

Protocol sobre l'ús d'antibiòtics en les patologies infeccioses més prevalents a Atenció Primària

Josep de la Flor, Pediatre d'AP. CAP El Serral, Sant Vicenç dels Horts, Barcelona, Institut Català de la Salut. Comissionat de l'AEMPS pel PRAN

Juan José García, Pediatre, Servei de Pediatria, Hospital Sant Joan de Déu Barcelona.
Universitat de Barcelona

Revisora: Sara Bonet, Farmacòloga Clínica, Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre
Institut Català de la Salut

Desembre 2019

Aquesta revisió aborda les patologies infeccioses més habituals a Pediatria d'atenció primària. No es centra només en l'ús dels antibiòtics sinó que també tracta sobre el procés diagnòstic a seguir davant d'un determinat síndrome clínic, doncs amb freqüència quan més acurat sigui el diagnòstic, millor indicació de proves complementàries i per tant millor adequació antibiòtica podrem assolir.

Es tracten els següents punts o malalties:

- Febre sense focalitat aparent
- Faringitis
- Otitis mitja aguda
- Sinusitis i sobre-infecció respiratòria de vies altes
- Indicació de antibiòtic-teràpia local versus sistèmica
- Pneumònia comunitària

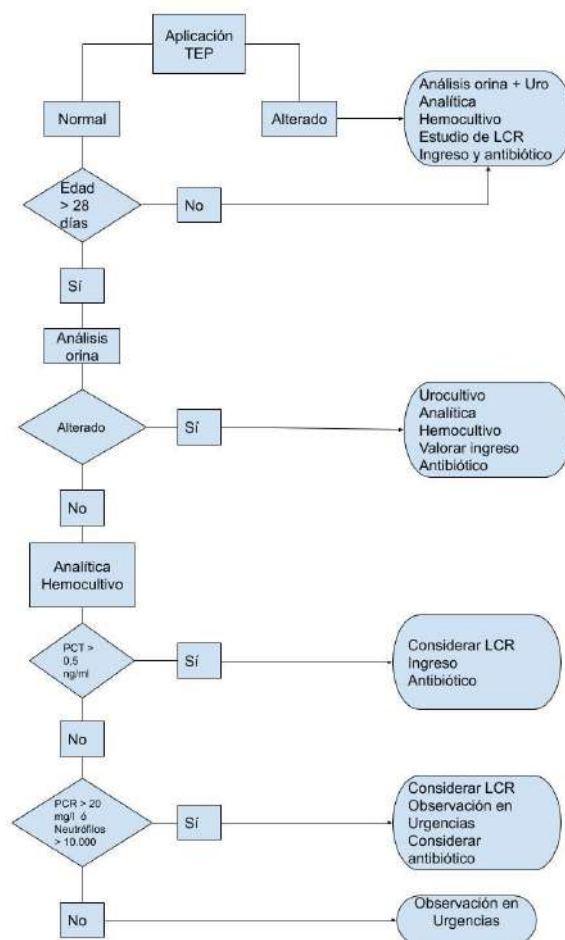
1-Febre sense focalitat aparent

Qualsevol nen de qualsevol edat amb mal estat general/aspecte tòxic/triangle d'avaluació pediàtric (TEP) alterat, ha de ser derivat per a exàmens complementaris.

La conducta del nen amb bon estat general dependrà de la seva edat:

