



Jueves, 5 de febrero de 2015
Mesa redonda:
Patología infecciosa: actualizando el día a día

Moderadora:

María Rosa Albañil Ballesteros

Pediatra. CS Cuzco. Fuenlabrada, Madrid.

- **Tratamiento empírico de infecciones prevalentes en Atención Primaria**
Cristina Calvo Rey
Pediatra. Unidad de Infectología y Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid.
 - **Abordaje del niño con fiebre sin foco**
Jesús Ruiz Contreras
Jefe de Servicio de Pediatría. Unidad de Inmunodeficiencias. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- María Rosa Albañil Ballesteros**
Pediatra. CS Cuzco. Fuenlabrada, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Albañil Ballesteros MR. Tratamiento empírico de infecciones prevalentes en Atención Primaria. Introducción. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 17-20.

Patología infecciosa: actualizando el día a día. Introducción

María Rosa Albañil Ballesteros

Pediatra. CS Cuzco. Fuenlabrada, Madrid.

mralba100@hotmail.com

Diariamente atendemos en nuestras consultas un número importante de procesos infecciosos. La mayoría son autolimitados y de etiología viral^{1,2} pero ante un paciente concreto puede ser difícil: 1º. Identificar el origen viral o bacteriano del mismo, y en consecuencia evaluar la utilidad o no de prescribir tratamiento antibiótico y la pauta de empleo más correcta del mismo y 2º. Identificar el pequeño porcentaje de los que pueden corresponder a infecciones bacterianas graves (IBG) y beneficiarse de un abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado y precoz.

En esta mesa redonda se abordarán dos temas con la intención de revisar y actualizar estas cuestiones:

- Tratamiento empírico de las infecciones prevalentes en Atención Primaria.
- Abordaje del niño con fiebre sin foco.

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LAS INFECCIONES PREVALENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

La utilización de antibióticos supone, además de sus posibles efectos adversos o secundarios, un impacto sobre la flora bacteriana, patógena y colonizadora, del organismo al que se administran, seleccionando el crecimiento de cepas resistentes³ e induciendo la adquisición de resistencias a su acción por parte de bacterias inicialmente sensibles.

La mayoría de antibióticos (90%) se prescriben en Atención Primaria (AP) y el grupo de niños de cero a cuatro años de edad, junto con el de mayores de ochenta y cinco años, es el grupo poblacional con mayor consumo, con una prevalencia de pacientes expuestos a tratamiento antibiótico en un año de hasta el 58,8%⁴, asociándose además una mayor utilización de antibióticos (perfil cuantitativo) con una mayor inadecuación de los mismos (perfil cualitativo).

La responsabilidad del pediatra reside en realizar una prescripción prudente⁵ de antibióticos buscando el máximo efecto terapéutico minimizando los efectos adversos y la inducción de resistencias. Para ello, ante un proceso infeccioso hay que evaluar la posibilidad de que se trate de un proceso bacteriano, valorar beneficios y riesgos de la decisión terapéutica y elegir, en su caso, el antibiótico apropiado a la dosis adecuada y durante el tiempo más breve para conseguir su resolución.

Contribuyen a este objetivo:

Utilizar los métodos diagnósticos disponibles para identificar infecciones bacterianas y conocer la sensibilidad de los gérmenes responsables.

Para los casos en que no es posible disponer de métodos diagnósticos, o sus resultados, antes de realizar la prescripción, hay que establecer las bases para un tratamiento empírico racional teniendo en cuenta la etiología de los procesos, es decir, los gérmenes más frecuentemente responsables y la resistencia o sensibilidad a antibióticos que presentan, teniendo en cuenta que estos datos pueden variar entre distintas zonas y en distintas poblaciones^{6,7}.

Los objetivos de la presentación son:

1. Revisar la etiología más frecuente de las infecciones prevalentes en AP: faringoamigdalitis aguda (FAA), otitis media aguda (OMA), sinusitis, neumonía, infección cutánea e infección urinaria (ITU).
2. Conocer las resistencias a antibióticos actuales en nuestro medio de las bacterias causantes de dichas infecciones.

