



Protocol d'actuació enfront la sinusitis aguda a pediatria

2026

Pediatría ACEBA





La sinusitis aguda a pediatria

Objectiu

Diagnòstic

Etiologia

Tractament



Pediatria CAP Les Hortes

Almudena Sánchez Vázquez

Pediatra

EAP Poble Sec (CAP Les Hortes)

Data elaboració: 22/07/2025

OBJECTIU

Establir les pautes per al diagnòstic i tractament de la sinusitis aguda a la població pediàtrica amb un ús responsable dels recursos sanitaris, garantint la seguretat del pacient i minimitzant el risc de complicacions.

DIAGNÒSTIC

La sinusitis és la inflamació de la mucosa de les fosses nasals i els sinus paranasals. Pot deure's a processos infecciosos, al·lèrgics o irritatius. Els processos infecciosos, sobretot vírics, són la causa més freqüent. Les infeccions víriques predisposen al desenvolupament de la sinusitis bacteriana (80% dels casos), mentre que el component al·lèrgic és significatiu en el 20% restant.

El diagnòstic de la sinusitis aguda és clínic. Encara que l'anamnesi i l'exploració física tenen una utilitat limitada per a distingir entre rinosinusitis vírica i sinusitis bacteriana, la diferenciació entre ambdues no es basa en l'aspecte de l'exsudat nasal.

Existeixen 3 formes de presentació que permeten predir una sinusitis bacteriana, definides pel compliment d'algun dels següent criteris:

- Rinorrea mantinguda més de 10 dies sense millora, “forma de catarro prolongat” (probablement la més freqüent en nens),
- Febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ amb rinorrea purulenta, tos diürna i/o cefalea intensa durant almenys 3 dies
- Augment de la rinorrea, tos diürna i aparició o reaparició de febre rere millora inicial, especialment si es produeix a partir del sisè dia d'evolució descrivint una “forma bifàsica”.

Encara que la majoria d'autors marquen els 10 dies com la frontera entre el catarro i la rinosinusitis, la persistència de símptomes més enllà d'aquest límit no implica necessàriament sobreinfecció bacteriana.

La cefalea i el dolor facial són símptomes menys freqüents que en els adults.

La radiologia simple no està indicat en el maneig de la sinusitis, especialment en Atenció Primària.

ETIOLOGIA

Microorganismes causals		
Situació clínica	Freqüents	Menys freqüents
<i>Sense criteris de persistència, gravetat ni empitjorament</i>	<i>Virus (rinovirus, influenza, parainfluenza, adenovirus)</i>	
<i>Criteri de persistència sense millora (rinorrea >10 dies) i/o gravetat (febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ amb rinorrea purulenta, tos diürna i/o cefalea intensa, ≥ 3 dies) o empitjorament</i>	<i>Haemophilus influenzae (40%) Streptococcus pneumoniae (30%) Streptococcus pyogenes (10%) Estèril (25-30%)</i>	<i>Moraxella catharralis Staphylococcus aureus Gèrmens Gram-negatius</i>
<i>Causa dental (molt poc freqüent)</i>	<i>Anaerobis</i>	
<i>Immunosupressió greu</i>		<i>Fongs (Aspergillus ssp, Mucorals)</i>
<i>Subaguda (4 a 12 setmanes) i/o crònica (>12 setmanes)</i>	<i>Factors no infecciosos</i>	<i>Staphylococcus aureus anaerobis</i>

TRACTAMENT

La remissió espontània és tan alta (70%) que la prescripció diferida i la conducta expectant ("wait and see") s'afermen com a opcions vàlides i recomanables amb l'objectiu de disminuir l'ús d'antibiòtics.

El tractament antibiòtic empíric, quan està justificat ha de dur-se a terme sense realitzar cap prova prèvia.

Tractament simptomàtic:

- Analgèsics i antipirètics.
- Rentades nasals amb solucions hipertòniques.
- Corticoides intranasals són beneficiosos en la sinusitis aguda no complicada, amb efectes moderats. Es recomana realitzar un assaig terapèutic quan l'evolució amb antibioteràpia no sigui molt satisfactòria (cicle d'almenys 2-3 setmanes), fins i tot quan no existeixi causa al·lèrgica.
- Antihistamínics no han de ser utilitzats (dificulten el drenatge de les secrecions).

No hi ha evidència que avaluï l'ús de mucolítics, antibiòtics ni corticoides suposadament tòpics en forma de nebulització ni descongestius orals o tòpics.