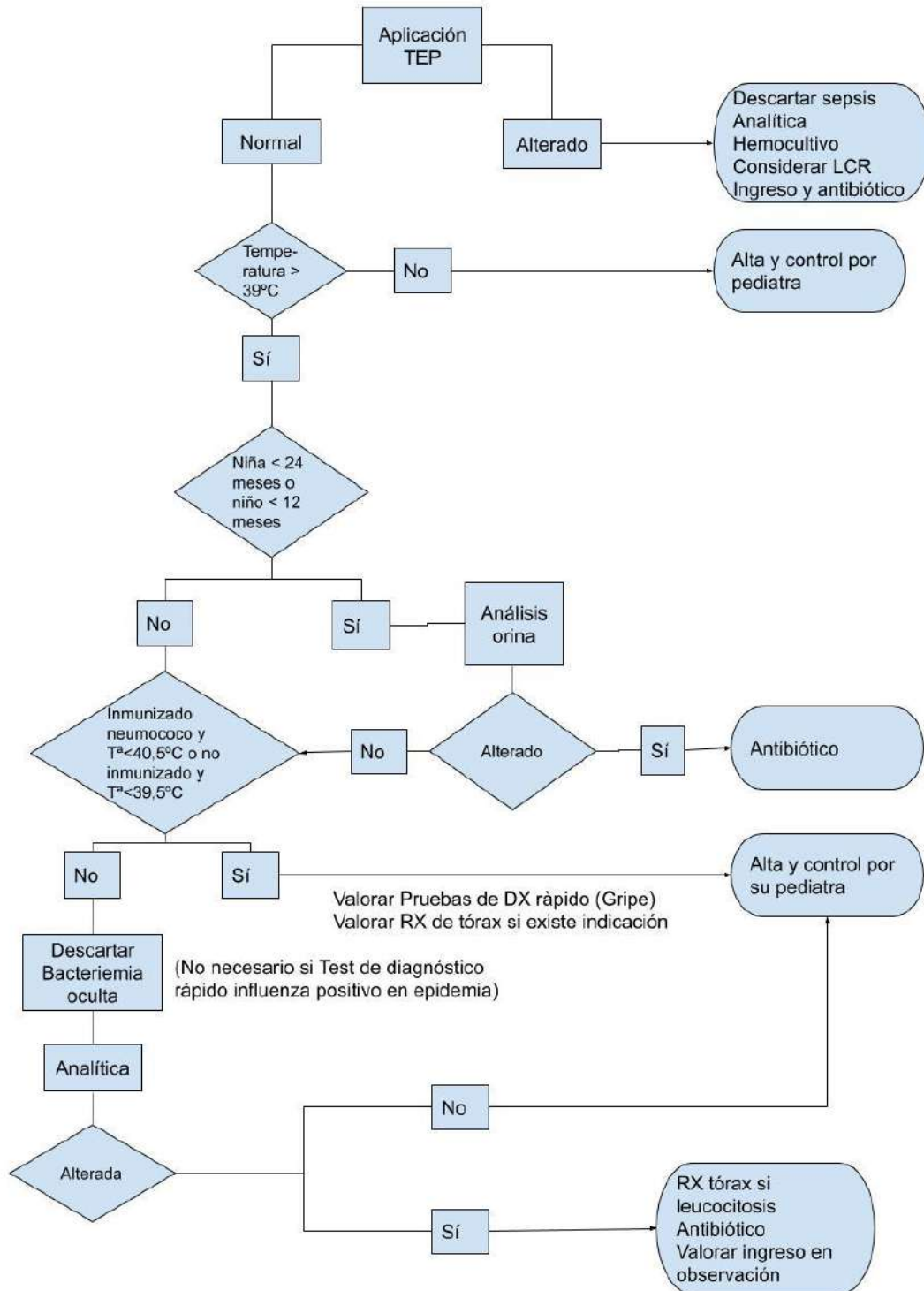
- < 1 mes: derivar
- 1-3 mesos:
 - No focalitat: derivar
 - Focalitat suggestiva de patologia lleu (refredat, diarrea, bronquiolitis lleu, otitis lleu): valorar el control ambulatori *versus* la derivació
- 3-24 mesos:
 - 3-24 > 39: derivar/observar /marcadors biològics si se'n disposa
 - < 39: Si la febre > 24 hores, descartar infecció urinària (ITU) si:
 - Nenes < 2 anys
 - Nens < 6 mesos si circumcidats
 - Nens < 12 mesos si no circumcidats
- >24 mesos: observar

A continuació s'exposen els algorismes diagnòstico-terapèutics a seguir davant dels lactants i nens entre 0 i 3 mesos i entre 3 i 24 mesos, amb febre sense focalitat aparent.



