuso de drogas o alcohol Incapacidad para mantener tratamiento oral	Factores clínicos indicativos de gravedad Neumonía grave ( $PSI \geq III$ ó $CRB-65 \geq 2$ ) Criterios clínicos-exploratorios de gravedad Complicaciones Rx (multilobar, derrame, cavitado) Hipoxemia ( $PO_2 < 60$ / $Sat O_2 < 90\%$ ) Sospecha de bacteriemia (alteración conciencia) Sospecha de neumonía por aspiración. Falta de respuesta a un tratamiento correcto (48-72 h).
--	---

---

### 1.1 Tratamiento extrahospitalario

- No establecida la terapia antibiótica óptima
- Neumococo es considerado el agente principal y siempre hay que cubrir su posible presencia y con elevada probabilidad de resistencia a penicilinas
- Controvertido papel de los patógenos atípicos en la etiología y en la necesidad de cubrir su presencia en casos no graves

---

<b>3 grupos de orientación sindrómica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ NAC con sospecha de etiología neumocócica</li><li>■ NAC con sospecha de etiología atípica</li><li>■ NAC sin sospecha etiológica</li></ul>	<b>2 grupos de pacientes (edad-Comorbilidad):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ &lt; 65 años, no comorbilidad</li><li>■ &gt; 65 años con comorbilidad específica o sospecha de gérmenes poco habituales o resistentes</li></ul>
---	---

---

<b>NAC</b>	<b>Características</b>	<b>Patógenos</b>	<b>1ª Elección</b>	<b>Alternativa</b>
<b>NAC con sospecha de etiología típica</b>	Jóvenes, sin comorbilidad, no fumadores, sin FR de neumococo resistente o gérmenes no habituales	Neumococo, M. Pneumoniae, Ch. Pneumoniae, H.influenzae	Amoxicilina 1 g/8 h, (7-10 días)	Cefditoreno 400 mg/12h (7-10 días) Telitromicina 800 mg/24h (7-10 días) Moxifloxacino 400 mg/24h ó Levofloxacino 500 mf/24h (7-10 días)
	Pacientes > 65 años, comorbilidad, Institucionalizados, fumadores, EPOC, Institucionalizados, FR de patógenos resistentes o poco habituales	Aumenta: H.influenzae y otros gérmenes no habituales (S aureus. y enterobacilos). Disminuye M. pneumoniae	Amoxicilina-Clavulánico 875/125 mg/8h ó 2000/125 mg/12h, (7-10 días)	Cefditoreno 400 mg/12h (7-10 días) Telitromicina 800 mg/24h (7-10 días) Moxifloxacino 400 mg/24h ó Levofloxacino 500 mf/24h (7-10 días)
<b>NAC con sospecha de etiología atípica</b>	Pacientes jóvenes < 40 años, no fumadores y sin comorbilidad o inmunodepresión.	M. pneumoniae, C. pneumoniae, Coxiella burnetti	Eritromicina 500 mg/6h, Claritromicina 250 mg/12h, (10-14 días). Azitromicina 500 mg/24h 5 días. <i>Si sospecha de C. burnetii o Chlamydia spp:</i> doxiciclina 100 mg/12h ( 10-14 días)	Telitromicina 800 mg/24h (7-10 días) Moxifloxacino 400 mg/24h ó Levofloxacino 500 mf/24h (7-10 días)
<b>NAC de origen indeterminado</b>	Jóvenes, sin comorbilidad, no fumadores, sin FR de neumococo resistente o gérmenes no habituales	Neumococo, M. Pneumoniae, Ch. Pneumoniae, H.influenzae	Amoxicilina 1 g/8 h ó Amoxicilina-Clavulánico 875-125 mg/8h ó 2000/125 mg/12h (7-10 días)	Cefditoreno 400 mg/12h (7-10 días) Telitromicina 800 mg/24h (7-10 días) Moxifloxacino 400 mg/24h ó Levofloxacino 500 mf/24h (7-10 días)
	>65 años, institucionalizados en residencias, EPOC, fumadores	Aumenta: H.influenzae y otros gérmenes no habituales (S aureus, Legionella, y	Amoxicilina-Clavulánico * 875-125 mg/8h ó 2000/125mg/12h, (7-10 d)	Moxifloxacino 400 mg/24 h ó Levofloxacino 500 mg/24 h (10 días) Amoxicilina 1g/8 h (7- 10 d)

