

6° Congreso de Pediatría Ambulatoria

Mesa Redonda

Resistencia a los antibióticos en la
práctica ambulatoria

**“Uso racional de antibióticos en las
infecciones del tracto respiratorio
superior”**

Hotel Sheraton Buenos Aires

21 de noviembre de 2014

Uso racional de los antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio superior.

Andrés Sibbald

Médico pediatra. Hospital Británico de BsAs

Sociedad Argentina de Pediatría
Asociación Argentina de ORL y Flogía. Pediátrica
Interamerican Association of Pediatric ORL
International Society for Otitis Media

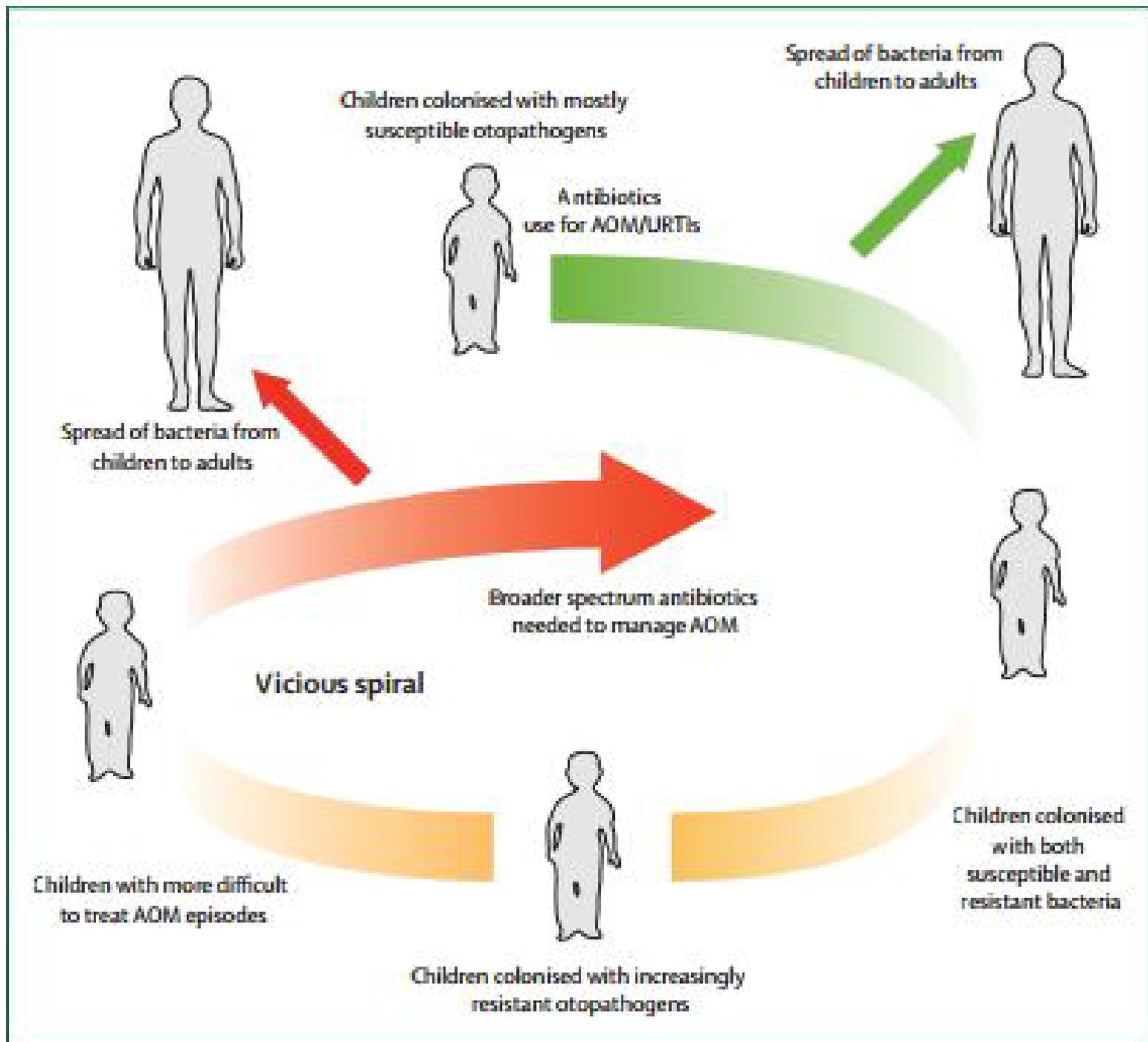
andressibbald@gmail.com

Ante un niño que consulta por resfrío intenso, tos y fiebre, el pediatra sabe que su paciente sufre una virosis respiratoria.