Tractament antimicrobià empíric ambulatori (i altres tractaments farmacològics)		
Situació clínica	Tractament inicial	Alternativa o evolució desfavorable a les 72h
Sense criteris de persistència, gravetat ni empitjorament	Analgèsics i tractament simptomàtic	
rinorrea mantinguda més de 10 dies sense millora	Observació sense antibioteràpia amb re-avaluació en 72 hores	Amoxicil·lina 5 dies ¹²
augment de la rinorrea, tos diürna i aparició o reaparició de febre rere millora inicial	Amoxicil·lina dosis altes VO, 5 dies	Amoxicil·lina/clavulànic VO, 5 dies
febre ≥ 39 °C amb rinorrea purulenta, tos diürna i/o cefalea intensa durant almenys 3 dies	Amoxicil·lina VO, 5 dies	Amoxicil·lina/clavulànic VO, 5 dies
Factors de risc de resistència a penicil·lina* o pacients en els quals no es pugui assumir el risc d'una evolució desfavorable (ID, cel·lulitis pre-septal)	Amoxicil·lina/clavulànic VO, 5-7 dies	Valorar derivació a Especialitzada

* Antibioteràpia en els 30 dies previs, hospitalització recent (en l'última setmana) o clínica greu en menors de 2 anys. En la majoria de guies es planteja tenir en compte les taxes locals de resistència endèmica de pneumococ resistent, proposant l'ús d'amoxicil·lina a altes dosis en tots els casos si és superior al 10% (com és el cas d'Espanya).

Tractament antimicrobià empíric en situacions especials		
Situació clínica	Tractament inicial	Alternativa
Al·lèrgia a amoxicil·lina anafilàctica (immediata, tipo I) i tipo II greu	Valorar especialment la possibilitat de vigilància clínica sense antibiòtic	Azitromicina VO, 3 dies o Claritromicina VO, 7-10 dies
Al·lèrgia a amoxicil·lina no anafilàctica (tardana, no tipus I) amb quadre no greu	Cefuroxima axetil VO, 5 dies	
Al·lèrgia a amoxicil·lina amb quadre greu o fracàs terapèutic amb factors de risc per a pneumococ resistent	Levofloxaci VO, 10 dies (off-label)	
Sospita d'infecció por H influenzae*	Amoxicil·lina/clavulànic VO, 5 dies	
Mala tolerància oral	Ceftriaxona IM inicial, 1-3 dies	Valoració d'ingrés hospitalari

* Conjuntivitis purulenta concomitant associada, en menors de 6 mesos o amb vacunació incompleta, en cas de recurrència (amb interval lliure de símptomes d'almenys 16 dies) o ús d'antibiòtics en els 30 dies previs. La resistència d'*Haemophilus* a l'amoxicil·lina (10-20%) és fonamentalment per producció de β -lactamases.

Tractament antibiòtic. Dosis recomanades
Amoxicil·lina VO: 80-90 mg/kg/dia, en 3 preses (màxim 3 g/dia) Amoxicil·lina - clavulànic VO: 80-90 mg/kg/dia (d'amoxicil·lina, màxim 3 g/dia), en 3 preses (en formulació amb relació amoxicil·lina/clavulànic de 8/1, sense superar màxim clavulànic VO 375 g/dia) Azitromicina VO: 10 mg/kg/dia, en 1 presa (màxim 500 mg/dia) Claritromicina VO: 15 mg/kg/dia, en 2 preses (màxim 1 g/dia) Cefuroxima axetil VO: 30 mg/Kg/dia, en 2 preses (màxim 1 g/dia) Levofloxaci VO: 20 mg/kg/dia en menors de 5 anys, en 2 preses; 10 mg/kg/dia en majors, en 1 presa (màxim 500 mg/dia). Fórmula magistral 50 mg/ml (off-label)



Indicacions d'ingrés hospitalari:

- Afectació de l'estat general (aspecte sèptic, cefalea facial intensa).
- Complicacions: oculo-orbitàries (excepte cel·lulitis pre-septal que, en determinats casos, pot tractar-se inicialment de manera ambulatoria), cranials i endocranials.
- Sospita de tumor (síntomes unilaterals persistents com a epistaxis, obstrucció i rinorrea, sent la deformitat facial un símptoma tardà)
- Entorn familiar de risc que no garanteix cures generals, compliment terapèutic i vigilància eficaç.