Algoritmo a seguir ante el lactante menor de 3 meses con Fiebre > 38°C sin focalidad aparente

TEP: Triangle d'avaluació pediàtric (perfusió, respiració i aspecte)



Algoritmo a seguir ante el lactante de 3 a 24 meses con Fiebre > 39°C sin focalidad aparente

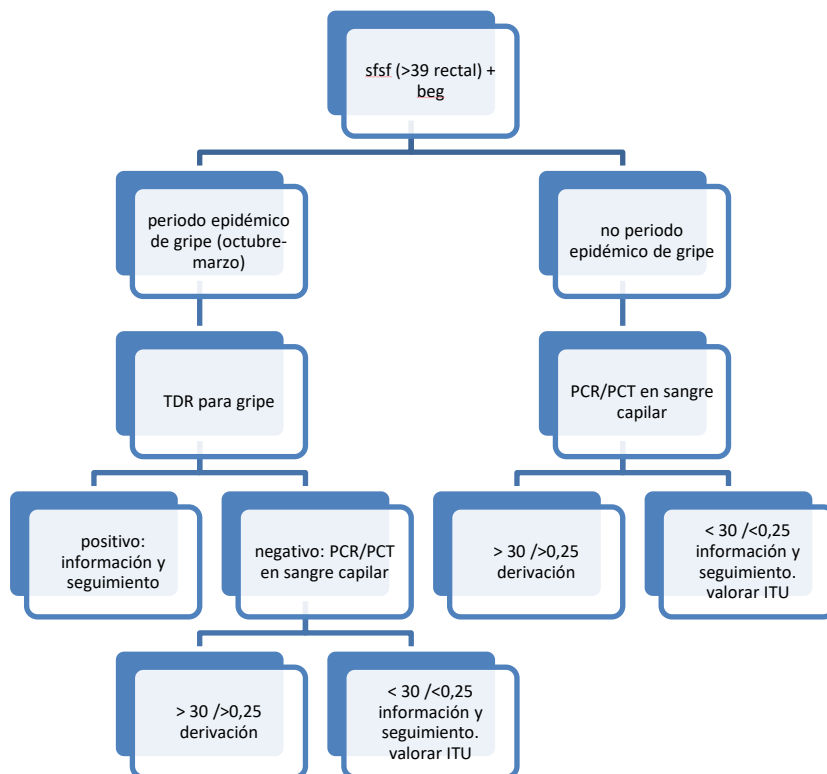
TEP: Triangle d'avaluació pediàtric (perfusió, respiració i aspecte)

Les conductes d'observació poden basar-se en criteris més objectius si es disposa a AP de marcadors biològics (PCR, PCT) dissenyats per la seva utilització al punt d'assistència (POCT).

- Proteïna C-reactiva (PCR):
 - < 30 mg/l: infecció probablement vírica
 - 30-70 mg/l: infecció d'origen dubtós
 - >70 mg/l: infecció probablement bacteriana

- Procalcitonina (PCT):
 - <0,1-0,25 ng/ml: probable virasi (<30 PCR)
 - 0,25-0,50 ng/ml: possible infecció bacteriana (30-70 PCR)
 - 0,50-2 ng/ml: probable infecció bacteriana (> 70 PCR)
 - 2-10 ng/ml: molt probable infecció bacteriana, possible sèpsia
 - >10: probable sèpsia

