



Viernes 15 de febrero de 2019

Seminario:

Mejora tu prescripción de antibióticos en 10 pasos

Moderadora:

M.ª Rosa Albañil Ballesteros

Pediatra. Miembro del Grupo de Patología Infecciosa de AEPap. CS Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.

Ponentes/monitoras:

- **Cristina Rodríguez Arranz**
Pediatra. Miembro del Grupo de Patología Infecciosa de AEPap. Consultorio de Villamediana. La Rioja.
- **M.ª José Martínez Chamorro**
Pediatra. Miembro del Grupo de Patología Infecciosa de AEPap. CS Polanco. Polanco. Cantabria.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Albañil Ballesteros MR. Mejora tu prescripción de antibióticos en 10 pasos. Introducción. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 79-81.



Mejora tu prescripción de antibióticos en 10 pasos. Introducción

M.ª Rosa Albañil Ballesteros

*Pediatra. Miembro del Grupo de Patología Infecciosa de AEPap. CS Cuzco. Fuenlabrada. Madrid.
mralba100@hotmail.com*

La resistencia antimicrobiana adquirida es la resistencia de un microorganismo a un antimicrobiano que, en origen, era eficaz para tratar las infecciones causadas por dicho microorganismo. Las resistencias bacterianas constituyen un problema de salud pública de primer orden¹. Son causa directa de muertes, originan un elevado gasto económico y pueden modificar la práctica de la medicina. En la Unión Europea son responsables de 25 000 muertes al año, 2800 en España y generan un gasto sanitario adicional de unos 1500 millones de euros². Estos datos se publicaron en 2007 y pueden aumentar en próximas revisiones, como apuntan datos publicados recientemente en España³.

El uso de antibióticos, incluso cuando están correctamente indicados, siempre supone un impacto sobre la flora bacteriana, patógena y colonizadora, del organismo al que se administran, siendo el resultado final la selección de cepas resistentes.

La literatura muestra relación entre consumo de antibióticos y tasas de resistencias antimicrobianas de los patógenos, tanto a nivel individual como de población, de tal forma que poblaciones con alto consumo de antibióticos presentan altas tasas de resistencias y en individuos que han recibido antibióticos aumentan los aislamientos de gérmenes resistentes con un efecto que puede durar hasta 12 meses.

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) los datos de consumo antibiótico en España

en el ámbito de Atención Primaria son de los más elevados en Europa: 32,05 DHD (Dosis Diarias Definidas por 1000 habitantes y día). Según los datos publicados hasta ahora por el European Center for Diseases Prevention and Control (ECDC) se sitúa en un nivel medio de consumo porque solo incluyen los antibióticos adquiridos mediante receta financiada.

Respecto al consumo de antibióticos en la población pediátrica en España, el grupo de menores de 5 años es, junto con el de ancianos, el que recibe más antibióticos⁴. Un estudio internacional realizado en 7 poblaciones de 6 países y que incluye datos de la Comunidad Valenciana, muestra como en esta población la prescripción de antibióticos en menores de 3 años es de 1,55 ciclos al año, ocupando el tercer lugar entre los incluidos. Las cifras son de 1,05 y 0,52 en los grupos de 3 a 5 y de 6 a 12 años de edad respectivamente. En este estudio se muestra también el importante uso de antibióticos de amplio espectro en la población española incluida⁵.

Otros estudios españoles señalan puntos de mejora. Así, se ha observado prescripción antibiótica en el 75% de las faringoamigdalitis (FAA) (incluso en más del 60% de las diagnosticadas en menores de 2 años), 72% de las otitis, 27% de los episodios de bronquitis y 16% de las infecciones respiratorias inespecíficas de vías altas^{6,7}. Solo un 67% de las FAA se tratan con antibióticos recomendados, prescribiéndose macrólidos en 17,5% y amoxicilina-clavulánico en 12%⁸. También en la urgencia hospitalaria, que en buena parte es inductora de la prescripción en Atención Primaria, se registra un uso inadecuado de antibióticos hasta en el 52% de los pacientes, bien por ser innecesarios (40,7%), elegidos incorrectamente (35,2%) o con posología inadecuada (24,1%)⁹.

Los objetivos del uso prudente de antibióticos son:

- Conseguir el control/curación del proceso infeccioso.
- Minimizar los efectos adversos, incluyendo entre estos la inducción de resistencias bacterianas.