Sabe también que son pocos, no más de 5-10%, los pacientes que evolucionan hacia una infección bacteriana agregada.

Sabe que es poco lo que se puede hacer más allá de un alivio sintomático, pero frecuentemente siente la presión de los padres para que el hijo cure pronto y vuelvan todos a su actividad.

Así es como elige, a veces, el camino de menor resistencia recetando un antibiótico "inocuo" ante la duda diagnóstica frecuente de "otitis o sinusitis".



...y vaya si hay duda diagnóstica con esas dos "complicaciones" (agravamientos) menores más comunes del resfrío en la primera infancia:

a) Otitis media aguda (OMA)

b) Rinosinusitis aguda bacteriana (RSAB)

Las consideraremos juntas porque ambas son infecciones paranasales con la misma combinación de factores precipitantes.

No me refiero a las complicaciones potencialmente graves de estas dos enfermedades.

Afortunadamente estas son raras, muy reconocibles y escasamente evitables aún con tratamiento antibiótico temprano.



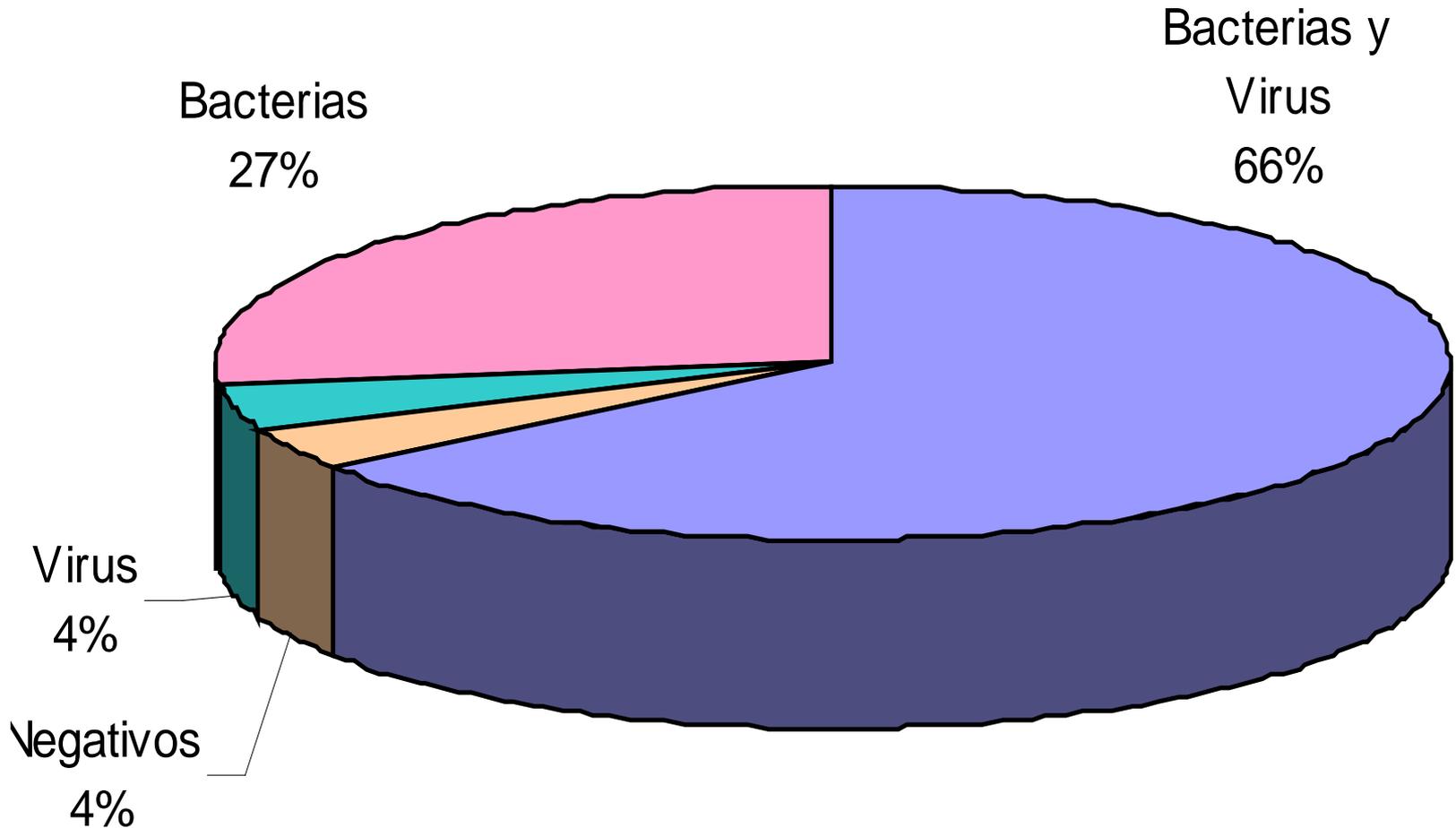
Mastoiditis



Tomaré la *OMA* como paradigma para proponer un uso más racional de antibióticos en las infecciones de la vía aérea alta.

Es una infección frecuentemente mixta de virus y bacterias.

Microbiología de OMA



Por redondeo suman 101%

Ruohola A. Clinical Infectious Diseases 2006; 43: 1417

Esa infección se hace reconocible en la membrana timpánica aunque es común la duda diagnóstica por las dificultades reales que tenemos para verla bien en las edades de mayor frecuencia de las otitis medias (primera infancia).

Sabemos acerca de:

- a) la confusión entre OMA y OME que llevan al error diagnóstico frecuente
- b) las dificultades para definir si la OMA es leve o severa.



0: Normal, or effusion without erythema