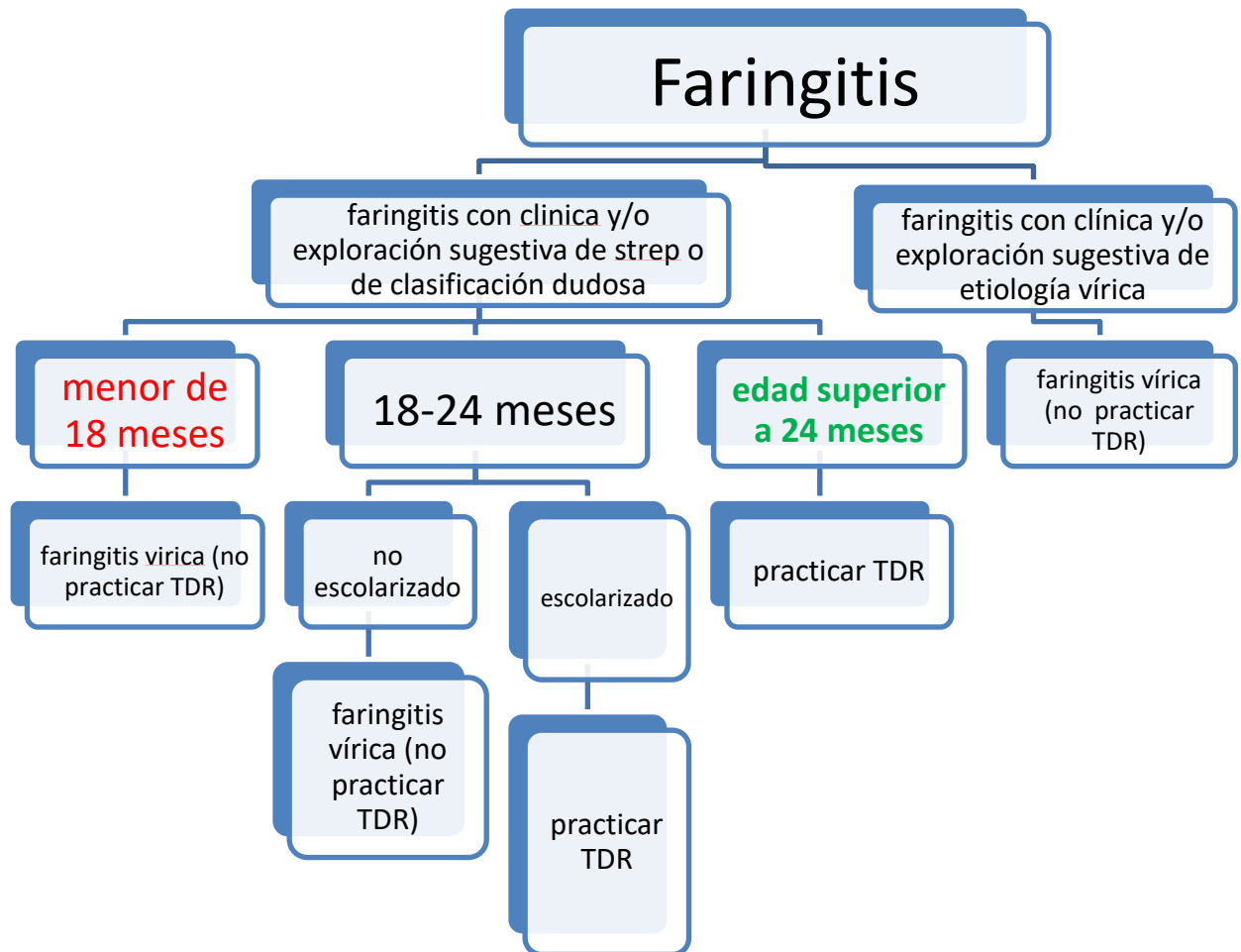
La valoració del nen amb FSF ha de ser diferenciada en període epidèmic de grip, si es disposa de POCT pel diagnòstic ràpid segons el següent algoritme:



2-Faringitis

Al nostre medi no hauria de fer-se un tractament antibiòtic (ATB) per faringitis sense una prova ràpida positiva, actualment a l'abast de tothom al nostre medi. Aquesta prova **hauria de practicar-se davant una faringitis d'aspecte estreptocòccic o quan el pediatre tingui dubtes raonables sobre la seva etiologia, i no hauria de practicar-se quan hi ha el convenciment de que es tracta d'una faringitis vírica.** La escala de *Centor-Mc Isaac* no té la consistència suficient a edat pediàtrica per a prendre decisions basades en la puntuació obtinguda.

