

Conclusiones

J. Arístegui

Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.

(An Esp Pediatr 2002; 56 [supl 1]: 65)

Como conclusiones fundamentales de la reunión destacan, en primer lugar, que la infección respiratoria aguda es la causa más importante de consulta extrahospitalaria en pediatría y la que mayor dispensación antibiótica genera, aunque más del 50% de los casos son de etiología viral y, por lo tanto, no susceptibles de tratamiento antibiótico. En la práctica clínica la antibioticoterapia es empírica y los patógenos respiratorios implicados susceptibles de ser tratados con antibióticos son básicamente tres: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pyogenes*. En España, *Moraxella catarrhalis* es un agente escasamente incidente.

El patrón de sensibilidad antibiótica de los patógenos respiratorios anteriormente mencionados ha permanecido más o menos estabilizado durante los últimos años en el grupo de pacientes pediátricos. En el caso de *S. pneumoniae*, aproximadamente el 50-60% de las cepas presentan resistencia de grado variable a la penicilina y el 35% son resistentes a macrólidos. Respecto a *S. pyogenes*, el 20% son resistentes a eritromicina, siendo uniformemente sensibles a la penicilina; para *H. influenzae*, el 25% de las cepas producen betalactamasas que inactivan a las aminopenicilinas, cifra que asciende al 90% en el caso de *M. catarrhalis*. No todos los antibióticos generan el mismo grado de resistencias antibióticas en la comunidad. Las tasas actuales de sensibilidad a amoxicilina y amoxicilina-ácido clavulánico son, en la población general, superiores al 90%, y del 88% en la población pediátrica, lo que convierte a estos antibióticos en los antimicrobianos más activos frente a *S. pneumoniae*.

Desde el punto de vista farmacodinámico, el área bajo la curva (ABC), el Cociente Inhibitorio y el tiempo que las concentraciones séricas superan la concentración mínima inhibitoria (CMI) son los tres principales parámetros que muestran una mejor correlación con la eficacia terapéutica. Los aminoglucósidos y las quinolonas son antibióticos con efecto "concentración-dependiente" y su eficacia se

correlaciona con las concentraciones séricas que alcanzan. Los betalactámicos, eritromicina y claritromicina se caracterizan por tener un efecto "tiempo-dependiente" y es el tiempo por encima de la CMI en el intervalo de dosificación el parámetro que mejor predice la eficacia terapéutica; el 40-50% de este tiempo por encima de la CMI, durante este intervalo, es lo adecuado cuando se utilizan este tipo de antibióticos. Finalmente, para antibióticos como la azitromicina y las tetraciclinas el cociente ABC/CMI es el parámetro que mejor se relaciona con su eficacia.

Las enfermedades invasoras por *S. pneumoniae* constituyen un importante trastorno en la edad pediátrica, como es el caso de la bacteriemia oculta. Además, el neumococo es el segundo agente productor de meningitis bacteriana y el primer responsable de otitis media aguda (OMA). Respecto a esta última entidad, el diagnóstico de OMA no es fácil de realizar y está habitualmente sobredimensionado en la práctica diagnóstica. Amoxicilina y amoxicilina-clavulánico (en dosis de 80 mg/kg/día de amoxicilina) constituyen el tratamiento de elección empírico en la OMA, la sinusitis y las complicaciones de estas dos entidades. La penicilina oral, penicilina V o la amoxicilina lo son en la faringoamigdalitis estreptocócica. En las neumonías comunitarias el tratamiento de elección lo constituyen los betalactámicos o los macrólidos, en función de la edad del paciente y del cuadro clínico radiológico.

Por último, las estrategias para disminuir las resistencias antibióticas en la comunidad están condicionadas a una disminución del consumo antibiótico en la comunidad, a una duración y dosificación correctas de las pautas de tratamiento, a una buena cumplimentación de las pautas y por la elección correcta del antibiótico en función de las etiologías presumibles y de los factores farmacocinéticos dependientes de la eficacia. Finalmente, en el caso del neumococo, la vacunación con vacunas neumocócicas conjugadas podría reducir la colonización nasofaríngea y, por tanto, la patología neumocócica de carácter mucoso.