



Prescripción de antibióticos asociados a faringoamigdalitis en menores de 14 años

Ojo de Markov número **setenta y seis** - septiembre 2018

Indicadores de adecuación de la prescripción en los procesos infecciosos

Los indicadores de prescripción de antibióticos asociados a un proceso o un diagnóstico de infección, permiten un análisis cualitativo de más fácil interpretación clínica y con mayor capacidad para identificar áreas de mejora. Sin embargo, el grado de exactitud y validez de la información obtenida a través de estos indicadores presenta limitaciones, ya que depende de la calidad de los registros en la historia clínica del paciente y de los diagnósticos.

En la actualidad, los **indicadores de uso de antibióticos** que no están asociados a un proceso se elaboran, de forma habitual, mediante el sistema de Información de Farmacia (Concylia). No obstante, a partir de la descarga de datos de MEDORA de 2017 se ha realizado un análisis de la prescripción de antibióticos en procesos relacionados con la inflamación de garganta, partiendo y adaptando la propuesta del Programa de optimización de uso de antibióticos (PROA) Nacional "**Indicadores de uso de antibióticos en Atención Primaria**".

Recomendaciones de tratamiento de faringoamigdalitis (actualización de la Guía de Pediatría en elaboración)

La mayoría de las faringoamigdalitis son de origen vírico (70-85%) y ocurren en el contexto de un cuadro catarral acompañadas de síntomas virales como congestión nasal, febrícula, tos, disfonía, conjuntivitis, cefalea o mialgia, evolucionando normalmente de manera favorable con tratamiento sintomático.

Los antibióticos sólo son eficaces en las faringitis de causa bacteriana, cuya etiología más frecuente es el estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA) o *S. pyogenes*, bacteria responsable del 15-30% de las faringoamigdalitis en niños mayores de 3 años. En niños más pequeños, la incidencia de faringitis estreptocócica es menor, del 5-10% en niños entre los 2 y 3 años y solo el 3-7% en menores de 2 años.

La prioridad ante un paciente con faringoamigdalitis aguda es determinar si se trata de una infección por EBHGA, ya que fuera de esta etiología la necesidad de tratamiento antimicrobiano es excepcional.

- En España, la sensibilidad a los betalactámicos del estreptococo β -hemolítico del grupo A es universal. Penicilinas sensibles a betalactamasas o amoxicilina: antibióticos de elección.
- Se deben evitar los antibióticos de espectro más amplio que pudieran causar resistencias en otros microorganismos. Macrólidos, solo si alergia a betalactámicos; amoxicilina clavulánico, en faringoamigdalitis estreptocócica recurrente, si ha habido fracaso a tratamientos previos con buena adherencia; cefalosporinas orales de tercera generación, no utilizar.

El diagnóstico de la faringoamigdalitis basado en criterios clínicos tiene una baja sensibilidad y predispone a la sobreutilización de antibióticos. La escala de predicción clínica Centor ayuda a identificar pacientes con mayor probabilidad de infección por EBHGA. Cuando en la escala Centor se alcanzan los 3-4 puntos, se recomienda realizar una TDR (Técnica de Diagnóstico Rápido) y valorar el beneficio de tratamiento antimicrobiano solo en caso de confirmación. La presencia de síntomas virales, aunque la puntuación en la escala Centor sea >2 , anula la indicación de realizar pruebas microbiológicas.

Indicadores de faringoamigdalitis en Sacyl

En 2017 se han identificado en MEDORA 179.443 procesos que tienen asociada la prescripción de un antibiótico (J01) en 114.449 pacientes menores de 14 años. El 72% han sido prescritos por un pediatra y el 28% por otros médicos.

A partir de la muestra inicial (179.443), se ha realizado una selección de los procesos en cuyo diagnóstico se mencionaba la inflamación de la faringe como síntoma. En la tabla se recogen estos procesos con su codificación CIE-9. Se han incluido los utilizados con más frecuencia en MEDORA (fondo azul) aunque la relación de códigos propuesta en el PROA nacional (fondo verde) solo incluyera tres códigos. En naranja se ha señalado el proceso de rino-faringitis aguda que lleva asociado un diagnóstico de catarro.