		enterobacilos). Disminuye : M. pneumoniae	+ Azitromicina 500 mg/24 h, 5 días **
<b>Pacientes institucionalizados en residencias</b>	<i>Etiología más frecuente:</i> Streptococcus pneumoniae (resistente,invasivo). H. influenzae, bacilos entéricos Gramnegativose . S. aureus <i>Menos frecuentes:</i> Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella species	Fluroquinolonas respiratorias (VO) 10 días *** ó Amoxicilina/Clavulánico (dosis elevadas de amoxicilina) +/- Macrólidos	Cefalosporina 3ª G IV/IM (Cefotaxima 2-12 g/ d, ceftriaxona 1-2 gr/d) + Macrólido (VO)

(\*). Cambiar a otro grupo de antibióticos (fluoroquinolonas) si ha recibido un tratamiento completo con esta misma pauta.

(\*\*). En la actualidad en el medio extrahospitalario no se aconseja la terapia combinada. En estos casos se prefiere la utilización de Fluoroquinolonas.

(\*\*\*). Valorar cambiar una pauta u otra en función de la exposición completa a un tratamiento completo con alguna de ellas

## 1.2 Tratamiento empírico en caso de hospitalización (no UCI)

ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<p><b>Vía ORAL:</b>  <b>Moxifloxacino 400 mg/24 h (10-14 días) ó</b>  <b>Levofloxacino 500 mg/24 h (7-10 días)</b></p>	<p><b>Vía ORAL:</b>            Amoxicilina-Clavu 875-125 mg/8 h <b>ó</b>            2000/125 mg/12h, 7-10 días <b>+/-</b>            Azitromicina 500 mg/24 h, 5-7 días</p>
<p><b>Vía IV: terapia secuencial</b>  <b>1ª Elección: Betalactámicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Amoxi-Clav 1g IV /8h ó</b>  <b>Cefotaxima 1g IV/8h ó</b>  <b>Ceftriaxona 1gIV/12-24 h (3 días</b>  <b>parenterales)</b></li> <li><b>Amoxi-Clav 875-125 VO mg/8h ó</b>  <b>2.000 mg VO/125 mg/8 h (Vía</b>  <b>oral, 4-7 días)</b></li> </ol> <p><b>2ª elección : Quinolonas</b>  <b>Levofloxacino 500-750 mg IV/24h [3 días] y</b>  <b>500mg VO/24h [7-10 días] ó pasar lo antes</b>  <b>posible a VO</b></p>	<p><b>Vía IV:</b>            Cefalosporina 3ª G (Cefotaxima 1-2 g/8 h,            Ceftriaxona 1-2 g/24 h) <b>ó</b> Amoxicilina-            clavulánico (1.000-2.000/200 mg IV/8 h) <b>ó</b>            Ampicilina IV (1-2g/4-6h) <b>+</b> Macrólido            (eritromicina 1 g/i.v./6h ó Azitromicina IV            500 mg/24 h, 7 días), si hay sospecha            razonada de etiología atípica, o en brote            epidémico de Legionella</p>

**Terapia secuencial** (paso de vía parenteral inicial a la vía oral), a las 72 horas

## 1.3 NAC pacientes procedentes de residencias/encamados en domicilio

Características/Patógenos	1ª Elección	Alternativa
<p><b>Etiología más frecuente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Streptococcus pneumoniae</i> (resistente, invasivo).</li> <li>❖ <i>H. Influenzae</i></li> <li>❖ <i>Bacilos entéricos GRAM[-]</i></li> <li>❖ <i>S. aureus</i></li> </ul>	<p><b>Fluroquinolonas respiratorias</b>  <b>(VO) 10 días ***</b></p> <p><b>ó</b></p> <p><b>Amoxicilina/Clavulánico</b>  <b>(dosis elevadas de amoxicilina)</b></p> <p><b>+/-</b></p> <p><b>Macrólido</b></p>	<p><b>Cefalosporina 3ª</b>  <b>G IV/IM</b>  <b>(Cefotaxima 2-12</b>  <b>g/ d, ceftriaxona</b>  <b>1-2 gr/d)</b></p> <p><b>+</b></p> <p><b>Macrólido (VO)</b></p>

