

PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO PEDIÁTRICO DE SINUSITIS AGUDA (J01)

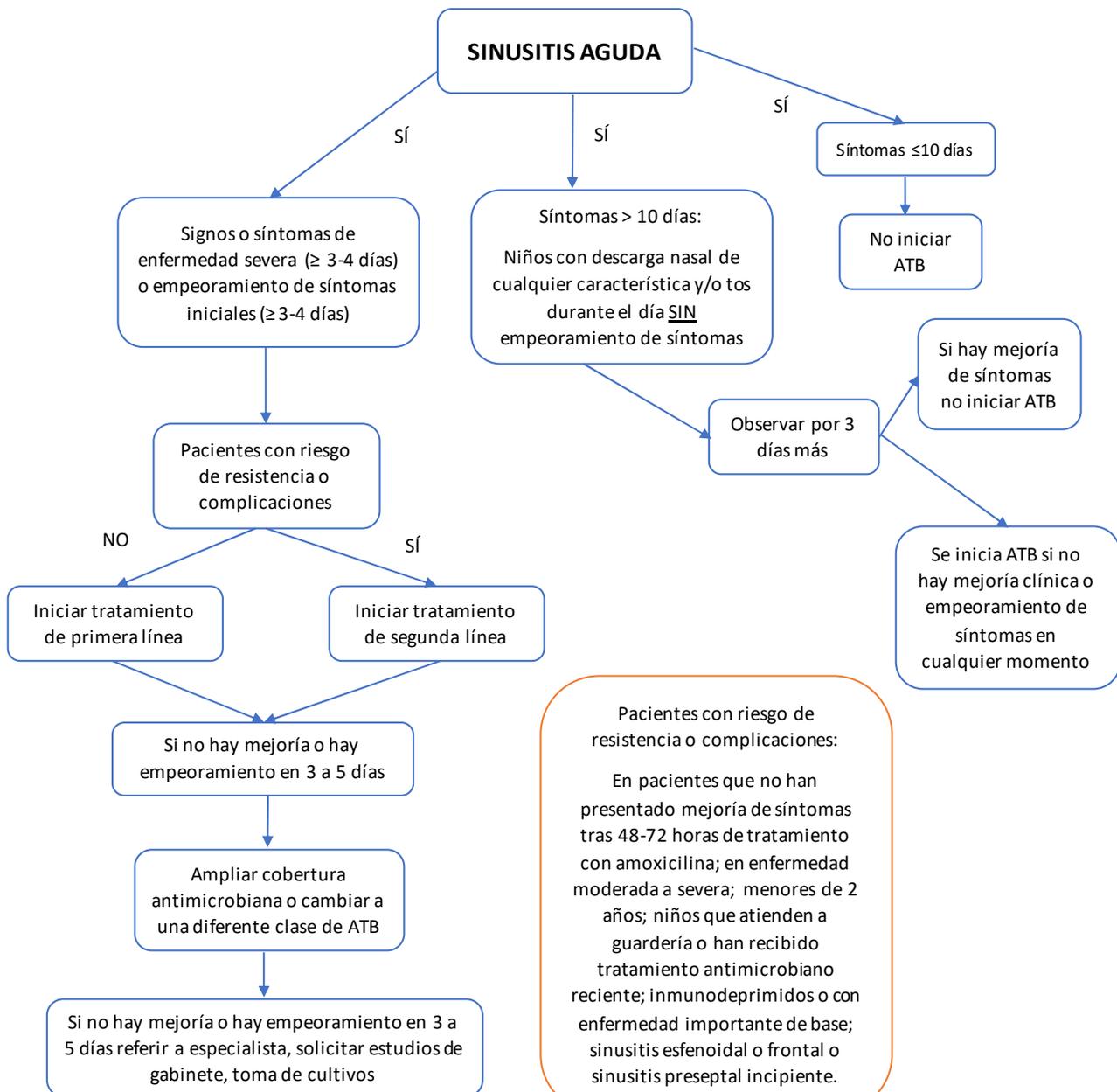
DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Inflamación de uno o más senos paranasales que ocurre habitualmente como complicación de una infección respiratoria viral de vías respiratorias altas.

Se clasifica según la duración de los síntomas o recurrencia en:

- **Sinusitis aguda bacteriana:** infección bacteriana de los senos paranasales, de duración inferior a 30 días y con resolución completa de los síntomas.
- **Sinusitis subaguda:** infección bacteriana de los senos paranasales de duración entre 30 y 90 días. Presenta una microbiología similar a la aguda.
- **Sinusitis aguda recurrente:** episodios de infección bacteriana que duran menos de 30 días y están separados entre sí al menos 10 días, durante los cuales el paciente está asintomático. El paciente debe presentar 3 episodios de sinusitis aguda en 6 meses o 4 en 12 meses.
- **Sinusitis crónica:** episodios de inflamación que duran más de 90 días. Los pacientes mantienen síntomas respiratorios (tos, rinorrea, obstrucción nasal) residuales persistentes.
- **Sinusitis crónica con episodios de sinusitis aguda bacteriana:** los pacientes desarrollan nuevos síntomas que se resuelven con antibiótico, mientras que los previos siguen persistiendo.