Algoritme de decisió per a la pràctica de test de diagnòstic ràpid (TDR) en faringitis:



Tractament:

- Penicil·lina:
 - Fenoximetilpenicil·lina (Penicil·lina V):
 - » 250 mg cada 12 hores x 10 dies en < 27 kg
 - » 500 mg cada 12 hores x 10 dies en > 27 kg
 - Penicil·lina-benzatina (via IM):
 - » 600.000 ui < 27 kg, dosi única
 - » 1200000 ui > 27 kg, dosi única
- Amoxicil·lina 25 mg/Kg cada 12 hores, 10 dies (50mg/Kg/dia durant 10 dies)
- Al·lèrgia: Josamicina 15 mg/Kg/12 hores 10 dies (30 mg/Kg/dia durant 10 dies)

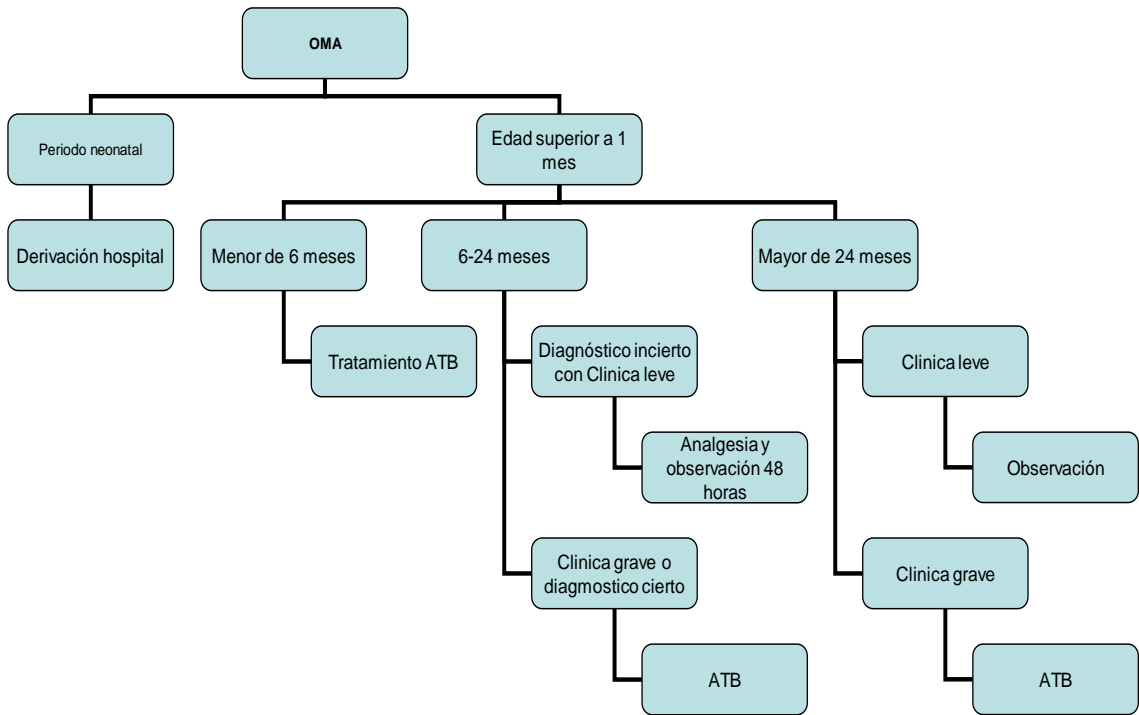
3-Otitis mitja aguda (OMA)

Per a fer el diagnòstic s'han de complir 3 criteris clínics/otoscòpics:

- 1-simptomatologia de inici agut: otàlgia o equivalents
- 2-signes inflamatoris a membrana timpànica (hiperèmia)
- 3-presència d'exsudat a oïda mitja: supuració, abombament, color groc, matidesa, color blau....

El punt 3 hauria de ser objectivat amb otoscòpia pneumàtica o preferentment amb timpanometria.