**Menos frecuentes:**

- ❖ *Chlamydia pneumoniae*
- ❖ *Mycoplasma pneumoniae*
- ❖ *Legionella ssp*

**1.4 NAC en otras situaciones clínicas**

<b>Tratamiento de pacientes ingresados en UCI</b>	<b>Elección:</b> Cefalosporina no antipseudomónica a dosis altas (ceftriaxona 2 g/24 , cefotaxima 2 g/6-8 h) IV + macrólido (azitromicina 500 mg/día ó claritromicina 500 mg/12 h) IV <b>Alternativa:</b> levofloxacino 500 mg IV/12 h (en vez de macrólidos) 7-14 días
<b>Sospecha de aspiración</b>	Siempre ingreso hospitalario y tratamiento al menos 14 días con: Amoxicilina-clavulánico 2 g IV/8 h ó Ertapenem 1gr IV/24 h) ó Clindamicina 600 mg IV/6-8 h + ceftriaxona 2 gr IV/24 h o cefotaxima IV
<b>Sospecha de infección por P. aeruginosa</b>	<b>Elección:</b> Piperacilina-tazobactam ó cefepima (2 g IV/8 horas) + fluoroquinolona en dosis altas (levofloxacino, 500 mg IV/12 h ó 750 mg/24 horas ó ciprofloxacino 400 mg IV/8 h) <b>ó bien</b> + aminoglucósido en lugar de la quinolona: tobramicina IV (6 mg/kg/24 h) ó amikacina IV (15 mg/kg/24 h) <b>Alternativa:</b> carbapenem (imipenem, 0,5 g/6 h - 1 g/8 h; meropenem, 1 g/8 h; o doripenem, 500 mg-1 g/8 h,) solo o en asociación con una fluoroquinolona con actividad anti- <i>Pseudomonas</i> en dosis elevadas Duración: 14 días

## 2.- Reagudización infecciosa de la EPOC

FR de mala evolución /fracaso	Indicaciones de antibioterapia
<ul style="list-style-type: none"><li>- FEV1 &lt; 40%</li><li>- ≥ 4 reagudizaciones al año</li><li>- Edad &gt;70 años</li><li>- Comorbilidad cardiovascular activa: DM, insuf. renal o hepática</li><li>- Corticoterapia previa (3 meses)</li><li>- Antibioterapia previa (15 días)</li><li>- Exacerbación hospitalizada en el año previo</li><li>- Malas condiciones sociales del entorno familiar y domiciliario</li></ul>	EPOC leve (FEV1: 60-80%): 3 criterios de Anthonisen
	EPOC moderado (FEV1: 40-60%): 2 criterios* + fiebre o algún factor de mal pronóstico
	EPOC grave (FEV1 < 40%): 1 criterio de Anthonisen* ó 1 criterio + Fiebre o algún FR de fracaso al tratamiento

(\*) Purulencia en el esputo

### Criterios para la elección de tratamiento antimicrobiano empírico

1. Gravedad de la EPOC (FEV1)
2. Edad (> ó < 65 años)
3. Comorbilidad significativa :
  - a. DM
  - b. Cirrosis hepática,
  - c. Insuficiencia renal crónica
  - d. Cardiopatía.
4. Riesgo P. aeruginosa: número de reagudizaciones y ciclos de antibioterapia el año anterior
5. Patrón de resistencias bacterianas de la zona