CIE-9	Descripción CIE	Total
463	Amigdalitis Aguda	34.348
465.8	Infección de vía aérea superior aguda Otra	18.300
462	Faringitis aguda	13.747
460	Rino-faringitis Aguda/Catarro	7.376
465.9	Infección de vía aérea superior aguda NEOM	5.913
34	Angina por estreptococo	1.013
34.1	Fiebre escarlatina	972
465	Larigo-faringitis aguda	507

Con estos criterios se han identificado un total de 82.176 (el 45% del total de procesos de 2017), en 65.052 pacientes menores de 14 años. Esto significa que un grupo de pacientes ha recibido más de un tratamiento antibiótico. El 69% ha sido prescrito por pediatras y el 31% por otros médicos.

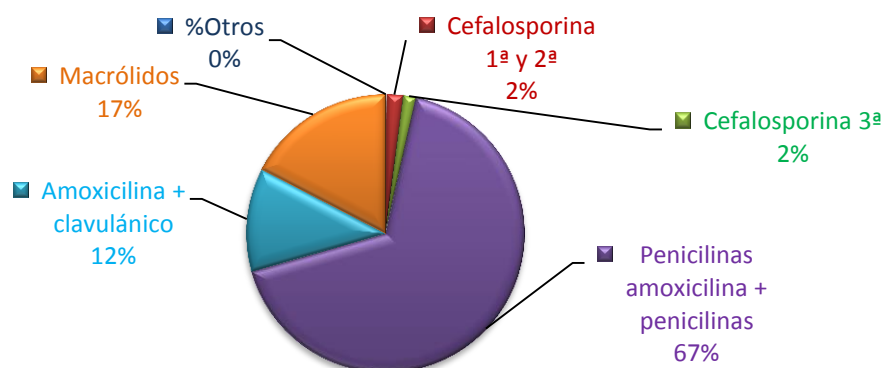
A diferencia de la propuesta de PROA, que utiliza pacientes como unidad de análisis, estos indicadores se han construido como el "porcentaje de prescripción de un grupo de antibióticos respecto del total de antibióticos prescritos", en los grupos CIE seleccionados (ver tabla anterior).

En la muestra se diferencian dos grupos:

- El primer grupo formado por las 7.376 prescripciones de antibiótico (9% del total) asociadas a un código de rino-faringitis que se corresponde con un diagnóstico de "catarro" y que no debería tratarse con un antibiótico por el origen vírico del proceso. Este porcentaje es un poco superior en los "No pediatras" (10%) frente a los pediatras (6%).
- El otro grupo con 74.801 prescripciones asociadas al resto de códigos de "*faringoamigdalitis*". La distribución en el porcentaje de prescripción de cada grupo de antibiótico se recoge en la figura.

Prescripción de antibióticos en procesos de faringoamigdalitis - Sacyl 2017 (MEDORA)

CIE: 034-462-463-465/0/8/9 (n=74.801)



Sólo el 67% de los procesos de faringoamigdalitis se tratan con los antibióticos recomendados. Resultan muy altos los porcentajes de prescripción de macrólidos (17,5%) y de amoxicilina_clavulánico (12%), cuando tienen una recomendación como alternativa en situaciones muy concretas. Las cefalosporinas de tercera generación no deberían usarse en esta indicación.

% GRUPO ANTIBIÓTICOS	Faringo-amigdalitis n= 74801		Catarro n=7375	
	No Peditras n=22889	Peditras n=51911	No Peditras n=2430	Peditras
PENICILINAS (amoxi+penic sens)	57,7	71,2	48,2	55,7
AMOXICILINA CON AC. CLAVULÁNICO	18,7	8,8	13,3	8,1
MACRÓLIDOS	19,4	16,8	33,5	33,1
CEFALOSPORINAS 1ª Y 2ª	2,4	1,6	2,6	0,8
CEFALOSPORINAS 3ª	1,7	1,4	1,8	1,1
OTROS	0,1	0,17	0,6	1,1

- Se detectan diferencias importantes entre peditras y No peditras, como se resume en la tabla.

