



Guía Rápida correspondiente a

Protocolos del GVR (P-GVR-7)

Sinusitis

El Pediatra de Atención Primaria y la Sinusitis

Autor:

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

Redactores:

Jesús M Pascual Pérez
Maite Callén Blecua

Revisión por pares:

Grupo de Vías Respiratorias: Jose Luis Montón Alvarez (Madrid), Ignacio Carvajal Uruña (Asturias), Juan José Morell Bernabé (Extremadura), Carlos A. Díaz Vázquez (Asturias), Carmen Fernandez Carazo (Andalucía), Luis Bamonde Rodriguez (Galicia), Alfredo Cano Garcinuño (Castilla-León), Pablo Mola Caballero de Rodas (Asturias), Isabel Mora Gandarillas (León), Agueda García Merino (Asturias), Manuel Praena Crespo (Andalucía), Alfonsa Lora Espinosa (Andalucía), Pepa Torregrosa Bertet (Cataluña), Luciano Garnelo Suárez (Galicia), Javier E. Blanco González (Madrid), Begoña Domínguez Aurrecoechea (Asturias), Antonio Jimenez Cortés (Andalucía), Jose Antonio Castillo Laita (Aragón), Carlos Pardos Martínez (Aragón), Maite Callen Blecua (País Vasco), Antonio Pons Tubío (Andalucía), Jesus M. Pascual Pérez (Madrid), Isabel Ubeda Sansano (Valencia), Jose Murcia Garcia (Andalucía), Javier Perez Porcuna (Cataluña)

Fecha de publicación:

19 de Octubre del 2006

Cómo citar este documento:

Pascual Perez JM, Callen Blecua M y Grupo de Vías Respiratorias. *Guía Rápida del Protocolo de Sinusitis. El Pediatra de Atención Primaria y la Sinusitis*. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-7) [consultado día/mes/año]. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

La sinusitis se define como la inflamación de la mucosa de los senos paranasales, pero habitualmente implica siempre un grado de afectación de la mucosa nasal (rinosinusitis). La remisión espontánea es tan alta (70%) que aunque el tratamiento con antibióticos parece ser superior a placebo, su significación clínica es dudosa.

Tabla 1: Microbiología de la Sinusitis Aguda

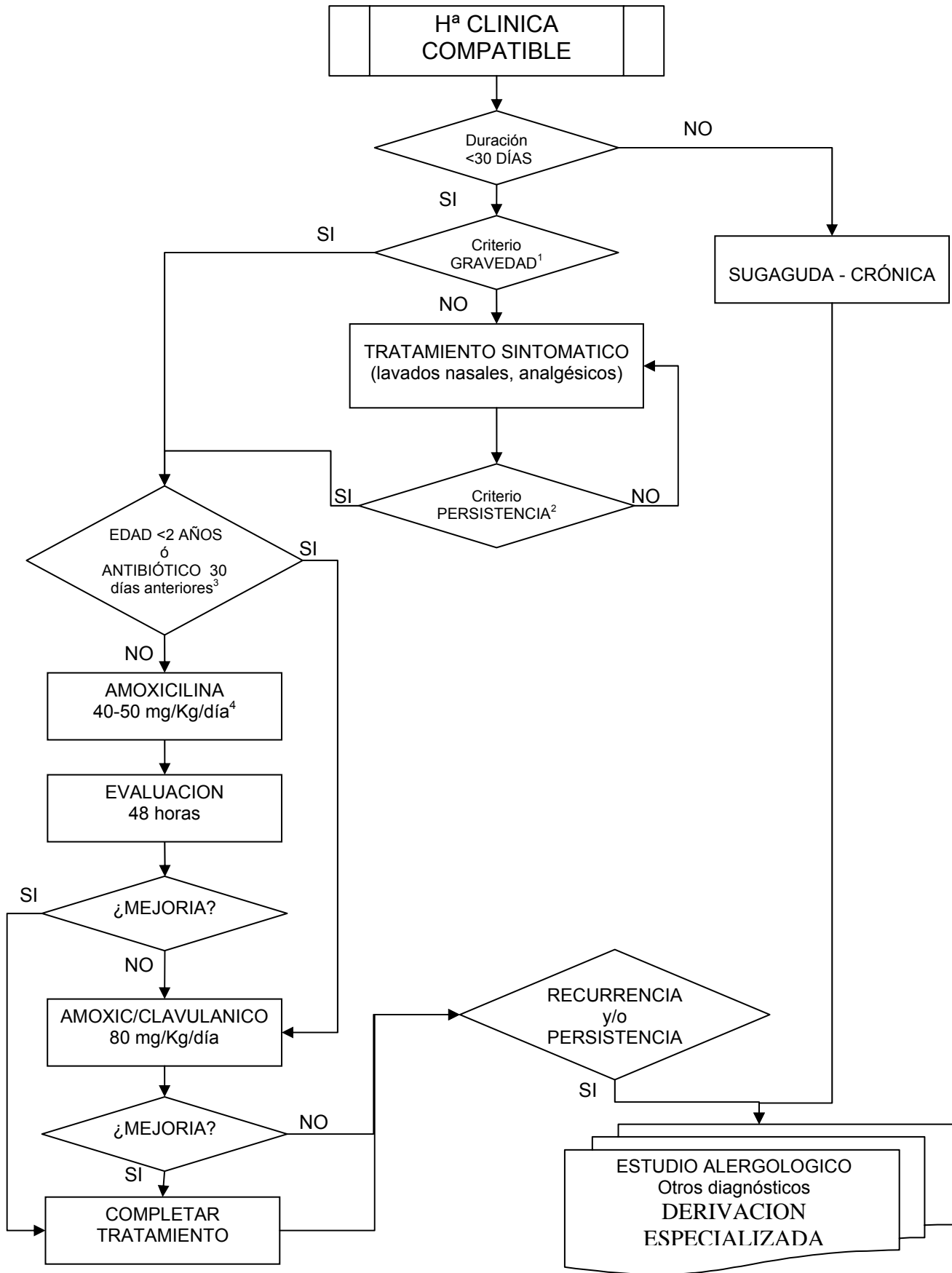
Situación clínica	Frecuentes	Menos frecuentes
Sin criterios de duración ni gravedad	Rinovirus, adenovirus, virus influenza y parainfluenza	
Criterio de duración (rinorrea ≥ 10 días) y/o gravedad (fiebre $\geq 39^\circ$ C con tos diurna ≥ 3 días y/o cefalea intensa con afectación del estado general)	Estéril (30%) <i>Streptococcus pneumoniae</i> (30%) <i>Haemophilus influenzae</i> (20%) <i>Moraxella catharralis</i> (20%)	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i> Gérmenes Gram negativos
Causa dental	Anaerobios	
Subaguda (4 a 12 semanas) y/o crónica (>12 semanas)	Factores no infecciosos	<i>Staphylococcus aureus</i> Anaerobios