## Criterios de hospitalización

- EPOC Grave
- Brusco empeoramiento de los síntomas (disnea de reposo brusca, Arritmias de inicio reciente,...) o presencia nuevos signos de severidad
- Comorbilidad asociada grave, descompensada (ICC, DM, insuficiencia renal o hepática)
- Exacerbaciones frecuentes ( $\geq 3$  en último año)
- Sospecha infección por P. aeruginosa
- Mala evolución de seguimiento de la agudización
- Imposibilidad de control en el domicilio
- Necesidad de descartar otras enfermedades
- Mayor de 80 años



Pautas de antibioterapia en pacientes con EPOC

Definición	Características	Etiología	Elección	Alternativa
<b>EPOC leve o moderado (FEV1 &gt;50%)</b>	< 65 años y sin comorbilidad significativa (DM, cirrosis hepática, insuf. renal crónica o cardiopatía) ni factores de riesgo de mala evolución	H. Influenzae, S. pneumoniae, M. catarrhalis	Amoxicilina/clavulánico 5-7 días	Cefditoreno, Telitromicina, Moxi/levofloxacino
	< 65 años, con comorbilidad o factores de riesgo de mala evolución	Igual grupo anterior +	Amoxicilina/clavulánico Moxi/levofloxacino (VO, IV) 5-7 días <i>(según ciclo de antibioterapia en 3 meses previos y presencia de criterios de gravedad y de factores de riesgo de fracaso terapéutico o mala evolución)*</i>	Cefditoreno, Telitromicina, Cefalosporina 3ª IV (cefotaxima, ceftriaxona),
<b>Grave o muy grave sin riesgo de infección por P. aeruginosa,</b>	≤ 4 ciclos de tratamiento antibiótico en el último año	Enterobacterias (K. pneumoniae, E. coli)		
<b>Grave o muy grave con riesgo de infección por P. aeruginosa,</b>	> 4 ciclos de tratamiento antibiótico en el último año	H. influenzae, S. aureus, enterobacteriasd GRAM(-) + P. aeruginosa,	Levofloxacino, ciprofloxacino (IV/VO a dosi altas) 10-14 días	Betalactámicos activos frente a P. aeruginosa (cefepima, ceftazidima, piperacilina-tazobactam, imipenem o meropenem)

Factores de riesgo de mala evolución: comorbilidad,, EPOC grave, frecuentes exacerbaciones, uso de antibióticos en los 3 meses previos

(\*) Cambiar a otro grupo de antibióticos distinto al empleado en los 3 meses previos. Utilizar antibióticos de más amplio espectro en ante la presencia de criterios de gravedad y/o mayor número de factores de *de riesgo de fracaso terapéutico o mala evolución pro la posibilidad de etiología por entero bacterias GRAM(-)*

<b>ANTIMICROBIANO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>DURACIÓN</b>
<b>Amoxicilina-ácido clavulánico</b>	875-125 mg/8 h	7-10 días
	2000-125 mg/12 h	5 días
	1-2 g/200 mg/6-8 h IV	7-10 días
<b>Azitromicina</b>	500 mg/24 h	3-5 días
<b>Cefditoreno</b>	200-400 mg/12 h (preferible 400 mg)	5-10 días
<b>Cefepima</b>	2 g/8-12 h IV	10-14 días
<b>Cefotaxima</b>	1-2 g/8 h IV	7-10 días
<b>Ceftriaxona</b>	1-2 g/12-24 h IV	7-10 días
<b>Ceftazidima</b>	2 g/8 h IV	10-14 días
<b>Ciprofloxacino</b>	500-750 mg/12 h	7-10 días
<b>Imipenem, Meropenem</b>	0,5-1 g/6-8 h IV	10-14 días
<b>Levofloxacino</b>	500 mg/12-24 h VO/IV (según riesgo o no de P. aeruginosa)	5-14 días
<b>Moxifloxacino</b>	400 mg/24 h	5 días
<b>Telitromicina</b>	800 mg/24 h	5 días
<b>Piperacilina -tazobactam</b>	4-0,5 g/6-8 h iv	10-14 días

