

## Sumario

### ■ EDITORIAL

#### ■ FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

- Etiología
- Diagnóstico
- Pruebas diagnósticas
- Tratamiento
  - Tratamiento antibiótico
  - Elección del tratamiento antibiótico
  - Otros tratamientos
- Conclusiones

#### ■ ¿ES NECESARIO EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LA BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA?

## Editorial

**R**ecientemente se han publicado datos de consumo extrahospitalario de antibióticos por habitante de los 15 países de la Unión Europea. Las ventas de antibióticos varían en más de 4 veces de unos países a otros. Francia, España, Portugal y Bélgica son los que presentan las cifras más altas, mientras en la cola se encuentran Holanda, Dinamarca, Suecia y Alemania.

Es poco probable que esta gran variación sea debida a diferencias en la frecuencia de infecciones bacterianas. Estos datos deberían estudiarse con más profundidad, pero es evidente que en muchos países se deberían utilizar los antibióticos de forma más racional, disminuyendo su consumo y evitando el uso innecesario de antibióticos de amplio espectro.

En este número se tratan dos patologías muy frecuentes en Atención Primaria y en las que muchas veces se utiliza tratamiento antibiótico a pesar de no ser necesario: faringoamigdalitis aguda y bronquitis aguda. En la CAPV casi el 45% de las faringoamigdalitis agudas se tratan con antibióticos distintos a penicilina o amoxicilina (fundamentalmente con amoxicilina-clavulánico). En niños, aproximadamente en un 14% de los casos se opta por una cefalosporina de 2ª ó 3ª generación, en un 13% por amoxicilina-clavulánico y en un 10% por un macrólido. En el caso de las bronquitis agudas en nuestra comunidad el 90% se tratan con antibióticos.

**O**rain dela gutxi argitaratu dira Europar Batasuneko hamabost herrialdeetako antibiotikoen pertsonako kontsumo anbulatorioen datuak. Herrialde horietan, antibiotikoak 4 bider gehiago saltzen dira herri batzuetan beste batzuetan baino. Salmenta handienak Frantzia, Espainia, Portugal eta Belgikak dituzte; salmenta baxuenak, berriz, Holanda, Danimarka, Suedia eta Alemaniak.

Antza denez, antibiotikoen kontsumo-desberdintasun hori ez da gertatzen infekzio bakterianoa gehiago gertatzen delako herrialde batzuetan besteetan baino. Datu horiek sakonago ikertu beharko lirakeke, baina argi dago herrialde askotan antibiotikoak arrazionaltasun handiagoz erabili behar direla, euren kontsumoa gutxituz eta espektro zabaleko antibiotikoak ekidinez beharrezko ez denean.

INFAC honetan bi patologia tratatzen dira, biak agertzen dira oso maiz Lehen Mailako Atentzioran eta bietarako erabiltzen da antibiotikoa, beharrezkoa ez izan arren: faringoamigdalitis akutua eta bronquitis akutua dira. EAEn, faringoamigdalitis akutuen ea %45a penizilina edo amoxicilina ez diren antibiotikoekin tratatzen dira (batez ere amoxicilina-klabulanikoarekin). Haurrei dagokierik, kasuen %14an bigarren edo hirugarren belaunaldiko zefalosporinak erabiltzen dira, %13an amoxicilina-klabulanikoa, eta %10ean makrolido bat. Bestalde, EAEn, bronquitis akutuen %90a antibiotikoekin tratatzen da.

## FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

### Etiología

La mayoría de los casos de faringoamigdalitis son de etiología vírica (adenovirus, virus parainfluenza y rinovirus) por lo que no necesitan tratamiento antibiótico (1). **El estreptococo del grupo A (*Streptococcus pyogenes*) es el agente etiológico más frecuente de las faringoamigdalitis agudas bacterianas** (15-30% de los casos en niños y 5 - 10% en los adultos). **Es la única indicación de tratamiento antibiótico** (2,3).

*La mayoría de los casos de faringoamigdalitis son de etiología vírica por lo que no necesitan antibióticos.*

### Diagnóstico (2,4)

Ante un paciente con faringoamigdalitis la primera decisión clínica consiste en distinguir una faringoamigdalitis estreptocócica de una vírica. Los siguientes aspectos clínicos pueden ayudar a establecer el diagnóstico diferencial:

	VÍRICA	ESTREPTOCÓCICA
Edad	< 3 años y adultos	Entre 3 y 15 años
Fiebre	Febrícula	Alta
Síntomas	Anorexia, resfriado, rinorrea, hiperemia conjuntival, tos, afonía, diarrea	Dolor de garganta de inicio brusco, odinofagia, cefalea vómitos, dolor abdominal.
Exudado amigdalár	En membranas o punteado	En placas
Adenopatías	Pequeñas (salvo virus de Epstein-Barr y citomegalovirus)	Adenitis intensa
Otros hallazgos	Vesículas y úlceras	Petequias en paladar, hiperemia intensa

Ninguno de estos hallazgos es específico para la faringoamigdalitis por estreptococo por lo que es recomendable establecer un diagnóstico de certeza antes de iniciar el tratamiento antibiótico.