1: Erythema only, no effusion



2: Erythema, air/fluid level, clear fluid



3: Erythema, complete effusion, no opacification



4: Erythema, opacification with air-fluid level or air bubble(s), no bulging



5: Erythema, complete effusion, opacification and no bulging



6: Erythema, bulging rounded doughnut appearance of the tympanic membrane



7: Erythema, bulging, complete effusion and opacification with bulla formation

Todas las guías clínicas de OM hacen hincapié en que el buen manejo dependerá de la precisión del médico en la clasificación diagnóstica.

Ese rigor diagnóstico requiere:

- a) una buena visualización estática de la MT
(otoscopia simple)
- b) alguna evaluación funcional del oído medio
(otoscopia neumática, reflectometría acústica)

Sabemos que estas destrezas clínicas requieren instrucción e instrumental que no siempre llegan adecuadamente al pediatra.

Los médicos que atienden niños (pediatras, ORL, de familias) comprenden que la precisión diagnóstica es fundamental para una indicación antibiótica.

A pesar de esto muchos médicos indican antibiótico aún con 50% de seguridad diagnóstica.*

Dada la alta incidencia real de OMA en la infancia estos tratamientos contribuyen innecesariamente a la multi-resistencia.

*Gonzalez Vallejo C. Physician's diagnostic judgment and treatment decisions for AOM in children. Med Decis Making. 1998;17:540



WelchAllyn

CE

Operator's Manual
Service Assistance
call (888) 327-2435
MODEL NO. PEC-1

MDI
MEDICAL DEVICE, INC.
Woburn, MA 01897

L
R

Special Gradient
Level Range
1 < 49 High
2 50 - 69 Moderate-High
3 70 - 89 Moderate-Low
4 90 - 95 Low

Risk of Disease

EarCheck
PRO
Otoscopy with Digital Gradient



Expertos en OM* coinciden en la necesidad de reducir la utilización de ATB pero no en las estrategias.

