

Antibióticos o Cirugía para Infecciones de la Vía Respiratoria Superior en Niños

Anne Schilder

Quisiera mostrarles los datos internacionales de la frecuencia de prescripción de antibióticos y de cirugía para dos infecciones muy frecuentes del tracto respiratorio superior: otitis media aguda (OMA) y amigdalitis.

Estas frecuencias varían bastante, por tanto es importante que observemos la evidencia con que contamos actualmente sobre la eficacia de estas terapias.

También estudiaremos lo que debe hacerse para llegar a un consenso sobre cual es la mejor terapia para los niños con estas patologías.

La frecuencia de prescripción de antibióticos para OMA en la práctica general a finales de los 80 varía mucho, desde 30% en Holanda donde 1 de cada 3 niños con otitis recibe antibióticos, hasta acerca del 100% en Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia. No se han publicado estudios sobre este tema en los últimos 20 años, pero pensamos que estas diferencias todavía existen.

Que hay en cuanto a frecuencia de indicación quirúrgica?

Primero veamos el caso de los tubos de ventilación. En los Estados Unidos cada año alrededor de 9 de cada 1.000 niños menores de 15 años se les colocan tubos de ventilación. En otros países como Canadá es de 8 por mil, en Escocia 5 por mil, Inglaterra 2 por mil. En nuestro país, Holanda, donde solo 1 de cada 3 niños con OMA recibe antibióticos, 20 por mil niños son tratados con tubo de ventilación por año. Esto hace suponer que la política de restricción de uso de antibióticos va unida a una política más liberal para la cirugía.

Veamos si esto es cierto para otro tipo de cirugía que se realiza para tratar la otitis media por ejemplo la adenoidectomía. La frecuencia de adenoidectomía varía bastante. En Canadá es de 17 por 10.000 y llega a más de 100 por 10.000 en Holanda, Bélgica y Finlandia, tres países con baja o intermedia cantidad de prescripción de antibióticos.

Que hay sobre los antibióticos para amigdalitis? A finales de los años 80, el porcentaje de adultos y niños que recibieron antibióticos para amigdalitis en la práctica general también varió. En Holanda fué de mas de 60% por tanto 2 de cada 3 pacientes con amigdalitis recibieron antibióticos, en tanto que en Bélgica cerca de 100% recibieron antibióticos. Por tanto aparentemente no hay un consenso sobre cuando deben prescribirse los antibióticos en la amigdalitis.

Una encuesta sobre la adenoamigdalectomía realizada en niños en 1998 en algunos países europeos, los Estados Unidos y Canadá también muestra grandes

diferencias en la frecuencia de cirugías entre estos países. Por ejemplo. La posibilidad de que un niño en Holanda sea tratado con una adenoamigdalectomía es más del doble que la de un niño de los Estados Unidos. Y otra vez, las mayores frecuencias de cirugías se encuentran en los países que utilizan en menor frecuencia los antibióticos para la amigdalitis. Por esto podemos concluir que hay una gran variación entre la prescripción de antibióticos y la indicación quirúrgica para las infecciones del tracto respiratorio.

Siendo que no debe haber diferencias significativas en el estado de salud de los niños de los países Europeos y los de Estados Unidos, al parecer los facultativos no están de acuerdo en cual terapia es realmente eficaz.

Para entender este fenómeno debemos evaluar la evidencia que existe sobre la eficacia de estas terapias. Con respecto a los antibióticos en la OMA se han publicado recientemente tres meta-análisis; uno en la Librería de Cochrane, uno publicado por la Agencia de Investigación en Salud y Calidad (AHRQ) en el 2001 y uno por el Dr. Richard Rosenfeld en su libro Evidence Based Otitis Media.

Por el hecho de que han variado desde los criterios para los estudios que se van a incluir en los meta-análisis y también la definición de resultado final de tratamiento, ustedes podrán observar que hay diferencia en los resultados de los análisis. Estos estudios demuestran que el porcentaje de niños curados de OMA, sin haber recibido tratamiento con antibióticos, del día 1 al 14 o sea durante su historia natural, es de alrededor del 80%.

Sobre el beneficio de los antibióticos, los evaluadores de la librería Cochrane concluyeron que no hay diferencia entre el grupo que recibió antibióticos un día con el grupo que no recibió tratamiento. Con respecto al dolor el *odds ratio* es de 0.6; esto significa que a algunos niños tratados con antibiótico les va mejor que aquellos que no son tratados. Sin embargo el número de niños que se necesita tratar es de 17. Esto quiere decir que 17 niños deben ser tratados con antibióticos para prevenir que un niño tenga dolor al segundo día. Los otros dos metanálisis han sido más favorables para los antibióticos. Cuando hay falla clínica entre el día 2 y 7, utilizado como el resultado a estudiar, el AHRQ encontró una diferencia de 12% a favor de los antibióticos. El Dr. Rosenfeld colocó una definición de falla clínica entre los días 7 y 14 como la persistencia de fiebre y/o dolor, y encontró una diferencia absoluta de 13%.