### 3.- Otitis media aguda

#### 3.1 Etiología

Microorganismo	Frecuencia	Microorganismo	Frecuencia
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	32-45%	<i>Staphylococcus aureus</i>	2,5-3%
<i>Haemophilus influenzae</i>	23-26%	Anaerobios	0-2,5%
<i>Streptococcus pyogenes</i>	4,5-7%	<i>Moraxella catarrhalis</i>	0-3%
Gramnegativos	3-7,5%	Cultivo negativo	16-25%
		Víricas	20-40%

#### 3.2 Criterios para iniciar antibioterapia vs observación en OMA

Edad	Diagnóstico cierto	Diagnóstico incierto
<6 meses	Tratamiento antibiótico	Tratamiento antibiótico
6 m-2 años	Tratamiento antibiótico (¿?)	Enfermedad severa: tratamiento antibiótico No severa: observación
≥2 años	Enfermedad severa: tratamiento antibiótico No severa: observación	observación

#### Criterios diagnósticos de otitis media aguda

##### *OMA confirmada o cierto*

- Otorrea de aparición en las últimas 24-48 h, u
- Otaglia de aparición en las últimas 24-48 h más abombamiento timpánico, con o sin fuerte enrojecimiento

##### *OMA probable (a)*

- *Sin otaglia*. Evidencia de exudado en el oído medio, con fuerte enrojecimiento timpánico + catarro reciente
- *Sin otoscopia*. Otaglia explícita en el niño mayor o llanto injustificado de presentación brusca, especialmente nocturno y después de varias horas en cama, en el lactante + catarro reciente

(a) Este diagnóstico debe estar muy restringido y ser individualizado y valorado en presencia de factores de riesgo.

Fuente: *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(6):603-10

### 3.3 Tratamiento de OMA en niños

Fármaco	Dosis
<b>Agentes de 1ª línea</b>	
<b>Amoxicilina :</b>	
- Dosis estándar	40 mg/kg/día VO , en 3 dosis, 5-7 días
- Altas dosis (a)	90 mg/kg/día VO, en 3 dosis, 5-7 días
<b>Alergia a Betalactámicos</b>	
<b>Azitromicina</b>	10 mg/kg/día, VO, el 1 <sup>er</sup> día; seguido de 5 mg/kg/día, 4 días
<b>Claritromicina</b>	15 mg/kg/VO /12 h, 10 días
<b>Alergia penicilinas</b>	
<b>Cefuroxima axetilo</b>	30 mg/kg/día VO, en 2 tomas, 10 días
<b>OMA recurrente con episodio anterior entre 6-12 semanas antes o fracaso clínico a las 48-72 horas</b>	
<b>Amoxicilina-clavulánico (8:1)</b>	Amoxicilina: 80-90 mg/kg/día, en 3 tomas, 5-10 días
<b>Niños con diagnóstico evidente y afectación intensa o menores de 6 meses</b>	
<b>Amoxicilina-clavulánico (8:1)</b>	Amoxicilina: 80-90 mg/kg/día, en 3 tomas, 5-10 días
<b>En ausencia de respuesta a las 48-72 horas, remitir a hospital para timpanocentesis, tinción de GRSM, cultivo y antibiograma. Tratamiento con ceftriaxona IV 50 mg/kg/día, e días</b>	
<b>Duración:</b>	
<b>5 días :</b>	OMA no complicada en niños > 2 años que precisen tratamiento ATB (A)
<b>7-10 días:</b>	Niños < 2 años con enfermedades crónicas, otitis media crónica, recurrente, tímpano perforado, fallo 1ª línea

(a) Sospecha de *S. pneumoniae* resistente a penicilina: exposición antibióticos 3 meses previos, asistencia a guardería, hospitalización previa, recurrencia de OMA anterior hace < 6 semanas

#### 4.- Rinosinusitis bacteriana aguda

Microorganismo	Frecuencia
Streptococcus pneumoniae	6-26%
Haemophilus influenzae	0-10%
Anaerobios (dentarios)	10%
Streptococcus pyogenes	0-3%
Staphylococcus aureus	1-3%
Rinovirus, Influenza, Parainfluenza	3-15%