Reino Unido: redujo de 77% a 58%

La reducción no se acompañó de complicaciones supuradas. No se observan meningitis. El NNT para evitar un caso de mastoiditis excede los 4000.

*Vergison A, Dagan R, et al [www.thelancet.com /infection](http://www.thelancet.com/infection)
Vol 10,195-203, March 2010

Observación expectante para OMA.
("watchful waiting")

La historia natural muy favorable de los primeros meta-análisis (Rosenfeld) se basaba en trabajos donde los criterios diagnósticos no exigían el rigor de los actuales. El NNT era 8-16 pacientes.

Los estudios muy rigurosos de Pittsburgh (USA) y de Turku (Finlandia), con insistencia en el abombamiento de la MT, llevan el NNT a 3-4.

La OMA es más frecuente en menores de 3 años y es el diagnóstico señalado que más lleva a la indicación de antibióticos en países desarrollados, donde los niños reciben un promedio de 45 días de antibióticos *anuales* en los primeros 2 años de vida.*

La OMA es, por lo tanto, un área prioritaria para mejorar conductas tendientes a racionalizar el uso de antimicrobianos en la infancia.

*Vergison A, Dagan R, et al www.thelancet.com /infection Vol 10,195-203, March 2010

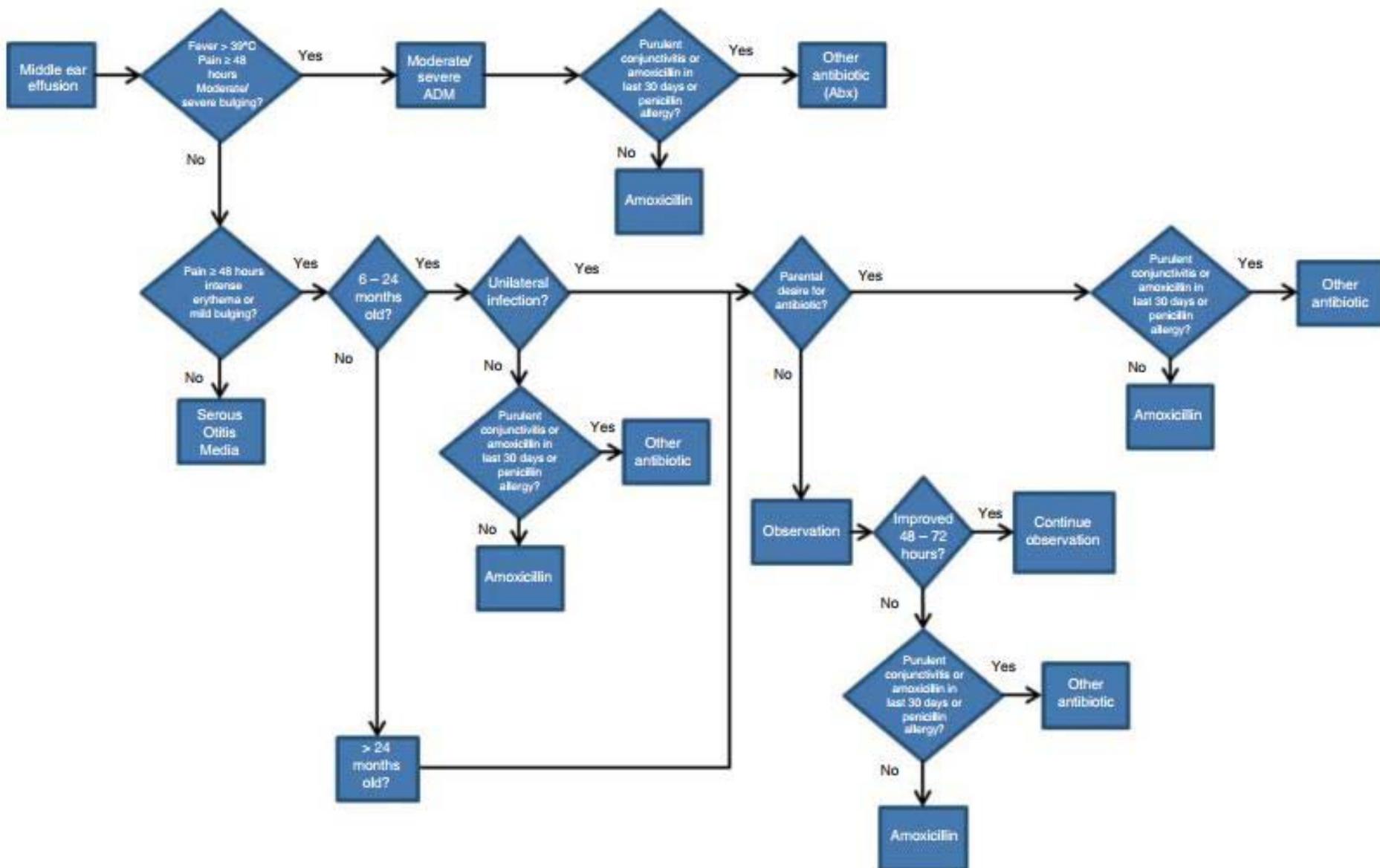
Estudios recientes (RCT), sumamente rigurosos en diagnóstico y seguimiento, verifican una mejoría clínica de 26 a 35% comparando ATB con placebo en menores de 2 y 3 años.