3. Basándonos en los dos puntos anteriores, elegir el tratamiento empírico más adecuado para cada una de ellas.

ABORDAJE DEL NIÑO CON FIEBRE SIN FOCO

Se define como fiebre sin foco una temperatura rectal superior a 38° para la que no se encuentra foco después de una historia y exploración física completas y de menos de 72 horas de evolución, no siendo precisa su comprobación en la consulta. Es motivo de consulta en AP y servicios de urgencia pediátricos entre 10,5% y un 20%^{8,9}. Aunque la mayoría de los procesos febriles en menores de 36 meses están producidos por enfermedades virales autolimitadas, un pequeño porcentaje de las mismas puede corresponder a infecciones bacterianas graves (IBG) tales como bacteriemia, meningitis, neumonía o ITU que es la más frecuente⁸. Identificar qué pacientes entre los que refieren fiebre como único motivo de consulta, pueden estar afectados por una de estas enfermedades es un reto diario para el pediatra cuyos objetivos ante esta situación son básicamente dos:

- Identificar que niños están afectados por un proceso grave, potencialmente letal, fundamentalmente IBG/sepsis.
- Identificar que niños están afectados por un proceso susceptible de beneficiarse con la instauración de un tratamiento.

Para ello es preciso conocer la frecuencia, etiología y epidemiología de la IBG que puede variar en función de las características del paciente y de la población.

A menor edad hay una más alta frecuencia de infección bacteriana. Los niños menores de 3 meses y en particular los menores de 1 mes constituyen un grupo con características especiales por presentar una relativa inmunodepresión y no haber recibido ninguna o a lo sumo una dosis de vacunas antibacterianas. Los gérmenes responsables son distintos, teniendo que considerar, sobre todo en los más pequeños los gérmenes del periodo neonatal^{10,11} y la valoración clínica es más difícil por presentar una menor especificidad en síntomas y signos.

Respecto al estado vacunal la introducción de la vacuna contra el *Haemophilus influenzae* supuso la reducción de enfermedad invasiva por este germen en un 99% en menores de 5 años. Tras la introducción de la vacuna 7 valente frente a neumococo la meningitis neumocócica descendió un 64% en menores de 2 años¹². En Madrid, el estudio Heracles nos ha permitido conocer los efectos de la introducción y posterior retirada de la vacuna 13 valente¹³. Aunque la vacunación de la población también disminuye la incidencia en no vacunados hay que considerar siempre el estado vacunal del niño febril.

La implantación generalizada de la detección de embarazadas portadoras de estreptococo beta-hemolítico del grupo B seguido de profilaxis antibiótica también ha modificado la prevalencia de este germen como responsable de IBG en menores de 3 meses^{10,11}.

Del conjunto de datos de la historia, exploración¹⁴ y, en su caso, pruebas complementarias^{8,9,15} debe determinarse el mayor o menor riesgo que tiene un paciente concreto de presentar IBG, por tanto y aunque estas cuestiones están en continua revisión¹⁶, hay que conocer e identificar en la historia y la exploración los datos de alarma y saber que la utilidad de las pruebas complementarias, de disponibilidad limitada en AP, depende del momento y las circunstancias en que se realicen para determinar el mayor o menor riesgo que tiene un paciente concreto de presentar IBG.

También debemos conocer en qué circunstancias está indicado la prescripción de tratamiento, así como cuando está indicado el inicio inmediato del mismo y los criterios de derivación⁸.

Cuando se decide el alta al domicilio, bien desde AP o el hospital, los padres deben recibir instrucciones concretas sobre qué deben vigilar en el niño¹⁷.