#### 4.1 Pautas de tratamiento antibiótico en rinosinusitis aguda en niños

Situaciones clínicas	Elección	Alternativa
<b>Sinusitis maxilar leve</b> en paciente sano, sin comorbilidad	Tratamiento sintomático	Amoxicilina de 40-45 mg/kg/día (a)
<b>Sinusitis maxilar moderada</b> en paciente sano, sin comorbilidad, ni exposición a antibioterapia 3 meses previos	Amoxicilina de 40-45 mg/kg/día (a)	Alergia no anafiláctica a la penicilina a PNC: Cefuroxima axetil 30 mg/Kg/día, en 2 dosis Alérgia con anafilaxia:
<b>Sinusitis maxilar grave (b), frontal o etmoidal</b> , ausencia de respuesta en 72 horas Inmunodeprimidos, comorbilidad importante, alto riesgo de resistencia a penicilina	Amoxicilina/Acido clavulanico 90/6.4 mg/Kg/día, en 2 dosis	Azitromicina 10 mg/kg/ un día y 1 5 mg/kg/día entre 2-5 días más
<b>Sinusitis maxilar de origen dental</b>	Amoxicilina/Acido clavulanico 90/6.4 mg/Kg/día, en 2 dosis	
<b>Sinusitis crónica</b>	Amoxicilina/clavulánico 0/6.4 mg/Kg/día, en 2 dosis. No repetir ciclos, añadir corticoides nasales	

(a) En zonas con alta prevalencia de neumococo resistente valorar Amoxicilina a 80 mg/Kg/día

(b) Fiebre  $\geq 39^{\circ}C$  con tos diurna  $\geq 3$  días y/o cefalea intensa con afectación del estado general

(c) Alto riesgo de neumococo resistente a penicilina: antibioterapia en los 30 días previos o edad menor de 2 años.

## 4.2 Tratamiento de la sinusitis aguda en adultos

Situación	Elección	Alternativa
<b>SINUSITIS LEVE, inmunocompetente, sin comorbilidad, ni uso reciente de antibioterapia</b>	Sintomático ó antibiótico 1ª línea Amoxicilina 500-1000 mg/ 8h 10d	ALERGIA A PENICILINA: Eritromicina 500/6-8 h 10d Claritromicina 250/12 h 10d Azitromicina 500 /d 3d 10d Telitromicina 800 mg/día 7 días
<b>Mala respuesta a las 48 horas (fracaso)</b>	Antibióticos 2ª línea (productoras de betalactamasas, anaerobios o estafilococos) Amoxicilina/clavulánico 875/8h	Cefuroxima 250-500/12h ALERGIA A PENICILINA: Telitromicina 800 mg/día 7 días Levofloxacino 500 mg/d 7-10d Moxifloxacino 400mg/d5d
<b>SINUSITIS DENTARIA</b>	Amoxicilina/clavulánico 500-875 /8h 10d	Clindamicina 600 /d +/- Amoxicilina 500/ 8h 10d Moxifloxacino 400mg/d5d
<b>SINUSITIS MODERADA, inmunodeprimidos y con comorbilidad o antibioterapia 6 semanas previas</b>	Amoxicilina/clavulánico 500-875/8h 10d Cefuroxima 500/12 h 10d	Levofloxacino 500 mg/d 7-10d Moxifloxacino 400mg/d 5d
<b>SINUSITIS GRAVE</b>	Cefalosporina 3ª G parenteral Fluorquinolonas	Amoxicilina/clavulánico (parenteral a altas dosis)

