

Linee di indirizzo regionali per il trattamento territoriale di specifiche patologie infettive nei pazienti adulti

Versione di agosto 2026

**REGIONE DEL
VENETO**

Sommario

1.	BRONCHITE	3
2.	OTITE MEDIA ACUTA.....	4
3.	SINUSITE ACUTA	5
4.	INFEZIONI DENTALI E DEL CAVO ORALE	7
5.	LINFADENITE BATTERICA ACUTA LOCALIZZATA.....	10
6.	FARINGITE	12

1. BRONCHITE

Definizione

Infiammazione autolimitante della trachea e dei bronchi caratterizzata da tosse persistente +/- febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), generalmente causata da un'infezione virale

Diagnosi

Manifestazione clinica

- Esordio acuto (<2 settimane) di tosse di durata > 5 giorni +/- produzione di espettorato e dispnea (il colore dell'espettorato non indica necessariamente un'infezione batterica) +/- febbre
- Di solito patologia lieve; la tosse dura 10-20 giorni (può durare più a lungo)

Importante: I sintomi possono coincidere con quelli della polmonite e comportare un trattamento inappropriato con antibiotici. Questo deve essere evitato con un'attenta valutazione del paziente dal punto di vista clinico (esame obiettivo, temperatura corporea, saturazione O₂, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca) e anamnestico (esordio dei sintomi, comorbidità, immunocompromissione).

- **Bronchite:** presentazione meno grave, di solito autolimitante (ma la tosse può richiedere settimane per risolversi)
- **Polmonite** (vedi infografica "Polmonite acquisita in comunità"): presentazione più grave con dispnea e segni sistemici di infezione (es. aumento della frequenza cardiaca e respiratoria)

Test microbiologici

Di solito non necessari; prendere in considerazione i test per il virus dell'influenza o per SARS-CoV-2 (es. nella stagione influenzale o in focolai) sulla base del rischio, della situazione epidemiologica e dei protocolli locali

Altri test di laboratorio

Di solito non necessari

Imaging

Di solito non necessario

Agenti patogeni più probabili

Virus respiratori:

- Rhinovirus
- Virus dell'influenza (A e B)
- Virus parainfluenzale
- Coronavirus (compreso SARS-CoV-2)
- Virus respiratorio sinciziale
- Metapneumovirus
- Adenovirus
- Altri virus respiratori

Trattamento

Nessuna terapia antibiotica

- Trattamento sintomatico
- Broncodilatatori (in caso di dispnea), agenti mucolitici o antitussivi, possono essere presi in considerazione in base ai protocolli locali e alle preferenze del paziente

I pazienti devono essere informati che:

- La maggior parte dei casi è autolimitante e a eziologia virale
- La tosse può durare diverse settimane

Trattamento sintomatico

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come pari opzioni di trattamento.

Ibuprofene 200-400 mg q6-8h (massimo 1,8 g/die)

OPPURE

Paracetamolo (acetaminofene) 500 mg-1 g q4-6h (massimo 4 g/die)

- **Insufficienza epatica/cirrosi:** massimo 2 g/die

Trattamento antibiotico

Il trattamento antibiotico non è raccomandato e deve essere evitato in quanto non ci sono evidenze di beneficio clinico rilevante e c'è rischio di effetti collaterali causati dagli antibiotici

2. OTITE MEDIA ACUTA

Definizione

L'otite media acuta è un'infezione dell'orecchio medio che si verifica principalmente nei bambini di età inferiore ai 5 anni ed è rara negli adulti, manifestandosi in genere come complicanza di un'infezione virale delle vie aeree superiori

Diagnosi

Manifestazione clinica

Insorgenza acuta di dolore auricolare (mono o bilaterale), febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), +/- secrezione auricolare

Test microbiologici

- Di solito non necessari salvo in caso di sospetta complicanza
- Le colture di pus da timpani perforati non vanno usate, di routine, per orientare il trattamento

Altri test di laboratorio

Di solito non necessari salvo sospetta complicanza

Imaging

Di solito non necessario salvo sospetta complicanza (es. mastoidite, ascesso cerebrale)

Esame otoscopico

Necessario per confermare la diagnosi.