El objetivo general de la presentación es identificar que pacientes con fiebre sin foco tienen riesgo de presentar IBG y cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica más adecuada para ello:

- Definir los datos de la historia y la exploración física que alertan sobre la posible existencia de IBG.
- Evaluar la utilidad de las diferentes pruebas complementarias.
- Establecer los criterios de derivación hospitalaria.
- Definir en qué circunstancias debe indicarse tratamiento inmediato, teniendo en cuenta que las consultas de AP no disponen de los mismos medios diagnósticos y terapéuticos ni de la misma accesibilidad a centros hospitalarios por lo que las posibilidades de actuación no son las mismas.

Se hará mención especial a la bacteriemia meningocócica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kronman M, Chuan Zhou Ch, Mangione-Smith R. Bacterial prevalence and antimicrobial prescribing trends for acute respiratory tract infections. *Pediatrics*. 2014;134:e956-65.
2. Malo S, Bjerrum L, Feja C, Lallana MJ, Poncel A, Rabanaque MJ. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.07.016>. [Epub ahead of print].
3. Martínez-Martínez L, Calvo J. Desarrollo de las resistencias a los antibióticos: causas, consecuencias y su importancia para la salud pública. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28 Supl 4:4-9.
4. Serna C, 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. Llor C ¿Puede mejorar el consumo de antimicrobianos en los pacientes ambulatorios de nuestro país? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32:409-11.

6. Hernández-Merino A. Uso prudente de antibióticos: propuestas de mejora desde la pediatría comunitaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28 Supl 4: 23-7.
7. Lalana-Josa P, Laclaustra-Mendizábal B, Aza-Pascual-Salcedo MM, Carcas-de-Benavides C, Lallana-Álvarez MJ, Pina-Gadea MB ¿Mejora la prescripción antibiótica en pediatras tras una intervención multidisciplinar? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2014.05.017>. [Epub ahead of print].
8. Baraff LJ. Management of infants and young children with fever without source. *Pediatr Ann*. 2008;37:673-9.
9. Arora R, Mahajan P. Evaluation of child with fever without source review of literature and update. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60:1049-62.
10. Greenhow TL, Hung YY, Herz AM. Changing epidemiology of bacteremia in infants aged 1 week to 3 months. *Pediatrics*. 2012;129:e590-6.
11. Biondi E, Evans R, Mischler M, Bendel-Stenzel M, Horstmann S, Lee V, et al. Epidemiology of bacteremia in febrile infants in the United States. *Pediatrics*. 2013;132:990-6.
12. Jhaveri R, Byington CL, Klein JO, Shapiro ED. Management of the non-toxic-appearing acutely febrile child: a 21st century approach. *J Pediatr*. 2011;159: 181-5.
13. Picazo J, Ruiz-Contreras J, Casado-Flores J, Negreira S, García-de-Miguel MJ, Hernández-Sampelayo T, et al; HERACLES Study Group. Expansion of serotype coverage in the universal pediatric vaccination calendar: short-term effects on age- and serotype-dependent incidence of invasive pneumococcal clinical presentations in Madrid, Spain. *Clin Vaccine Immunol*. 2013;20:1524-30.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Feverish illness in children: Assessment and initial management in children younger than 5 years. NICE clinical guideline 160. Manchester: NICE; 2013. [Fecha de acceso 16 dic 2014]. Disponible en <http://guidance.nice.org.uk/CG160>
15. Benito Fernández J. Aportación de los reactantes de fase aguda y los test de diagnóstico rápido en la orientación del niño con fiebre sin focalidad aparente. En: AEPap, ed. *Curso de Actualización Pediatría 2009*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 81-6. [Fecha de acceso 16 dic 2014]. Disponible en http://www.aepap.org/sites/default/files/reactantes_fase_aguda.pdf
16. De S, Williams GJ, Hayen A, Macaskill P, McCaskill M, Isaacs D, Craig JC. Value of white cell count in predicting serious bacterial infection in febrile children under 5 years of age. *Arch Dis Child*. 2014; 99(6):493-9.
17. Fiebre. Hojas informativas para padres. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. [Fecha de acceso 22 dic 2014]. Disponible en http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/fiebre.pdf