Para ello, antes de prescribir un antibiótico, deberíamos responder las siguientes preguntas:

- **¿Es preciso utilizar antibiótico?** Es decir, ¿es una infección bacteriana? Para ello debemos utilizar métodos de diagnóstico rápido y conseguir acceso temprano a resultados de cultivo y antibiograma cuando estén indicados.
- **¿Cuál es el antibiótico de elección?:** aquel que sea eficaz con el espectro más ajustado, teniendo en cuenta el patógeno responsable del proceso y el patrón de resistencias y sensibilidad de este. Es importante disponer de datos locales por la variación de estos. La capacidad de inducir resistencias no es igual para todos los antibióticos.
- **¿Qué características tiene el paciente?:** edad, factores de riesgo, alergias y otros tratamientos.
- **¿Qué dosis, pauta y duración?:** las adecuadas para alcanzar en el foco de la infección concentraciones eficaces durante el tiempo necesario, y no más, para controlar la infección. La concentración necesaria puede variar en función del lugar de la infección y del patógeno responsable. Hay que evitar concentraciones infraterapéuticas porque contribuyen a la inducción de resistencias bacterianas. La probabilidad de que un niño sea portador de un neumococo resistente a la penicilina aumenta con cada día de uso de un antibiótico betalactámico por lo que no se deben prolongar innecesariamente los tratamientos¹⁰.
- **¿Comprende el paciente o la familia, el objetivo del tratamiento y cuál es la pauta de administración?:** porque el cumplimiento correcto es necesario para evitar dosis infraterapéuticas o erráticas.

Los objetivos de esta presentación son:

- Dar a conocer que las resistencias bacterianas son un problema grave de salud, siendo clave en su desarrollo el uso excesivo o inadecuado de los

antibióticos, del que somos responsables como pediatras en nuestra prescripción diaria.

- Identificar cuáles son los procesos en los que los antibióticos son necesarios, eligiendo en cada caso aquel con espectro más ajustado teniendo en cuenta el patógeno responsable y el patrón de resistencias de este.
- Proporcionar algunas claves prácticas para mejorar la prescripción de antibióticos y disminuir la prescripción inadecuada tanto en procesos habituales como en situaciones que requieren un abordaje especial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diario Oficial de la Unión Europea (2017/C 212/01). Directrices de la UE sobre la utilización prudente de antimicrobianos en medicina. [Fecha de acceso 20 nov 2018]. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XC0701\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XC0701(01)&from=EN)
2. European Centre for Disease Prevention and Control. The bacterial challenge: time to react: A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm: EMEA doc. ref. EMEA/576176/2009; September 2009 [Fecha de acceso 20 nov 2018]. Disponible en https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf
3. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Registro hospitalario de pacientes afectados por las resistencias bacterianas 2018. [Fecha de acceso 21 nov 2018]. Disponible en https://seimc.org/contenidos/noticias/2018/seimc-Registro_de_Pacientes_BMR.pdf
4. Serna MC, Ribes E, Real J, Galván L, Gascó E, Godoy P. Alta exposición a antibióticos en la población y sus diferencias por género y edad. *Aten Primaria*. 2011;43:236-44.
5. Youngster I, Avorn J, Belleudi V, Cantarutti A, Díez-Domingo J, Kirchmayer U, et al. Antibiotic use in children - a cross-national analysis of 6 countries. *J Pediatr*. 2017;182:239-44.
6. Malo S, Bjerrum L, Feja C, Lallana MJ, Poncel A, Rabanaque MJ. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82:412-6.
7. Fernández González N, Herrero-Morín JD, Solís Sánchez G, Pérez Méndez C, Molinos Norniella C, Pardo de la Vega, et al. Variabilidad e idoneidad en el tratamiento antimicrobiano de las faringoamigdalitis agudas pediátricas en Asturias, España. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110:207-13.
8. García Ortiz A. Prescripción de antibióticos asociados a faringoamigdalitis en menores de 14 años. Portal de Salud Castilla y León. Portal del medicamento. Septiembre 2018. [Fecha de acceso 21 nov 2018]. Disponible en www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/ojo-markov/prescripcion-antibioticos-asociados-faringoamigdalitis-meno
9. Croche Santander B, Campos Alonso E, Sánchez Carrión A, Marcos Fuentes L, Díaz Flores I, Vargas JC, et al. Adecuación de la prescripción de antimicrobianos en población pediátrica en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 88:259-65.
10. Nasrin D, Collignon PJ, Roberts L, Wilson EJ, Pilotto LS, Douglas RM. Effect of beta lactam antibiotic use in children on pneumococcal resistance to penicillin: prospective cohort study. *BMJ*. 2002;324:28-30.