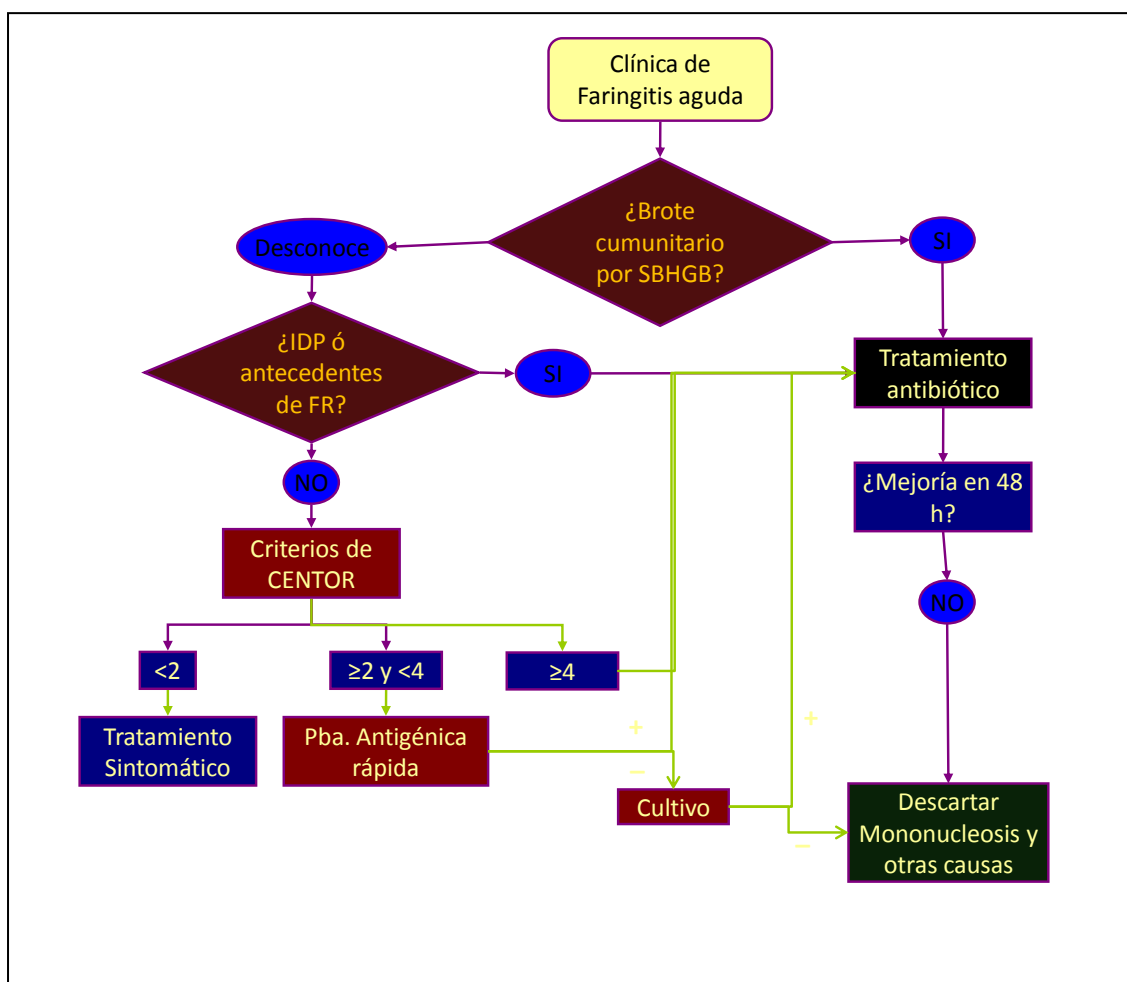
## 6.- Faringoamigdalitis estreptocócica aguda

### 6.1.- Etiología

Etiología	Observaciones
<b>Vírica (60-80%)</b>	Rhinovirus (20%) Coronavirus (5%) Adenovirus (5%) Herpes simplex 1 y 2 (2-4%) Virus parainfluenza. Virus Influenza A y B (2%) Virus Cosackie A (< 1%) Virus Epstein-Barr, Citomegalovirus (< 1%) VIH
<b>Streptococcus grupoC y G</b>	Algunos casos de adultos
<b>Streptococcus Beta-hemolítico del grupo A ó pyogenes (5-15%)</b>	< 3 años: raro 3-5 años: poco frecuente 5-15: alta incidencia (30-55%) 20% de niños de 5-10 años son portadores sanos Adultos: 5-23% de aislamientos
<b>Mycoplasma pneumoniae</b>	adolescentes y adultos jóvenes
<b>Anaerobios</b>	< 1%
<b>Chlamydia pneumoniae, C. trachomatis</b>	No recurrencias