Tumefazione, infiammazione/congestione della membrana timpanica (può essere opaca/mostrare mobilità ridotta)

Agenti patogeni più probabili

Virus respiratori (maggioranza dei casi):

- Virus respiratorio sinciziale
- Rhinovirus
- Coronavirus (compreso SARS-CoV-2)
- Influenza virus (A e B)
- Altri virus respiratori

Batteri (raramente possono verificarsi sovrainfezioni batteriche):

- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes* (Streptococco di gruppo A)

Prevenzione

Sovrapposizione con prevenzione delle infezioni delle vie aeree superiori; sono utili l'igiene delle mani, la vaccinazione contro *S. pneumoniae* e i virus influenzali

Trattamento

Considerazioni cliniche

Importante: La maggior parte dei casi può essere gestita con farmaci sintomatici **senza ricorrere agli antibiotici**

- Istruire i pazienti a monitorare i sintomi e a riferirne la persistenza o il peggioramento dopo alcuni giorni

Gli antibiotici vanno presi in considerazione in presenza di sintomi gravi (es. malessere generale, dolore all'orecchio nonostante gli analgesici, febbre $\geq 39^{\circ}\text{C}$)

Trattamento sintomatico

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento.

Ibuprofene 200-400 mg q6-8h (massimo 1,8 g/die)

OPPURE

Paracetamolo (acetaminofene) 500 mg-1 g q4-6h (massimo 4 g/die)

- **Insufficienza epatica/cirrosi:** massimo 2 g/die

Durata del trattamento antibiotico

5 giorni

Trattamento antibiotico

Non indicato trattamento antibiotico topico.

Nella maggior parte dei casi non è richiesto un trattamento antibiotico (vedi "Considerazioni cliniche" per i casi in cui sono indicati gli antibiotici).

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale.

Prima scelta

ACCESS Amoxicillina 1 g q8h ORALE

Seconda scelta

ACCESS Amoxicillina-acido clavulanico 875 mg+125 mg q8h ORALE

3. SINUSITE ACUTA

Definizione	Diagnosi
Infiammazione sintomatica dei seni paranasali e della cavità nasale	Manifestazione clinica - La diagnosi è clinica; i sintomi della sinusite batterica si sovrappongono a quelli della sinusite virale - I sintomi di solito durano 10-14 giorni e sono autolimitanti - I principali sintomi sono rinorrea, ostruzione o congestione nasale, dolore dentale o facciale unilaterale, sensazione di pienezza o pressione in viso e a volte tosse - La localizzazione del dolore dipende dai seni interessati - Si può sospettare una sinusite batterica acuta se: - I segni/sintomi persistono per ≥ 10 giorni senza miglioramento
Agenti patogeni più probabili	OPPURE Si osserva un significativo peggioramento dei sintomi dopo una fase iniziale lieve
Virus respiratori: - Influenza virus (A e B) - Rhinovirus - Virus respiratorio sinciziale (VRS) - Altri virus respiratori (compreso SARS-CoV-2) Batteri (raramente): <i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Moraxella catarrhalis</i>	Test microbiologici Di solito non necessari
	Altri test di laboratorio Di solito non necessari
	Imaging Di solito non necessario salvo in caso di sospetta complicanza o diagnosi alternativa

Trattamento -SINUSITE ACUTA

Nessun trattamento antibiotico

- Il trattamento serve a migliorare la sintomatologia ma **nella maggior parte dei casi gli antibiotici hanno un impatto minimo sulla durata dei sintomi**
- Il trattamento sintomatico include farmaci antipiretici e analgesici, irrigazione nasale con soluzione salina e glucocorticoidi o decongestionanti intranasali topici
- La maggior parte delle linee guida raccomanda di considerare la gravità della malattia (durata e intensità dei sintomi) per orientare il trattamento

In caso di presentazione da lieve a moderata (durata <10 giorni e miglioramento dei sintomi):

- Approccio di vigile attesa e trattamento sintomatico senza trattamento antibiotico

Trattamento sintomatico

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come pari opzioni di trattamento.