La decisió de tractar amb ATB o observar evolució dependrà de la edat i la clínica, segons el següent algoritme:



Tractament:

- Amoxicil·lina 30 mg/kg/8h (90 mg/Kg/dia)
- Azitromicina en al·lèrgia anafilàctica a la penicil·lina (10 mg/Kg/dia durada de 3 dies)
- Cefuroxima axetil en al·lèrgia no anafilàctica (10 mg/Kg/12 h)

Durada:

10 dies:

- Menors de 2 anys
- Factors de risc
- OMA supurativa

5-7 dies:

- Majors de 2 anys sense factors de risc ni supuració

OMA supurada:

- Tractament 10 dies
- Sistèmic. Tòpic en fracàs terapèutic
- Control de la perforació: als tres mesos, derivació a ORL

4-Sinusitis i sobre-infecció respiratòria de vies altes

El diagnòstic és fonamentalment clínic i ha de sospitar-se en:

- Refredat que no millora passats 10 dies en tos, rinorrea o obstrucció nasal, excepte tos nocturna
- Febre 39°C + rinorrea purulenta > 3 dies
- Empitjorament a partir dels 6-7 dies

Tractament:

Amoxicil·lina 30 mg/Kg/ 8 h durant 7 dies (90 mg/Kg/dia durant 7 dies)

5-Utilització d'ATB tòpic *versus* sistèmic

Es prefereix la utilització de l'antibiòtic tòpic enlloc del sistèmic en:

- Piodermitis localitzades :
 - Àcid Fusídic
 - Mupirocina
- Otitis externa:
 - Ciprofloxací (2 gotes cada 8h durant 7 dies)
- Otorrea en portadors de drenatges transtimpànics:
 - Ciprofloxací
- OMA supurativa que no ha respòs al tractament sistèmic:
 - Ciprofloxací

En canvi, es preferirà ATB sistèmic versus al tòpic a:

- Piodèrmies extenses o progressives:
 - Peribucals
 - Fracàs amb antibiòtic tòpic
 - Afectació subcutània (cel·lulitis, furóncol, abscess, limfadenitis)

Cefadroxil 15 mg/kg/12h durant 7 dies (30 mg/kg/dia)
- OMA amb supuració:
 - Amoxicil·lina a 90 mg/kg/dia, dividit en 3 dosis

6.- Pneumònia comunitària:

La principal dificultat és efectuar la diferenciació entre causa vírica (la més freqüent) i bacteriana. Són factors que suggereixen causa vírica:

- Edat inferior a dos anys
- Manifestacions lleus de vies respiratòries baixes
- Pacient correctament immunitzat

En el cas que es sospiti una etiologia bacteriana s'han de pautar antibiòtics en funció de l'etiologia que sospitem. En el següent quadre es pot veure una **proposta de tractament antibiòtic ambulatori empíric**:

| Quadre clínic | Antibiòtic d'elecció |
|---|--|
| Pneumònia lleu o moderada amb sospita d'etiologia vírica (fonamentalment nens pre-escolars) | No antibiòtic d'entrada a no ser que existeixin dades clíniques o de laboratori que suggereixin infecció bacteriana |
| Pneumònia típica | <p>Amoxicil·lina 30 mg/kg/8h durant 7 dies (90 mg/kg/dia, 7 dies)</p> <p>En cas de nen no vacunat per <i>Haemophilus</i>: amocil·lina-clavulànic (30 mg/kg/8h durant 7 dies)</p> <p>En cas d'al·lèrgia anafilàctica a penicil·lina, azitromicina (10 mg/kg/dia cada 24 hores, 3 dies).</p> <p>En cas d'al·lèrgia no anafilàctica a penicil·lina, cefuroxima axetil (10 mg/Kg/12 h, 7 dies)</p> |
| Pneumònia atípica | <p>Azitromicina (10 mg/kg/dia cada 24 hores, 3 dies).</p> <p>En menors de 5 anys l'etiologia de la pneumònia atípica és fonamentalment vírica i per tant no estaria indicat d'entrada</p> |