Del análisis de los pacientes que reciben en un año más de un tratamiento antibiótico asociado al proceso de faringoamigdalitis, se pueden obtener los siguientes resultados:

- En el 80% de los 3.153 pacientes que habían sido tratados inicialmente con un macrólido, se prescribió en un segundo proceso un antibiótico betalactámico, de lo que se deduce que la alergia a betalactámicos no era el motivo de la prescripción inicial de macrólidos.
- 1.687 pacientes recibieron dos ciclos de antibióticos en un intervalo de menos de 15 días, en los que se podría suponer un fallo en el tratamiento inicial. 240 pacientes fueron tratados con amoxicilina/clavulánico después de un primer tratamiento con amoxicilina o penicilinas. Es decir, un 14% del total de las prescripciones de antibióticos en este grupo se corresponde con un uso de amoxicilina-clavulánico que no contradice las recomendaciones de la guía cuando ha existido un fallo de las penicilinas. No se justifica el uso de amoxicilina clavulánico como tratamiento de elección.

Comportamiento de estos indicadores en los cupos de pediatría de Sacyl

Cuando generamos estos indicadores para cada cupo de pediatría, podemos encontrar cuál es la variabilidad entre los peditras de Sacyl. En la tabla se recoge la distribución de cada indicador por percentiles. El percentil 50 o mediana (con fondo azul) debe interpretarse como que la mitad de los cupos de pediatría tienen un valor inferior o superior al valor del indicador y se considera una referencia del comportamiento medio. Los valores que están por encima de esta referencia, si se acercan al valor objetivo o a la tendencia recomendada se marcan con fondo verde y, cuando se alejan, con fondo naranja.

percentiles	% PENICILINAS	% MACRÓL	% AMOX_CLAV	% CEFAS 3
p 10	55,94%	4,18%	3,00%	0,00%
p 25	64,46%	7,46%	4,79%	0,00%
p 50	75,11%	12,50%	8,05%	0,33%
p 75	83,33%	19,69%	12,39%	1,03%
p 90	89,19%	28,32%	17,01%	2,28%

Llama la atención que en el 25% de los cupos de pediatría, la utilización de macrólidos supera el 19% y la de amoxicilina clavulánico, el 12%. También se identifica un grupo cuya prescripción de cefalosporinas de tercera generación es superior al 2%.

Conclusiones

1. En el diseño de indicadores de prescripción de antibióticos ligados a un proceso, es necesario revisar y acordar los códigos incluidos en cada definición del caso o proceso.
2. Los procesos en cuyo diagnóstico se mencionaba la inflamación de la faringe como síntoma, son más del 45% de los que originan una prescripción de antibióticos.
3. Al menos un 10% de estos procesos no deberían ser tratados con antibiótico.
4. Se estima que al menos el 80% de las prescripciones de macrólidos no se justifica por alergia a betalactámicos. Puede estar sobre-utilizándose porque presentan posologías más cómodas y más cortas, de hecho la azitromicina es el segundo principio activo más prescrito (el 17% del total de antibióticos).
5. Amoxicilina-clavulánico no es tratamiento de primera elección para la FAA estreptocócica, pues el EBHGA no es productor de betalactamasas y se trata de un antibiótico de amplio espectro que podría derivar en selección de cepas resistentes de otras bacterias de la flora nasofaríngea.
6. Existen importantes diferencias entre pediatras y médicos "No pediatras". Las actividades de formación no deben olvidarse de estos últimos.
7. Existe un 25% de cupos de pediatría cuyos indicadores de selección de antibióticos en el tratamiento de la faringoamigdalitis se aleja de los estándares de uso adecuado.
8. La utilización de las **Técnicas de Diagnóstico Rápido** para la faringoamigdalitis aguda estreptocócica, reduciría el uso inadecuado de antibióticos.

Autora: Alejandra García Ortiz

Revisoras: Judit Ceruelo Bermejo y M^a del Mar Álvarez García

Fuente de datos: MEDORA. Pilar Lorenzo Lobato

Maquetación, imágenes y revisión de texto: Beatriz T. Jiménez Arribas