Ibuprofene 200-400 mg q6-8h (massimo 1,8 g/die)

OPPURE

Paracetamolo (acetaminofene) 500 mg-1 g q4-6h (massimo 4 g/die)

- **Insufficienza epatica/cirrosi:** massimo 2 g/die

Considerazioni cliniche

Gli antibiotici devono essere considerati se:

- Esordio in forma grave dei sintomi definibili come: Febbre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ e secrezione nasale purulenta o dolore facciale per almeno 3-4 giorni consecutivi
- Pazienti con aumentato rischio di complicanze es. pazienti con concomitanti malattie croniche (decidere caso per caso)

NOTA: In caso di segni e sintomi di allarme indicativi di un'infezione complicata, come sintomatologia sistemica, febbre persistente $\geq 39^{\circ}\text{C}$, arrossamento e gonfiore periorbitale, forte cefalea e stato mentale alterato, è utile valutazione specialistica urgente.

Durata del trattamento antibiotico

5 giorni

Trattamento antibiotico

Nella maggior parte dei casi non è richiesto un trattamento antibiotico (vedi "Considerazioni cliniche" per i casi in cui sono indicati gli antibiotici)

Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento se non diversamente indicato

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale.

ACCESS

Amoxicillina 1g q8h ORALE

OPPURE

ACCESS

Amoxicillina-acido clavulanico 875 mg + 125 mg q8h ORALE

4. INFEZIONI DENTALI E DEL CAVO ORALE

Definizioni di patologie che possono richiedere un trattamento antibiotico

- **Ascesso:** raccolta localizzata di pus causata da un'infezione batterica nel dente, nelle gengive o nell'osso alveolare che sostiene il dente. Gli ascessi possono essere classificati come:
 - **Ascesso apicale** (più comune): infezione all'apice della radice dentale che ha origine dall'interno della polpa dentale, solitamente derivante da carie dentale non trattata
 - **Ascesso parodontale:** raccolta di pus tra la radice del dente e l'osso alveolare, generalmente derivante da gravi malattie gengivali
- **Pericoronite:** infiammazione della gengiva che circonda un dente parzialmente erotto, spesso un dente del giudizio inferiore, che può essere associata a un'infezione
- **Malattia parodontale necrotizzante:** grave infezione gengivale caratterizzata da necrosi e ulcerazioni causate da un'infezione batterica. Precedentemente nota come gengivite ulcerosa necrotizzante
- **Noma (stomatite gangrenosa):** patologia necrotizzante acuta che distrugge i tessuti molli e le ossa della bocca e del viso nella progressione da malattia parodontale necrotizzante (precedentemente nota come gengivite ulcerosa necrotizzante), rara negli adulti

Definizioni odontoiatriche

- **Osso alveolare:** parte delle ossa mascellari che circonda e sostiene i denti
- **Polpa dentale:** vasi sanguigni e nervi nella parte interna del dente
- **Gengive:** tessuto molle che ricopre l'osso alveolare
- **Placca:** biofilm di microbi, principalmente batteri, che cresce sulle superfici all'interno della bocca e contribuisce a causare patologie orali quali carie e malattie parodontali

Vengono riportate solo le infezioni orali e dentali in cui è in genere richiesto un trattamento antibiotico

Agenti patogeni più probabili

La maggior parte delle infezioni dentali sono causate da condizioni nell'ambiente orale che favoriscono la crescita di agenti patogeni nel cavo orale, tra cui abbondanza di zuccheri (es. saccarosio) e ridotto flusso di saliva (secchezza delle fauci)

Batteri associati a carie:

- Batteri acidogeni come:
 - *Streptococcus* spp. (es. *S. mutans*)
 - *Lactobacillus* spp.
 - *Actinomyces* spp.

Batteri associati a malattia parodontale:

- Per lo più anaerobi come:
 - *Capnocytophaga* spp.
 - *Prevotella* spp.
 - *Aggregatibacter* spp.
 - *Porphyromonas* spp.

Prevenzione

- Ridurre il consumo di zucchero
- Prevenire l'accumulo di placca dentale con una regolare pulizia dentale e una buona igiene orale; il fluoro è importante perché rinforza lo smalto dei denti rendendolo più resistente alla carie
- Smettere di fumare

Diagnosi- Infezioni dentali e del cavo orale

Manifestazione clinica

Ascesso dentale:

- Dolore dentale localizzato, acuto, grave e persistente che può irradiarsi all'orecchio, alla mascella e al collo
- Spesso presenti dolenzia dentale (es. alla masticazione) e gonfiore della guancia sopra il dente interessato
- Se non trattata, l'infezione può diffondersi e presentarsi con segni di cellulite intorno agli occhi o alla gola, febbre ($\geq 38^\circ\text{C}$), tachicardia e linfadenopatia