Basados en las ventajas y riesgos de la "observación expectante" para la OMA, la AAP ha redefinido detalladamente las opciones terapéuticas en su última Guía Clínica (Pediatrics 2013;131:e 964)

Hoberman A, Paradise J, et al Treatment of AOM in children under 2 years of age. NEJM 2011;364:105-15

Tähtinen PA, et al. A placebo controlled trial of ATB for AOM. NEJM 2011; 364:116

Algoritmo OMA (>6m) (Guía clínica AAP 2013)



¿Qué podemos hacer para reducir el uso de antibióticos en nuestros pacientes con otitis media?

- a) Diferenciar mejor la OMA de la OME
- b) Distinguir las formas severas de OMA de las más leves.
- c) Recordar la elevada tasa de curación espontánea (80%) de las OMA no severas.
- d) Compartir esta información educativa con los padres (ejemplo: programa impreso "sint.oma") y ofrecer seguimiento a distancia.

Antibióticos para OMA segura, no severa.

Edad	OMA con otorrea	OMA bilateral sin otorrea	OMA unilateral sin otorrea
< 6 m	ATB	ATB	ATB
6-23 m	Se prefiere ATB	Se prefiere ATB	ATB u observación expectante
≥ 24 m	Se prefiere ATB	ATB u observación expectante	Observación expectante o ATB

Los ATB sí se recomiendan para OMA severa, OMA complicada, paciente "tóxico" o seguimiento incierto o difícil.

La observación expectante para la OMA es una estrategia mediante la cual se difiere el tratamiento antibiótico durante 2-3 días en pacientes debidamente seleccionados.

OMA no severa :

OMA unilateral, sin otorrea

Fiebre < 39°

Otalgia moderada



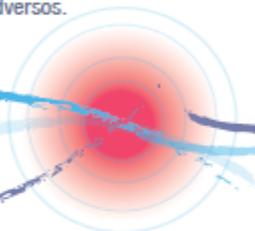
LAS OTITIS Y LOS ANTIBIÓTICOS

Muchos estudios recientes comprueban el uso excesivo de antibióticos en las otitis infantiles.

La información que le ofrecemos aquí puede facilitar una discusión de este tema con su pediatra cuando a su hijo le diagnostican otitis media aguda (OMA).

• ¿Cuáles son las consecuencias indeseables del uso de antibióticos?

Cada vez que su hijo recibe antibióticos las bacterias sensibles mueren pero las resistentes sobreviven y se multiplican, pudiendo extenderse en el mismo paciente o a otros miembros de la familia y la comunidad. Además los antibióticos pueden provocar erupciones, diarrea, alergias y otros efectos adversos.



• ¿Cuáles son los niños que deben recibir antibióticos y cuáles pueden ser tratados inicialmente sin antibióticos?