## 6.2. Criterios Centor/Mc Isaac para el diagnóstico diferencial del faringitis vírica vs Streptococcica

Criterios Centor	Puntos
Temperatura > 38°	1
Exudado amigdalal	1
Adenopatías anteriores dolorosas e inflamados	1
Ausencia de tos	1
<b>Edad (McISAAC)</b>	
3-14 años	1
15-44 años	0
45 años o más	-1



### 6.3 Tratamiento antimicrobiano para el tratamiento de la faringoamigdalitis por *Streptococcus* Beta-Hemolítico del Grupo A

Antibiótico	Dosis	Duración	Evidencia
<b>Primera elección</b>			
Fenoximetilpenicilina potásica (penicilina V)	<u>&gt; 12 años:</u> 2-4 Millones UI día, V Oral [2 cap 400 mg /12 h] <u>Niños:</u> 50.000-100.000 U (40-50 mg)/kg/día [sobres 250 mg/12 horas]	10 días	A-II
Benzilpenicilina benzatina (penicilina G)	<u>&gt; 27 Kg:</u> 1.200.000 U/IM <u>≤ 27 kg:</u> 600000 U/IM	Dosis única	A-II
<b>Alternativas</b>			
Amoxicilina	500 mg/8 h (niños: 40-50 mg/kg/día, 3 dosis)	7-10 días	A-II
Cefadroxilo	500 mg/8 h (niños: 30 mg/kg/día, 2 dosis)	10 días	A-II
Cefuroxima axetilo	250 mg/12 h (niños: 15-20 mg/kg/día, 2 dosis)	10 días	A-II
<b>Alergia a penicilina</b>			
Diacetilmidecamicina	600/12 h (niños: 35 mg/kg/día, 2 dosis)	8-10 días	
Josamicina	500-1 g /12 h (niños: 15-20 mg/kg/día, 2 dosis)	8-10 días	A-II
Clindamicina	150-300/ 8 h (niños: 20 mg/kg/día, 3 dosis)	8-10 días	A-II

Antibiótico	Dosis	Duración	Evidencia
<b>Episodios recurrentes (&gt; 5 episodios al año)</b>			
Clindamicina	300 mg/12 h (niños: 20 mg/kg/día, 3 dosis)	10 días	B-III
Amoxicilina-Aclavulánico	500 mg/8 h (niños: 40-50 mg/kg/día, 3 dosis)	10 días	B-III
Penicilina G benzatina	<u>&gt; 27 Kg:</u> 1.200.000 U/IM <u>≤ 27 kg:</u> 600000 U/IM	Dosis única	B-II
Penicilina G benzatina ó Amoxicilina (10 días) + rifampicina (4 días)	Penicilina/amoxicilina a dosis habituales + Rifampicina 600 mg/día en adultos y 10 mg/kg/12 horas (máx 300 mg/dosis)	10 + 4 días	B-II
Cefpodoxima proxetilo	100 mg/12 h (niños 10 mg/kg/día, 3 dosis)	10 días	B-II
<b>Contactos cerrados y portadores</b>			
Penicilina G benzatina	<u>&gt; 27 Kg:</u> 1.200.000 U/IM <u>≤ 27 kg:</u> 600000 U/IM	Dosis única	A-I

### Amigdalectomía (desaconsejada en adultos)

1. Niños:  $\geq 7$  episodios al año por EBHGA en el último año 5 episodios al año en los últimos 2 años, o 3 episodios al año en los últimos 3 años
2. Los episodios deben influir necesariamente en la calidad de vida del paciente y de la familia
3. Descartado razonablemente estado de portador crónica de *S. pyogenes*
4. Existencia de abscesos periamigdalino y/o adenitis recurrentes