Pericoronite:

- Tessuto gengivale infiammato e gonfio che circonda un dente parzialmente erotto
- Normalmente non sono necessari antibiotici, tuttavia, in presenza di infezione, questa deve essere attentamente monitorata a causa del rischio di diffusione rapida, causando difficoltà ad aprire la bocca, deglutire o respirare
- La cellulite del collo (es. angina di Ludwig) è un'emergenza medica

Malattia parodontale necrotizzante:

- Dolore intenso e gengive ulcerate infiammate che sanguinano facilmente, necrosi delle papille interdentali, alitosi e cattivo sapore in bocca
- Può anche essere accompagnata da sintomi sistemici, come febbre $\geq 38^\circ\text{C}$, malessere e linfadenopatia

Noma (stomatite gangrenosa):

- Esordisce come una patologia parodontale necrotizzante a rapida progressione, distruggendo i tessuti molli e le ossa della bocca e procedendo ulteriormente fino a perforare i tessuti duri e la cute del viso
- Se rilevata precocemente, la sua progressione può essere rapidamente arrestata, attraverso regole basilari di igiene orale, integrazioni dietetiche con proteine e nutrienti e con antibiotici

Test microbiologici

Casi lievi: di solito non necessari

Casi moderati e gravi: valutare il ricovero in ospedale per eseguire diagnostica (emoculture e/o colture di pus aspirato)

Altri test di laboratorio

Casi lievi: di solito non necessari

Casi moderati e gravi per valutazione necessità di ricovero: considerare esecuzione di emocromo e proteina C-reattiva quando possibile

Valutazione clinica di ausilio alla diagnosi differenziale

La valutazione clinica può aiutare a stabilire la fonte del dolore/infezione dentale e prendere decisioni terapeutiche appropriate, per esempio:

- Valutazione della risposta alla percussione:
 - La dolorabilità alla percussione indica che il dolore ha origine nell'osso di supporto e può essere dovuta a un ascesso
- Ispezione parodontale:
 - Può rivelare un ascesso parodontale se il pus trasuda da una tasca di più di 3 mm o una malattia ulcerosa necrotizzante se è presente tessuto gengivale estremamente doloroso e desquamazione grigia
- Valutazione della risposta al freddo:
 - La mancata risposta al freddo può indicare una polpa non vitale/necrotica

Imaging

Le radiografie dentali devono essere eseguite ove possibile per la diagnosi differenziale delle varie cause del dolore dentale

Trattamento Infezioni dentali e del cavo orale

Considerazioni cliniche

Importante:

- Le infezioni e il dolore dentale sono nella maggior parte dei casi gestibili senza trattamento antibiotico rimuovendone la causa e drenando l'infezione con una procedura odontoiatrica (es. estrazione del dente)
 - Gli antibiotici non prevengono complicanze gravi e non possono sostituire il trattamento chirurgico locale
 - Gli antibiotici non devono essere usati per "ridurre l'infiammazione" prima di una procedura odontoiatrica o per curare il mal di denti. Gli antibiotici non devono essere usati per prevenire le infezioni del sito chirurgico prima della maggior parte delle procedure odontoiatriche
- Per il controllo delle infezioni dentali non è necessario l'uso regolare di collutori contenenti un prodotto antisettico (es. clorexidina); gli sciacqui con acqua salata sono in genere adeguati
- Nella maggior parte dei casi non è necessario un trattamento antibiotico ma può essere preso in considerazione (sempre in modo complementare alle procedure odontoiatriche):
- Nei pazienti con segni sistemici di infezione (es. gonfiore del viso, incapacità di aprire la bocca, febbre $\geq 38^\circ\text{C}$, tachicardia)
 - Nei pazienti gravemente immunocompromessi e nei pazienti con diabete non controllato (rischio maggiore di complicanze)

Durata del trattamento antibiotico

Se si riesce a controllare la sorgente dell'infezione: 3 giorni

Se non si riesce a controllare la sorgente dell'infezione i pazienti devono essere riesaminati prima della fine del trattamento per verificare la risoluzione dell'infezione

Trattamento sintomatico

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come pari opzioni di trattamento

Ibuprofene 200-400 mg q6-8h (massimo 1,8 g/die)