Por tanto parece ser que los antibióticos no tienen ningún efecto en el resultado final de la OMA en las primeras 24 horas. Después de las primeras 24 horas, los meta-análisis sugieren que los antibióticos tienen un efecto modesto en que 8 de los 17 niños deben ser tratados con antibióticos para evitar el dolor o falla clínica en un niño. Pero lo que no sabemos en este momento es como identificar ese niño con OMA que se beneficiará con el tratamiento con antibióticos de aquellos que no serán beneficiados.

Ahora observaremos el efecto de la cirugía en la OMA. El Dr Rosenfeld realizó un meta-análisis de 5 estudios que comparaban la colocación de tubos de ventilación vs. ninguna cirugía para la otitis media recurrente. El Dr. Rosenfeld encontró que los tubos de ventilación reducen la incidencia de OMA en un episodio por niño por año siendo que los mejores beneficios se dan a los 6-12 meses de seguimiento.

El encontró que los tubos de ventilación reducían el riesgo de desarrollar otros episodios de OMA en 56%.

En relación a la adenoidectomía, el beneficio de esta cirugía para OMA es todavía mas modesto. En base a 2 estudios por el grupo de Jack Paradise de la Universidad de Pittsburg, podemos ahora concluir que la adenoidectomía reduce la incidencia de OMA en 0.3 episodios por año en niños que han sido tratados previamente con tubos de ventilación. Y además, la adenoidectomía reduce la necesidad de colocar otra vez tubos de ventilación en un 50%. En niños que no han sido tratados previamente con tubos de ventilación, no se encontró beneficio con la adenoidectomía.

Por tanto cual es la evidencia con respecto a la OMA? Los tubos de ventilación reducen moderadamente la incidencia de OMA; hay poca evidencia disponible sobre la adenoidectomía en relación a la OMA y la adenoidectomía no parece disminuir el riesgo de requerir nuevos tubos de ventilación

En relación a la eficacia en la amigdalitis y el efecto de los antibióticos, otra revisión de la Librería Cochrane incluyo 25 estudios en adultos y niños. En el tercer día con dolor de garganta, tenemos que tratar a 5 pacientes para tener un beneficio real en 1 paciente. En el sétimo día esta diferencia es todavía menor - hay que tratar 20 pacientes para tenermos un beneficio real en 1 paciente.

Sobre la eficacia de la cirugía para niños con dolor de garganta, 2 revisiones han sido publicadas recientemente. La primera revisión de Tom Marshall (Br J Gen Pract, 1998), incluyó 5 estudios de amigdalectomía en niños. El concluyó que a los niños que fueron sometidos a amigdalectomía o adenoamigdalectomía, se les evita 2 o 3 infecciones de garganta en los primeros dos años después de la cirugía. En el tercer año posterior a la cirugía no se encontró ningún beneficio en relación a infecciones de garganta. Y mas interesante fue encontrar en todos los estudios de estos análisis que el resultado final de amigdalitis recurrente es favorable tanto en el grupo operado como en el no operado.

En resumen, hay grandes diferencias en los patrones de prescripción de antibióticos y en la frecuencia de indicación quirúrgica para infecciones del tracto respiratorio superior alrededor del mundo. Lo que hemos observado es que el curso natural de estas infecciones en los niños es muy favorable y por tanto los beneficios de los antibióticos y la cirugía, en estas condiciones, son muy modestos. Por tanto, yo creo que una política de observación continúa para estas infecciones en niños es muy posible y no solo en Holanda.

Sin embargo quiero enfatizar nuevamente que el manejar estas infecciones en niños sin antibióticos no significa evitar el tratamiento. Los niños con OMA y amigdalitis deben recibir tratamiento médico incluyendo analgesia adecuada. Los padres deben estar informados sobre el curso natural de la infección. Y debe estar-se seguro de que los padres conozcan lo que se debe monitorizar en los niños.

Creo que los esfuerzos futuros deben enfocarse al desarrollo de criterios uniformes para el diagnóstico y resultado final de estas infecciones en niños y debemos implementar estos criterios en nuevos estudios que evalúen los efectos de las diferentes estrategias de manejo. Debemos identificar subgrupos de niños que se puedan beneficiar de tratamiento con antibióticos o cirugía. Para poder lograr

esto tendremos que sobrepasar nuestras diferencias culturales en relación a las infecciones del tracto respiratorio superior, el tratamiento médico y el quirúrgico. Entonces, podremos desarrollar guías de manejo basadas en la evidencia para estas patologías en niños.

Lecturas recomendadas

1. Post JC, Stoodley P, Hall-Stoodley L, Ehrlich GD. The role of biofilms in otolaryngologic infections. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Jun;12(3):185-90. Review.
2. Pelton SI. Otitis media: re-evaluation of diagnosis and treatment in the era of antimicrobial resistance, pneumococcal conjugate vaccine, and evolving morbidity. *Pediatr Clin North Am.* 2005 Jun;52(3):711-28, v-vi. Review.
3. Arroll B. Antibiotics for upper respiratory tract infections: an overview of Cochrane reviews. *Respir Med.* 2005 Mar;99(3):255-61. Review.