TRATAMIENTO



SELECCIÓN DE TERAPIA ANTIMICROBIANA

PRIMERA LÍNEA:	Amoxicilina en dosis de 80-90 mg/kg al día repartidos cada 12 horas
SEGUNDA LÍNEA: Pacientes con riesgo de resistencia o complicaciones.	Amoxicilina-ácido clavulánico en dosis de 80-90 mg/kg al día repartidos cada 12 horas
En niños con alergia retardada a la penicilina (reacción no anafiláctica):	<p><u>Cuadros leves:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina en dosis de 10 mg/Kg al día en 1 toma • Claritromicina en dosis de 15 mg/kg al día repartidos cada 12 horas <p><u>Moderados a severos:</u> Se puede usar cefalosporinas de segunda o tercera generación.</p>
En niños con alergia inmediata o acelerada a penicilina (reacción anafiláctica, tipo I):	<p><u>Cuadros leves:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina en dosis de 10 mg/Kg al día en 1 toma • Claritromicina en dosis de 15 mg/kg al día repartidos cada 12 horas <p><u>Moderados a severos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se puede usar cefalosporinas de segunda o tercera generación • Levofloxacino en dosis de 10-20 mg/kg al día repartidos cada 12 o 24 h, durante 10 días.
Paciente sin tolerancia a la vía oral:	Ceftriaxona IM en dosis de 50 mg/kg al día repartidos cada 24 horas, durante 1 a 3 días, seguida de una de las anteriores pautas
Enfermedad severa que requiere hospitalización:	<ul style="list-style-type: none"> • Cefotaxima en dosis de 100-200 mg/kg al día repartidos cada 6 u 8 horas • Ceftriaxona en dosis de 50-100 mg/kg al día repartidos cada 12 o 24 horas <p>En hipersensibilidad inmediata a penicilinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levofloxacino en dosis de 10-20mg/kg al día repartidos cada 12 a 24 horas
Si se sospecha una complicación intracraneal y en caso de riesgo de microorganismos anaerobios:	Añadir metronidazol a cefalosporina IV o levofloxacino en pacientes alérgicos.

Se recomienda una duración del tratamiento antibiótico de 7 a 14 días; la pauta más aconsejada es de 10 días. Algunos pacientes con respuesta más lenta requieren un tratamiento más largo, y entonces se recomienda prolongarlo hasta 7 días después de la desaparición de los síntomas clínicos. En determinados casos (niños con respuesta parcial) puede prolongarse hasta 3 semanas.

BIBLIOGRAFIA: (1)Martínez Campos, L., Albañil Ballesteros, R., Flor Bru, J. de la, Piñeiro Pérez, R., Cervera, J., Baquero Artigao, F., Calvo Rey, C. (2013). Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 203–218. (2)Callén Blecua M, Garmendia Iglesias MA. Sinusitis. *El Pediatra de Atención Primaria y la sinusitis* Protocolos del GVR (publicación P-GVR-7). (3) M. Méndez Hernández, C. Rodrigo Gonzalo de Liria. Sinusitis aguda. *Celulitis periorbitaria. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica.*(4) Pavez, Daniela; Perez, Regina; Cofre, José y Rodríguez, Jaime. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento antimicrobiano de la rinosinusitis aguda bacteriana en pediatría. *Rev. chil. infectol.* [online]. 2019, vol.36, n.1 [citado 2021-03-22], pp.78-82. (5) Michael J. Smith, Paul V. Williams and Stuart T. Weinberg Glode, S. Michael Marcy, Carrie E. Nelson, Richard M. Rosenfeld, Nader Shaikh, Ellen R. Wald, Kimberly E. Applegate, Clay Bordley, David H. Darrow, Mary P. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. *Pediatrics* 2013;132: e262 (6) Gregory DeMuri, Ellen R. Wald. Acute Bacterial Sinusitis in Children. *Pediatrics in Review* Vol.34 No.10 October 2013. (7)Anthony W. Chow, Michael S. Benninger, Itzhak Brook, Jan L. Brozek, Ellie J. C. Goldstein, Lauri A. Hicks, George A. Pankey, Mitchel Seleznick, Gregory Volturo, Ellen R. Wald, and Thomas M. File Jr. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. *CID* 2012;54 (15 April).