OPPURE

Paracetamolo (acetaminofene) 500 mg-1 g q4-6h (massimo 4 g/die)

- Insufficienza epatica/cirrosi:** massimo 2 g/die

Trattamento antibiotico

Nella maggior parte dei casi non è richiesto un trattamento antibiotico (vedi "Considerazioni cliniche" per i casi in cui sono indicati gli antibiotici)

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale

Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento se non diversamente indicato

ACCESS

Amoxicillina 1 g q8h ORALE

OPPURE

ACCESS

Amoxicillina-acido clavulanico (875 mg + 125 mg) q8h ORALE

5. LINFADENITE BATTERICA ACUTA LOCALIZZATA

Questa infografica è focalizzata sul trattamento delle forme batteriche acute localizzate; le eziologie virali, micobatteriche, fungine, parassitarie e neoplastiche devono essere considerate nella diagnosi differenziale.

Definizione

La linfadenite è l'infiammazione e l'ingrandimento acuto (> 1-2 cm) di uno o più linfonodi

Classificazione basata su:

- Numero di regioni linfonodali interessate:
 - *Localizzata* (maggioranza dei casi): 1 regione linfonodale interessata:
 - *Generalizzata*: > 1 regione linfonodale interessata
- Ubicazione del linfonodo interessato (es. cervicale, ascellare)
- Profondità del linfonodo interessato (superficiale o profondo)

Agenti patogeni più probabili

Virus (maggioranza dei casi)

- Virus di Epstein-Barr, Cytomegalovirus
- Virus respiratori (compreso il virus influenzale)

Batteri (più raramente)

- *Staphylococcus aureus* (compreso MRSA)
- *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* di gruppo A)

Considerare in situazioni specifiche (in base all'anamnesi e all'esame obiettivo):

- Infezioni sessualmente trasmesse (tra cui *T. pallidum*, HIV)
- Zoonosi (tra cui toxoplasmosi, brucellosi, tularemia, bartonellosi - quest'ultima principalmente a seguito di morsi o graffi di gatto)
- Infezioni da micobatteri (anche non tubercolari)

Diagnosi

Manifestazione clinica

- Esordio acuto di linfonodo ingrandito palpabile, dolente e infiammato (>1-2 cm) +/- febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e altri segni/sintomi di malattia sistemica e cellulite
- Causa virale più probabile se interessamento bilaterale, non fluttuazione del linfonodo, assenza di drenaggio cutaneo del linfonodo

Test microbiologici

Di solito non necessari; prendere in considerazione i test per HIV e tubercolosi se sospettati

Altri test di laboratorio

Di solito non necessari ma possono essere considerati in casi specifici

Biopsia

Biopsia escissionale o ago aspirato: considerare quando si sospetta una neoplasia

Imaging

- Di solito non necessario
- L'ecografia può essere considerata per confermare il coinvolgimento dei linfonodi, per quantificarne l'ingrandimento e per rilevare la presenza di un ascesso; non attendibile per escludere tumori maligni (deve essere eseguita una biopsia)

Trattamento- LINFADENITE BATTERICA ACUTA LOCALIZZATA

Considerazioni cliniche

Importante:

- L'ingrandimento dei linfonodi è causato nella maggior parte dei casi da infezioni virali; pertanto, gli antibiotici **non sono necessari**
- È appropriato un approccio di vigile attesa con follow-up (salvo sospetto di neoplasia maligna)

In assenza di segni e sintomi compatibili con infezioni virali, è indicato un trattamento empirico contro *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* (*Streptococcus* di gruppo A)

Nota: l'anamnesi è fondamentale per adattare il trattamento

Durata del trattamento antibiotico

5 giorni

Trattamento antibiotico

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale

Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento se non diversamente indicato

ACCESS

Amoxicillina-acido clavulanico 875 mg+125 mg q8h
ORALE

OPPURE

ACCESS

Cefalexina 1 g q12h **ORALE**

OPPURE

ACCESS

Flucloxacillina 1 g q8h **ORALE**

Flucloxacillina e cefalexina hanno uno spettro più ristretto di attività antibatterica rispetto ad amoxicillina-acido clavulanico con buona efficacia nelle infezioni lievi della cute e dei tessuti molli. Dal punto di vista della stewardship antibiotica, queste sono le opzioni preferite, laddove possibile