### Pruebas diagnósticas

El cultivo del exudado faríngeo es la prueba de referencia para diagnosticar la faringoamigdalitis por estreptococo del grupo A. Sólo debe realizarse a pacientes con sospecha clínica y epidemiológica, y

no está indicado realizar cultivo en pacientes asintomáticos tras el tratamiento antibiótico. La toma de cultivo debe realizarse en la superficie de ambas amígdalas y de la parte posterior de la faringe. Se debe evitar tocar otras zonas de la orofaringe o boca (2).

En Atención Primaria esta prueba no siempre es accesible, por lo que se podría valorar la realización de pruebas rápidas de detección de antígeno. La mayoría de estas pruebas rápidas tiene una especificidad alta, pero la sensibilidad suele ser del 80-90% o inferior, por lo que un resultado negativo no descarta la presencia de infección (2,3,4). Por esta razón **la prueba rápida de detección de antígeno no se recomienda como prueba rutinaria** (1).

### Tratamiento

Inicialmente la faringoamigdalitis aguda solamente precisa **tratamiento sintomático**, siendo éste el único indicado para la faringoamigdalitis no estreptocócica (1):

- Ingesta adecuada de líquidos
- Antipiréticos: paracetamol o ibuprofeno
- Gargarismos con agua salada.
- No están indicados los antisépticos bucales puesto que pueden incrementar las resistencias bacterianas.

### TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Solamente está indicado para las faringoamigdalitis por estreptococo del grupo A. Los objetivos del tratamiento antibiótico son:

- **Prevenir la fiebre reumática.** En ensayos clínicos frente a placebo, los antibióticos han mostrado reducir esta complicación a menos de un tercio, sin embargo la mayoría de los ensayos se realizaron en los años 50 cuando la incidencia de fiebre reumática era muy superior a la actual. Actualmente la incidencia es tan baja que sería necesario tratar a un número muy elevado de pacientes para prevenir un caso de fiebre reumática lo cual hace que el riesgo derivado del uso generalizado de antibióticos pueda superar el beneficio (5). Retrasar el inicio del tratamiento incluso 9 días desde la aparición de los síntomas ha demostrado también la prevención de la fiebre reumática (1,3).

- Prevenir la glomerulonefritis. No hay evidencia clara de que el tratamiento antibiótico sea eficaz en la prevención de glomerulonefritis aguda (5).
- Prevenir las complicaciones supurativas (abscesos periamigdalares o retrofaringeos, linfadenitis cervical, mastoiditis, sinusitis y otitis media). En los ensayos realizados en los años 50 los antibióticos mostraron reducir la incidencia de otitis media y de sinusitis a la cuarta parte y a la mitad respectivamente. Sin embargo en la actualidad el riesgo de complicaciones es bajo por lo que el beneficio absoluto puede estar sobreestimado. Así, y suponiendo un riesgo de desarrollar otitis media del 0,7% se necesitaría tratar 200 pacientes para prevenir un solo caso (5).
- Disminuir la infectividad de modo que el paciente pueda volver al colegio o al trabajo (3).
- Acortar el curso clínico de la enfermedad. La faringoamigdalitis estreptocócica generalmente es un proceso auto-limitado y los síntomas mejoran en 3-4 días, incluso sin tratamiento (2,3). El 85% de los pacientes no tienen síntomas en una semana. El beneficio absoluto de los antibióticos en cuanto a la duración de los síntomas es muy escaso ya que el curso clínico de la enfermedad se acorta menos de un día (5).

### ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

- La **penicilina** por su probada eficacia, limitado espectro, seguridad y bajo coste sigue siendo el antibiótico de elección en la faringoamigdalitis estreptocócica. **No se ha aislado ningún estreptococo del grupo A resistente a la penicilina en todo el mundo (2).**
- Recientemente se ha publicado un metaanálisis de 6 ensayos clínicos que han comparado penicilina V o amoxicilina administradas 1 ó 2 veces al día durante 10 días, frente a pautas tradicionales de 3 ó 4 dosis diarias de los mismos antibióticos, también durante 10 días. Los autores concluyen que **los porcentajes de curación bacteriológica son similares con pautas de 2 dosis al día de penicilina V (500 mg/12 horas o en niños 250 mg/12 horas), que con 3 ó 4 dosis diarias. Una dosis al día de penicilina es menos eficaz que las pautas clásicas (7).**

*La penicilina sigue siendo el antibiótico de elección en la faringoamigdalitis estreptocócica.*

- La utilización de amoxicilina se ha generalizado bastante, posiblemente porque existe mayor variedad de presentaciones farmacéuticas y por el sabor más agradable de las suspensiones pediátricas. Además la amoxicilina se puede administrar con alimentos. Sin embargo hay que tener en cuenta el riesgo de exantema cutáneo en casos de mononucleosis infecciosa y que tiene un espectro innecesariamente más amplio que el de la penicilina (6). Se han realizado estudios con amoxicilina en toma única diaria, pero sin resultados concluyentes, por el momento, ya que no se ha establecido su eficacia en la prevención de complicaciones supurativas y no supurativas (8). Si esto se confirma, podría considerarse una alternativa simple y económica a la penicilina.
- En cuanto a la duración del tratamiento, los ensayos clínicos realizados tanto con penicilina V como con amoxicilina concluyen que **con pautas más cortas que los 10 días** de las pautas tradicionales (7 días para la penicilina V, y 6 para amoxicilina), **la erradicación del germen es menor** e incluso puede haber más recurrencias bacteriológicas y clínicas (6).
- En pacientes alérgicos a penicilina, y teniendo en cuenta las resistencias a macrólidos en nuestro medio, se debe utilizar acetilmidecamicina o josamicina (9).

FÁRMACO	POSOLOGÍA	DURACIÓN
<b>Penicilina V oral</b> (PENILEVEL®)	Niños: 250mg/12h Adultos: 500mg/12h	10 días
<b>Amoxicilina</b> (AMOXICILINA E.F.G.)	Niños: 50mg/Kg/8h Adultos: 500mg/8h	10 días
Pacientes alérgicos a penicilina <b>Acetilmidecamicina</b> (MOMICINE®, MYOXAM®, NORMICINA®)	Niños: 10-25mg/Kg/12h Adultos: 600mg/12h	
<b>Josamicina</b> (JOSAMINA®)	Niños: 15-25mg/Kg/12h Adultos: 500mg-1g/12h	10 días
Pacientes no cumplidores: <b>Penicilina G benzatina im</b> (BENZETACIL®, CEPACILINA®)	< 27 kg: 600.000 UI > 27 kg: 1.200.000 UI	1 dosis

- En niños se podría usar penicilina G benzatina-procaína como alternativa a la penicilina G benzatina a dosis de 300.000 UI de penicilina G procaína y 600.000 UI de penicilina G benzatina.

## OTROS TRATAMIENTOS

- Amoxicilina-clavulánico está indicado en recaídas pero no como tratamiento de primera elección, ya que no existen cepas de estreptococo A resistentes a penicilina, por lo que es innecesario asociar ácido clavulánico.
- Es posible que la búsqueda de pautas de administración más cómodas haya contribuido a desplazar la prescripción hacia antibióticos que no son de elección. Así antibióticos como azitromicina, cefuroxima, cefixima o cefpodoxima han mostrado tasas de erradicación en 5 días similares a penicilina durante 10 días, pero los efectos en el patrón de resistencias antimicrobianas y su coste no los hacen recomendables (3).

Por otra parte, la resistencia de los estreptococos a los macrólidos se desarrolla rápidamente con su uso generalizado, lo cual no ocurre con penicilina (3). La resistencia de estreptococo del grupo A a macrólidos en nuestro medio está en torno al 12-18%.

Recientemente se ha comercializado claritromicina en dosis única diaria durante 6 días para el tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. El ensayo mostrado para aprobar esta indicación es un estudio

que compara el tratamiento de faringoamigdalitis estreptocócica en adultos con claritromicina 500 mg/24 h durante 5 días y el tratamiento convencional de 10 días con penicilina V. El ensayo presenta importantes deficiencias metodológicas, es abierto y excluye las cepas resistentes a claritromicina (10% en el grupo de claritromicina y 0% en el grupo de penicilina) y además no demuestra diferencias significativas en cuanto a porcentajes de curación y tasas de recurrencia (10).