Puntos clave

1. La causa más frecuente es una rinosinusitis vírica precedente (80%)
2. El diagnóstico se hace en base a los síntomas.
3. La radiología en la infancia no está indicada salvo duda diagnóstica, sospecha de complicaciones o episodios recurrentes. En general, el uso de la radiología simple no está indicado en el manejo de la sinusitis en Atención Primaria.
4. La remisión espontánea es muy alta (70%) y la tasa de complicaciones baja.
5. El tratamiento inicialmente será sintomático mediante analgésicos y lavados nasales
6. Existen 2 criterios para el uso de antibióticos: gravedad (conurrencia de fiebre elevada y rinorrea mantenida durante 3 días) y/o persistencia (rinorrea de 10 días).
7. La amoxicilina (40 – 50 mg/Kg/día) es el antibiótico de primera elección, manteniéndose hasta 7 días tras la mejoría franca.
8. Sólo en caso de gravedad con afectación importante del estado general (cefalea intensa), fracaso terapéutico a las 48h o alto riesgo de resistencia a penicilina (antibioterapia en los 30 días previos o edad menor de 2 años) se emplearán antibióticos de segunda línea. Por el perfil de resistencias el más recomendable es la amoxicilina-clavulánico a dosis altas (80 mg/Kg/día).
9. No existen evidencias sobre la eficacia de tratamientos coadyuvantes (antihistamínicos y/o descongestivos), ni del uso de medicaciones supuestamente tópicos mediante aerosol o nebulizaciones (mucolíticos, antibióticos ni corticoides).
10. Es criterio de derivación urgente la sospecha de complicaciones, mientras que el fracaso terapéutico, la recurrencia y la sospecha de anomalía estructural anatómica precisan derivación a Atención Especializada.

En los casos persistentes y recurrentes, si la clínica lo sugiere, siempre se realizará estudio alérgico. (*El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia*. Protocolo del GVR)

Figura 1. Manejo de la Sinusitis Aguda por el Pediatra de Atención Primaria



¹ Fiebre $\geq 39^{\circ}$ C con tos diurna ≥ 3 días y/o cefalea intensa con afectación del estado general

² Rinorrea ≥ 10 días

³ Alto riesgo de neumococo resistente (valorar Amoxicilina sin clavulánico a 80 mg/Kg/día)

⁴ En zonas con alta prevalencia de neumococo resistente valorar Amoxicilina a 80 mg/Kg/día