6. FARINGITE

Definizione

Infiammazione della faringe caratterizzata da mal di gola e deglutizione dolorosa

Agenti patogeni più probabili

Virus (> 80% dei casi):

- Virus respiratori (la maggior parte dei casi)
- Virus di Epstein Barr (raramente)

Batteri:

- *Streptococcus* di gruppo A (GAS) (5-10% negli adulti)
- Streptococchi (gruppo C e G)

Altre cause infettive:

- Infezione acuta da HIV e 12ecce malattie sessualmente trasmesse (sifilide, gonorrea)
- Toxoplasmosi acuta
- Difterite

Non infettive (rare):

- Inquinamento
- Allergeni
- Fumo

Diagnosi

Manifestazione clinica

Mal di gola e deglutizione dolorosa

- **Virale:** I sintomi corrispondono spesso a quelli di un'infezione virale delle vie aeree superiori, con tosse, mal di testa e mialgie
- **Batterica:** presentazione più grave, febbre ($\geq 38^\circ\text{C}$), linfonodi cervicali dolenti ed essudati faringei (vedi "Sistema di punteggio Centor")

Test microbiologici

Bassa probabilità di *Streptococcus* di gruppo A (GAS) (punteggio Centor 0-2):

- Test di solito non necessari

Alta probabilità di GAS (punteggio Centor 3-4):

- Test antigenico rapido o coltura del tampone faringeo (quando possibile)
- Il test deve essere eseguito solo se si intende iniziare un trattamento antibiotico a seguito di un risultato positivo del test

Altri test di laboratorio

Esami del sangue di solito non necessari

Considerare lo screening per malattie sessualmente trasmesse nei soggetti ad alto rischio

Imaging

Di solito non necessario salvo sospetta complicanza

Sistema di punteggio clinico Centor

Segni e Sintomi

(1 punto ciascuno)

- Febbre > 38 °C
- No tosse
- Linfadenite cervicale anteriore dolente
- Essudati tonsillari

Punteggio 0-2

- Improbabile faringite da GAS
- Solo trattamento sintomatico

Punteggio 3-4

- Probabilità moderata-alta di faringite da GAS per cui è raccomandato eseguire l'esame per GAS
- Si può solitamente ritardare l'introduzione di una terapia antibiotica, in particolare in paesi a bassa endemia per la febbre reumatica come l'Italia, fino all'esito dell'esame per GAS.

- Questo sistema può aiutare a indicare l'eziologia dell'infezione (batterica o virale) e guidare nella scelta di una eventuale terapia antibiotica.
- NOTA: anche con un punteggio elevato (pari a 4), la probabilità di infezione da GAS rimane comunque del 50%

Trattamento- FARINGITE

Trattamento sintomatico

I medicinali sono elencati in ordine alfabetico e devono essere considerati come pari opzioni di trattamento.

Ibuprofene 200-400 mg q6-8h (massimo 1,8 g/die)

OPPURE

Paracetamolo (acetaminofene) 500 mg-1 g q4-6h (massimo 4 g/die)

- **Insufficienza epatica/cirrosi:** massimo 2 g/die

Durata del trattamento antibiotico

A seconda della prevalenza locale o di anamnesi suggestiva per febbre reumatica.

- Basso rischio di febbre reumatica: **5 giorni**
- Alto rischio di febbre reumatica: **10 giorni**

Nota: quando si usano claritromicina o cefalexina la durata del trattamento è sempre 5 giorni

Trattamento antibiotico

L'unica indicazione chiara per il trattamento antibiotico è di ridurre la probabilità di sviluppare febbre reumatica in contesti di endemia (tuttavia, dopo i 21 anni il rischio di febbre reumatica è minore).

Tutti i dosaggi si intendono per una funzionalità renale normale.

Gli antibiotici sono elencati in ordine alfabetico e devono essere tutti considerati come pari opzioni di trattamento se non diversamente indicato

Prima scelta

ACCESS

Amoxicillina 1g q8h **ORALE**

Seconda scelta

ACCESS

Cefalexina 1 g q12h **ORALE**

OPPURE

WATCH

Claritromicina 500 mg q12h **ORALE**

GAS è universalmente sensibile alla penicillina, mentre la resistenza ai macrolidi è comune in alcuni contesti.