Se considera apropiada la indicación de antibióticos desde el diagnóstico en los menores de 2 años, o si la otitis se ve severa o si los síntomas son intensos. Un período de observación de hasta 3 días puede ser apropiado para niños con enfermedad más leve y especialmente si el diagnóstico es dudoso. Todas las OMA verdaderas tienen pus en el oído pero la confirmación visual (otoscopio) puede ser dificultosa y ante la duda no siempre se justifica tratar con antibióticos desde el inicio.

• ¿Cómo se puede reducir el uso de antibióticos sin excluir a los mismos?

Pregúntele a su pediatra acerca del tratamiento corto de 5 días en lugar de los 7-10 días habituales. Estudios recientes muestran casi el mismo resultado con ambas modalidades en niños mayores, pero los más pequeños responden mejor al tratamiento de 10 días. El programa **zint-oma** permite el control clínico del niño tratado, con o sin antibióticos, y facilita a los padres y al pediatra el seguimiento en los primeros días para asegurar la curación clínica de la OMA.



P R O G R A M A

zint-oma

Seguimiento inicial del niño
tratado por Otitis Media Aguda



Apellido y Nombres del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Fecha y Hora del Diagnóstico:

Apellido e inicial del Pediatra:

Teléfono/s del Pediatra:

Nombre de Madre y Padre:

(señalando observador principal del paciente)

DIAGNÓSTICO OTOSCÓPICO Y REFLECTOMETRÍA ACÚSTICA

OÍDO DERECHO

- Normal
- oma (leve)
- OMA (severa)
- efusión (RA: 3-4-5)
- no evaluable

OÍDO IZQUIERDO

- Normal
- oma (leve)
- OMA (severa)
- efusión (RA: 3-4-5)
- no evaluable

Escala AOM-SOS* de evaluación de síntomas del niño con otitis media aguda

Seleccionar 1 casillero en todas las preguntas en cada día.
Sumar diariamente el puntaje de las 7 preguntas.

El total debería reducirse a medida que mejora la otitis.
De no ser así sugerimos consultar al pediatra.

DIA 1

Durante las últimas 24 hs. su hijo:

- 1 ¿Se ha frotado, tironeado ó agarrado sus orejas más de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 2 ¿Ha estado llorando más de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 3 ¿Ha estado más quejoso ó irritable de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 4 ¿Ha tenido más dificultad para dormir que lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 5 ¿Ha estado menos activo ó jugado menos que lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 6 ¿Ha comido menos de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 7 ¿Ha tenido fiebre ó lo han sentido "calentito" al tacto?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)

DIA 2

Durante las últimas 24 hs. su hijo:

- 1 ¿Se ha frotado, tironeado ó agarrado sus orejas más de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 2 ¿Ha estado llorando más de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 3 ¿Ha estado más quejoso ó irritable de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 4 ¿Ha tenido más dificultad para dormir que lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 5 ¿Ha estado menos activo ó jugado menos que lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 6 ¿Ha comido menos de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 7 ¿Ha tenido fiebre ó lo han sentido "calentito" al tacto?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)

DIA 3

Durante las últimas 24 hs. su hijo:

- 1 ¿Se ha frotado, tironeado ó agarrado sus orejas más de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 2 ¿Ha estado llorando más de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 3 ¿Ha estado más quejoso ó irritable de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 4 ¿Ha tenido más dificultad para dormir que lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 5 ¿Ha estado menos activo ó jugado menos que lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 6 ¿Ha comido menos de lo habitual?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)
- 7 ¿Ha tenido fiebre ó lo han sentido "calentito" al tacto?
Nada (0)
Poco (1)
Mucho (2)

SUMA DIA 1 =

SUMA DIA 2 =

SUMA DIA 3 =

La evidencia de que un uso más prudente de antibióticos reducirá la resistencia es aún incompleta.

Está claro, sin embargo, que si persistimos en nuestra práctica actual de tratar con ATB a la mayoría de las otitis y sinusitis dudosas o leves, la resistencia seguirá aumentando.

Eventualmente podríamos perder los beneficios de los pocos ATB efectivos que hoy nos quedan, y no hay en el horizonte actual nuevas drogas antimicrobianas con actividad sobre patógenos respiratorios resistentes.

MUCHAS GRACIAS