Por todas estas razones **macrólidos, cefalosporinas y amoxicilina-clavulánico no están recomendados para el tratamiento de faringoamigdalitis aguda.**

## CONCLUSIONES

- La mayoría de los casos de faringoamigdalitis son de etiología vírica, sobre todo en adultos, por lo que no necesitan tratamiento antibiótico.
- En nuestro medio los antibióticos tienen un beneficio modesto tanto en la reducción de síntomas como de complicaciones supurativas y no supurativas de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica.
- El antibiótico de elección es penicilina V.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guideline for the diagnosis and treatment of acute pharyngitis. Alberta Clinical Practice. En [http://www.amda.ab.ca/cpg/catalogue/documents/infectious\\_diseases/pharyngitis/pharyngitis\\_guideline.html](http://www.amda.ab.ca/cpg/catalogue/documents/infectious_diseases/pharyngitis/pharyngitis_guideline.html).
2. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practice guideline. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 1997;25(3):574-83.
3. Bisno AL. Acute pharyngitis. N Engl J Med 2001;344(3):205-11.
4. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young. Pediatrics 1995; 96(4):758-764.
5. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
6. Rodriguez D, Danés I. Nuevas pautas de antibioterapia en la faringoamigdalitis aguda. Med Clin (Barc) 2001;117:115-6.
7. Lan AJ, Colford JM. The impact of dosing frequency on the efficacy of 10-day penicillin or amoxicillin therapy for streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics 2000;105(E-2):1-8.
8. Feder HM Jr, Gerber MA, Randolph MF, Stelmach PS, Kaplan EL. Once-daily therapy for streptococcal pharyngitis with amoxicillin. Pediatrics 1999; 103:47-51.
9. Rotaeche R, Vicente D, Etxeberria A, Mozo C, Larrañaga M, Valverde E et al. Evaluación de la variabilidad e idoneidad en la prescripción de antimicrobianos en atención primaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Recomendaciones de uso apropiado. Informe Osteba D-00-09, proyecto de Investigación Comisionada, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2000.
10. Portier H. Evaluation of a 5 day course therapy with clarithromycin once-a-day vs. Penicilin V in group A streptococcal pharyngotonsillitis in adults. European Congress of Chemotherapy. May 2000. Madrid. Spain. Abstract.

Fecha revisión bibliográfica, julio 2001

## ¿ES NECESARIO EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LA BRONQUITIS AGUDA NO COMPLICADA?

La bronquitis aguda es una infección del tracto respiratorio en la que la tos, con o sin expectoración, es el signo predominante. Es una patología muy frecuente en Atención Primaria, en la que la prescripción de tratamiento antibiótico ha suscitado mucha controversia debido a que más del 90% de los casos son de origen vírico (1,2). Hemos revisado las últimas publicaciones para ver cuáles son las recomendaciones.

- Desde 1993 se vienen publicando diversos metaanálisis, el último realizado por la Colaboración Cochrane en su actualización de marzo de 2000. Se trata de una revisión sistemática de once ensayos clínicos que comparan el uso de antibióticos frente a placebo para la bronquitis aguda en pacientes sin enfermedad pulmonar de base,

*No se recomienda  
antibiótico de  
rutina en  
bronquitis aguda  
no complicada.*

fumadores y no fumadores y con edades comprendidas entre 8 y 65 años. Los autores concluyen que **los antibióticos parecen tener un modesto beneficio, pero que la magnitud de este beneficio es similar al riesgo de efectos adversos potenciales**. Además algunos beneficios pueden ser clínicamente insignificantes como la disminución en menos de un día de la duración media de la tos (3).

- El American College of Physicians-American Society of Internal Medicine ha revisado los últimos ensayos clínicos y metaanálisis y concluye que **no se recomienda el tratamiento antibiótico de rutina en bronquitis aguda no complicada, independientemente de la duración de la tos**". También sugieren que la presencia de esputo purulento no significa necesariamente presencia de infección bacteriana y necesidad de tratamiento antibiótico. Recomiendan además que se informe al paciente del riesgo del uso innecesario de antibióticos y la falta de beneficios del tratamiento antibiótico de la bronquitis aguda no complicada (2).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Snow V, Mottur-Pilson C, Gonzales R. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. *Ann Intern Med* 2001;134(6):518-20.
2. Gonzales R, Bartlett JG, Besser RE, Cooper RJ, Hickner JM, Hoffman JR, Sande MA. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of uncomplicated acute bronchitis: background. *Ann Intern Med* 2001;134(6):521-9.
3. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. (Cochrane Review) In *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

**Fecha revisión bibliográfica, julio 2001**

**Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a:** zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

**Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción:** José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáriz, Maitte Callén, Arribu Etxebarria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Oloquegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde, Javier Urraca.

ISSN: 1575054-X  
D.L.: BI-587-99



**Osakidetza**  
**Servicio vasco de salud**



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD