

GRIPLE, RESFRIADO COMÚN, BRONQUIOLITIS Y BRONQUITIS AGUDA

GRIPLE Y RESFRIADO COMÚN

La gripe es una infección vírica aguda que se transmite fácilmente de una persona a otra y puede afectar a personas de cualquier edad.

Está producida por el virus influenza, virus RNA que pertenece a la familia de los Orthomyxovirus. Hay dos tipos de virus de la gripe que afectan a los humanos el A y el B. El virus A se subclasifica en 3 subtipos H (H1, H2 y H3) y 2 subtipos N (N1 y N2). Las H y N son glicoproteínas de superficie que son la clave del mecanismo de infección del virus. La estructura antigénica de estas glicoproteínas provoca una respuesta del sistema inmunitario del huésped con la producción de anticuerpos específicos, en respuesta a la infección o vacunación. La proteína H es la necesaria para que el virus ataque a la célula huésped. La proteína N está involucrada en la penetración y en la liberación de virus en la célula infectada.

Los anticuerpos específicos contra estos antígenos son los que determinan la inmunidad frente a cada uno de los subtipos. Los anticuerpos anti H neutralizan la infectividad del virus. Los anticuerpos anti N, modifican la gravedad de la gripe. El virus influenza A, debido a su variación antigénica, es el causante de la mayoría de epidemias y de las pandemias que aquejan cíclicamente a la población mundial. El virus influenza B solo afecta al hombre, y como su variación antigénica es menos frecuente produce epidemias solo de carácter regionales.

Los síntomas de gripe se caracterizan por la aparición súbita de fiebre alta, entre 38 y 40°C, mialgias (principalmente en la zona dorsolumbar y piernas), cefalea que puede cursar con fotofobia, astenia, dolor al tragar, cansancio y malestar general, tos seca y mucosidad nasal. No obstante, con frecuencia los pacientes con gripe tienen síntomas catarrales leves. Generalmente es una enfermedad autolimitada y de curso benigno. A las 48-96 horas del comienzo la fiebre comienza a remitir, los síntomas se van haciendo más débiles y desaparecen en torno a una semana.

En los pacientes con enfermedades crónicas la gripe puede desencadenar desestabilizaciones y producir neumonía y

bronquitis, que pueden tener pronóstico grave y producir la muerte, fundamentalmente en poblaciones de alto riesgo. En casos graves o en pacientes con riesgo elevado de complicaciones relacionadas con la gripe es importante acudir al médico e iniciar tratamiento con antiviricos lo antes posible. La morbilidad de la gripe estacional es elevada. Afecta entre un 5 y un 20% de la población general, en personas institucionalizadas esta cifra aumenta hasta un 50%. Se calcula que el 25% de los procesos respiratorios estacionales podrían ser producidos por la gripe.

El resfriado común es una infección viral menor de la mucosa del tracto respiratorio superior, que es autolimitada y dura un promedio de entre 6 y 10 días. Los virus son la causa principal del resfriado: los agentes etiológicos más frecuentes son el rinovirus y el coronavirus.

La incidencia de resfriados en adultos es de 2 a 4 veces al año, mientras que en niños es de 6 a 10 veces al año, debido a su mayor contacto físico en los colegios y a la inmadurez de su sistema inmunológico.

Los síntomas del resfriado común son generales. Generalmente cursa con inflamación de las vías respiratorias altas, pero no suele producir fiebre. Los síntomas más frecuentes son: rinorrea, estornudos y obstrucción nasal acompañado de tos, lagrimeo, dolor de cabeza, garganta, oídos, músculos y articulaciones, acompañado de fatiga y debilidad.



En la siguiente tabla se detallan las diferencias entre la gripe y el resfriado:

	Gripe	Resfriado
Etiología	Influenza A y B Pertenecen a la familia de los Ortomixovirus, y existen tres tipos A, B y C. Sólo los dos primeros son patógenos para los humanos.	Rinovirus, coronavirus, etc.
Periodo de incubación	18 a 36 horas	48 a 72 horas
Inicio	Brusco	Paulatino
Fiebre	Alta (38-41°C)	Rara. Más frecuente en niños
Mialgias	Si	No
Tos	Tos seca	Tos productiva
Dolor Lumbar	Si	No
Estornudos	Raro	Si

La transmisión de la gripe y resfriado es través de partículas de aerosoles, pero también de forma directa a través de secreciones respiratorias producidas por la tos y estornudos, o incluso al hablar. Se puede transmitir a través de las manos contaminadas y del contacto con superficies u objetos con presencia del virus e inoculación posterior al tocarse la propia boca o nariz. La mayoría de personas pueden infectar a otras desde el día antes del inicio de los síntomas de gripe, hasta 5 a 7 días después del inicio de los mismos.

Para prevenir el contagio se recomienda evitar el contacto con personas enfermas. Así mismo se recomienda que las personas con gripe permanezcan en su domicilio en lugar de asistir al colegio o el trabajo mientras dure la enfermedad. Es aconsejable cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo cuando se tosa o estornude. Se deben lavar las manos con frecuencia mediante el uso de agua y jabón o una solución alcohólica. Es necesario evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

Medidas preventivas generales:

1. Lavarse bien las manos, especialmente tras toser o estornudar.
2. Evitar contacto con personas afectadas durante los primeros 2-4 días del proceso.
3. Protegerse bien del frío y de los cambios bruscos de temperatura.
4. No permanecer en ambientes cargados o donde se concentren gran cantidad de personas en lugares cerrados.
5. Evitar el tabaco.
6. Taparse la boca y nariz al estornudar o toser. Usar pañuelos desechables al toser o estornudar para impedir la transmisión del virus a través del aire a otras personas y no reutilizarlos.
7. Seguir una dieta sana y equilibrada.

Vacunación de la gripe

A nivel preventivo es difícil actuar sobre el síndrome catarral o resfriado, sin embargo, la medida más adecuada e importante de la que se dispone para evitar las complicaciones que puede conllevar el síndrome gripal es la vacunación de las personas de riesgo. Por ello, es muy importante desarrollar una labor activa durante la campaña de vacunación, promocionando e informando a los pacientes de riesgo sobre la utilidad y necesidad de vacunarse.

La vacunación antigripal es la medida de prevención primaria fundamental para prevenir la gripe y sus complicaciones. Como se ha mencionado anteriormente, los virus gripales varían sus características antigénicas con facilidad. Hay dos tipos de variaciones antigénicas: las mayores, que originan nuevos subtipos virales que pueden causar pandemias, como la última por el nuevo virus A (H1N1), y las menores que aunque son menos importantes, permiten que perdure la susceptibilidad de la población a la gripe, se produzcan epidemias y que, para mantener la efectividad de las vacunas, haya que adaptarlas cada temporada a las cepas circulantes.

La vacunación antigripal anual está recomendada para conseguir protección contra las cepas que circularán durante la temporada gripal. Normalmente cada año hay cambios en estas cepas; por este motivo, las vacunas se elaboran anualmente para incluir las cepas que con más probabilidad serán las responsables de los casos de gripe de la temporada próxima. La OMS es el organismo responsable de recomendar las cepas que deben utilizarse para cada campaña de la gripe, que dependen de las cepas circulantes durante la temporada anterior.

Las vacunas se administran en otoño, antes de que comience la temporada invernal. La eficacia de la vacuna está relacionada principalmente con su capacidad para desarrollar anticuerpos frente a la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA). Los anticuerpos contra la hemaglutinina evitan la adquisición de la enfermedad al impedir la unión del virus con las células del epitelio respiratorio y los anticuerpos contra la NA actúan disminuyendo la gravedad de la enfermedad por que evitan la difusión viral en el trato respiratorio. Las vacunas frente a la gripe son generalmente muy seguras y bien toleradas. Los efectos secundarios más frecuentes son las reacciones locales y las más destacadas son el dolor, el eritema y la induración en el punto de inyección, que aparecen entre el 10 y el 64% de los casos y duran de uno a dos días. Estas reacciones suelen ser leves y no interfieren en las actividades cotidianas de las personas vacunadas. Las reacciones sistémicas, mucho menos frecuentes que las locales, tienen una incidencia del 2%, y entre las más comunes están la fiebre, la

mialgia y el malestar general, que inician entre las 6 y 12 horas después de la vacunación y duran, al igual que las locales, de uno a dos días.

La vacunación se recomienda fundamentalmente a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer gripe y que son las siguientes:

- Personas entre 6 meses y de 60 años con alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe: enfermedades crónicas, inmunodeficiencias o inmunosuprimidos por infecciones como VIH, por fármacos o receptores de trasplante
- Personas mayores de 60 años, especialmente si viven en instituciones cerradas
- Personas de cualquier edad institucionalizadas de manera prolongada
- Mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación
- También se recomienda en profesionales que trabajan en centros sanitarios (incluidas las oficinas de farmacia), que trabajan con personas con alto riesgo de tener complicaciones por la gripe y los familiares de estas personas. También se recomienda en las personas que proporcionan servicios esenciales en la comunidad (bomberos, policías)

Tratamiento de la gripe y el resfriado.

Tratamiento sintomático no farmacológico:

1. Reposo. Evitar esfuerzos para no aumentar el malestar general.
2. Asegurar la hidratación de los pacientes. Aumentar la ingesta de líquidos como sopas, zumos o infusiones para mejorar la hidratación, fluidificar las secreciones y reducir la tos y evitar la deshidratación en caso de fiebre.
3. Gargarismos con agua tibia y salada. Limpieza de fosas nasales con suero fisiológico o agua de mar. En niños pequeños, se recomienda usar el aspirador de la nariz.
4. Si existe irritación en labios y nariz se recomienda el uso de vaselina.
5. Vahos de vapor contra la congestión nasal. Humidificación ambiental para mantener la humedad de las vías respiratorias y aumentar la fluidez de la mucosidad.
6. Seguir una dieta sana y equilibrada

Tratamiento farmacológico

No existe un tratamiento etiológico, así que los fármacos que se recomiendan tienen como única finalidad el control la sintomatología del paciente. La elección del tratamiento depende de los síntomas principales del paciente, y la existencia de otros factores concomitantes: edad, comorbilidades. Los antibióticos no son activos frente a virus, por lo que nunca están recomendados en la gripe o el resfriado. Solo se prescriben en caso de complicaciones bacterianas secundarias.

- Congestión nasal: descongestivos (tópicos, sistémicos).
- Tos: antitusígenos, mucolíticos/expectorantes.
- Malestar general: paracetamol, AINEs.
- Secreción nasal: antihistamínicos.
- Dolor de garganta; AINEs, antisépticos o demulcentes.

Los analgésicos, caso del paracetamol, y los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) por vía oral, caso del ibuprofeno, pueden ser útiles para aliviar los síntomas generales, como el malestar general, la fiebre y el dolor de cabeza. El ácido acetilsalicílico se debe evitar en los menores de 16 años. El analgésico de elección es el paracetamol, ya que presenta menos reacciones adversas.

En caso de que el paciente esté muy afectado por rinorrea, estornudos o lagrimeo se puede administrar un antihistamínico, como cetirizina o loratadina por vía oral durante unos 3-5 días como máximo. Producen somnolencia como efecto secundario más frecuente.

En caso que la obstrucción nasal sea un gran problema, se puede añadir un vasoconstrictor por vía nasal. Estos fármacos son alfaadrenérgicos y producen una vasoconstricción en la mucosa nasal que provoca la descongestión. Generalmente se utilizan de manera tópica (en gotas o nebulización) sólo en adultos, durante el periodo más breve de tiempo posible y nunca sobrepasando los 5 días, y máximo tres veces al día. Es importante evaluar la relación beneficio-riesgo en cada paciente debido a que este tipo de fármacos está altamente asociado con el desarrollo de rinitis medicamentosa en tratamientos prolongados. También se pueden usar soluciones fisiológicas (de cloruro sódico al 0,9%) o preparados de agua de mar.

Los vasoconstrictores por vía oral, como la pseudoefedrina, se podrán utilizar pero teniendo en cuenta que están contraindicados en pacientes con hipertensión, cardiopatía o trastornos de ansiedad.

La tos es uno de los síntomas más frecuentes del resfriado. En el caso de tos no productiva muy irritativa se puede re-

comendar un antitusivo, como el dextrometorfano o la codeína. No se recomienda eliminar la tos productiva, ya que ayuda a expulsar las secreciones respiratorias y a resolver el cuadro catarral.

Los expectorantes aumentan el volumen de las secreciones bronquiales y estimulan los mecanismos para su eliminación. Los mucolíticos disminuyen la viscosidad de la secreción mucosa para facilitar su expulsión. No hay evidencia clínica de eficacia de estos productos.

La Vitamina C no ha demostrado que reduzca la duración o gravedad de los síntomas del resfriado comparada con placebo.

Los antibióticos no están indicados ni en resfriado común ni en gripe, salvo en aquellos casos (menos del 2-3%) en los que se produce una focalización sintomática presumiblemente bacteriana, como otitis, sinusitis o neumonía, y siempre por prescripción médica.

Tratamiento con antigripales

No es recomendable la utilización de combinaciones de fármacos a dosis fijas, ya que se ha comprobado que es mejor adecuar el tratamiento con el abanico de principios activos disponibles a las características de cada paciente. En la mayoría de los llamados antigripales uno o varios de los componentes están infradosificados. Aun así, en el mercado hay distintas asociaciones:

- Analgésico o antipirético con descongestionante nasal.
- Analgésico-antipirético con antihistamínico.
- Analgésico-antipirético con antihistamínico y descongestionante nasal.
- Alguno de estos combinados añaden también mucolíticos, broncodilatadores, antitusígenos, vitamina C o cafeína.
- La utilización de vitamina C en distintos preparados es discutida, ya que no ha demostrado ser un preventivo ni curativo.
- Se ha demostrado que la cafeína potencia los efectos analgésicos del ácido acetilsalicílico en determinadas dosis. Por otra parte, su actividad estimulante nerviosa puede contrarrestar el efecto de somnolencia de los antihistamínicos.

Tratamiento antiviral específico

Como antivirales no específicos para la gripe está la amantadina, fármaco que también se usa paliar los síntomas de la Enfermedad de Parkinson y la rimantadina (no disponible en España). Solo son activos frente a la gripe A. Actúan bloqueando la proteína M2, que es necesaria para la iniciación de la replicación viral.

Los tratamientos específicos contra la gripe son los inhibido-

res selectivos de la neuraminidasa: zanamivir, y oseltamivir. Ambos son activos tanto frente a la gripe A como la B. Sólo están indicados para el tratamiento de la gripe en personas de alto riesgo, como ancianos o inmunodeprimidos. Su eficacia es limitada y su administración se debe iniciar siempre en las primeras 48 horas de la enfermedad.

Nuevos fármacos contra la gripe

Las vacunas contra la gripe tienen un impacto limitado sobre la salud pública durante las pandemias y las epidemias estacionales, y las vacunas actuales son menos eficaces que las vacunas disponibles para muchas otras enfermedades infecciosas. Esto se debe a que los virus de la gripe que circulan en las poblaciones humanas y animales mutan regularmente, lo que les permite escapar de los anticuerpos protectores producidos a través de una infección natural o vacunación.

La hemaglutinina y la neuraminidasa son dos proteínas claves de la superficie viral. Tanto HA como NA se dirigen a un azúcar específico, el ácido siálico, que se encuentra en abundancia en los receptores de las células que recubren el tracto respiratorio de los mamíferos y que el virus utiliza para ingresar en el organismo. Los puntos de unión al ácido siálico en estas proteínas no mutan fácilmente, sino que se encuentran muy conservados, de lo contrario el virus perdería capacidad infectiva sobre las células humanas.

En una investigación reciente se han diseñado fragmentos de anticuerpos FC de inmunoglobulinas IgG Fc con fragmentos de ácido siálico mejorado que se dirigen de manera altamente específica a las partes conservadas de HA y NA. Esta unión a las partículas virales de la gripe supone un bloqueo altamente efectivo de las interacciones con las células humanas. Esto abre la posibilidad del desarrollo de nuevos medicamentos para el tratamiento de la gripe y otras enfermedades infecciosas ya que, al dirigirse al ácido siálico, estos productos biológicos también pueden ser útiles en el control de otros microorganismos patógenos que utilizan una vía similar de ingreso al organismo, mediada por la presencia de ácido siálico, como los estreptococos del grupo B, los *Streptococcus pneumoniae*, el *Mycoplasma genitalium* y el virus de la enfermedad de Newcastle.

BRONQUIOLITIS INFECCIOSA

Es una enfermedad poco frecuente en los adultos, sin embargo es muy frecuente en niños. La bronquiolitis aguda es una patología de gran trascendencia sociosanitaria por su frecuencia y su elevada morbimortalidad. La bronquiolitis consiste en un episodio agudo de dificultad

respiratoria con sibilancias y/o crepitantes, precedido por un cuadro catarral de vías altas, que afecta a niños menores de 2 años, y en general tiene un comportamiento estacional. Es la infección más frecuente del tracto respiratorio inferior en los niños menores de dos años, con un pico máximo de incidencia a los 6 meses. Produce brotes epidémicos entre noviembre y abril en el hemisferio norte cada año. En España alcanzan su máxima frecuencia en diciembre y enero.

La etiología es vírica y en la mayoría de los casos está causada por el virus respiratorio sincitial (VRS). En lactantes (3-6 meses de edad) aparece con más frecuencia en aquellos que se alimentan con biberón, que duermen con hermanos, con padres fumadores o de enfermedad familiar respiratoria poco importante (catarro familiar). Los principales factores para bronquiolitis severa es la existencia de enfermedades crónicas, la prematuridad, y la edad inferior a 3-6 meses. La transmisión es por vía respiratoria. La infección por VRS no deja inmunidad completa ni duradera y el paciente puede ser reinfectado por el mismo grupo en la misma temporada. El virus provoca una inflamación y obstrucción de la vía aérea pequeña, que son aquellos bronquiolos que ya no tienen cartilago y que tienen menos de 2 milímetros de diámetro. La necrosis epitelial y pérdida de la superficie de los cilios provoca una disminución en el transporte de secreciones y detritus hacia la vía aérea superior, causando obstrucción de los bronquiolos terminales y alteración al flujo de aire al pulmón.

La enfermedad empieza como una infección leve de las vías respiratorias superiores, con mucosidad nasal y estornudos, falta de apetito y fiebre. Lentamente va apareciendo la dificultad respiratoria que se manifiesta por tos paroxística sibilante, disnea e irritabilidad, con dificultad para la alimentación.

En la mayoría de los niños, la bronquiolitis es una enfermedad leve y autolimitada. En los que tienen enfermedad más grave y son hospitalizados, el tratamiento es de soporte, cuyos pilares son la hidratación y la oxigenación. El niño debe estar en un ambiente húmedo y frío. La bronquiolitis puede generar hipoxemia, por lo que el oxígeno es importante para mantener una saturación de oxígeno normal. El aumento en la frecuencia respiratoria, las secreciones espesas, la fiebre e inapetencia pueden contribuir a la deshidratación, por lo que debe asegurarse la hidratación, y en caso necesario administrar fluidoterapia. Los lavados nasales periódicos pueden contribuir al alivio sintomático de estos pacientes. En cuanto al tratamiento farmacológico cuando es necesario se utilizan broncodilatadores agonistas β_2 (salbutamol). Dado que es

una infección vírica, los antibióticos no ofrecen beneficios a no ser que haya infecciones bacterianas concurrentes.

En algunos niños de muy alto riesgo (como en casos de inmunosupresión por quimioterapia) la utilización de ribavirina oral o intravenosa puede mejorar discretamente el cuadro clínico. La ribavirina inhalada se ha retirado del mercado por efectos secundarios.

La prevención de la bronquiolitis se fundamenta en medidas higiénicas y el uso de palivizumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra las glicoproteínas de la superficie del VRS, específicamente contra el epítipo A de la glicoproteína F del VRS, está ampliamente recomendado para la prevención en población de riesgo. Se administra por vía intramuscular, a dosis de 15 mg/kg de manera mensual durante los meses de la epidemia, generalmente unas 5 dosis.

Tratamiento de la gripe y el resfriado.

Las bronquiolitis infecciosas del adulto son muy poco frecuentes en comparación con las de los niños y los lactantes. No se manifiestan de forma epidémica y rara vez se demuestra su causa; los casos descritos se deben sobre todo a *Mycoplasma pneumoniae* y virus. El cuadro clínico consiste en tos seca o poco productiva y disnea que se desarrolla con rapidez dentro de un contexto febril, en una persona joven sin antecedentes respiratorios. Con el tratamiento de soporte adecuado la evolución es buena.

BRONQUITIS AGUDA

La bronquitis aguda comprende un conjunto de signos y síntomas como son los síntomas constitucionales (astenia, anorexia y pérdida de peso), fiebre, osteomalgias y, particularmente, tos seca o productiva que dura hasta 3 semanas. Una característica es que la tos sea autolimitada, en caso contrario deben considerarse otras patologías como rinosinusitis, asma, reflujo gastroesofágico o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Cada año, como mínimo aparece un episodio de bronquitis aguda en el 5% de la población general y, de este grupo, más del 90% busca atención médica.

Los virus respiratorios son la causa más frecuente de la bronquitis aguda. Rara vez se identifica el organismo responsable de un episodio de bronquitis aguda en la práctica clínica. Tan sólo se identifican en 16 a 30% de los casos cuando se realizan cultivos. Los virus específicos más frecuentemente asociados con los episodios de bronquitis aguda son, en orden de frecuencia: el virus de la influenza, el virus de la parainfluenza, el virus sincitial respiratorio, los coronavirus, los adenovirus y los rinovirus. En menos del 10% el origen es bacteriano, en este caso los agentes etiológicos más frecuentes son la *Bordetella pertussis*, *Chlamydia pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*.

Tratamiento

Teniendo en cuenta que más de 90% de los casos de bronquitis aguda son de origen viral y menos de 10% de origen bacteriano, la prescripción antibiótica debe reservarse sólo cuando se sospeche de infección bacteriana, especialmente por *B. pertussis*. En el resto de pacientes los antibióticos no están indicados.

En general, la bronquitis se trata con medidas de soporte como antitérmicos si hay fiebre, antitusígenos para los excesos de tos (codeína), antihistamínicos. En algunos casos, si existe broncoespasmo pueden ser útiles los broncodilatadores β_2 . Se recomienda que los pacientes estén en un ambiente húmedo, se garantice la hidratación, y en el caso de fumadores, la cesación tabáquica.

No suele existir indicación para prescribir tratamiento antibiótico empírico. En la mayoría de casos basta con el tratamiento sintomático realizado con antitérmicos (paracetamol, ibuprofeno), codeína, antihistamínicos y si existe broncoespasmo, agonistas β_2 .

Bibliografía:

- Fournier M., Dauriat G., Thabut G., Colombat M., Groussard O. Bronchiolites de l'adulte. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 6-0775, 2008
- Parra, A et al. Bronquiolitis: artículo de revisión. Neumol Pediatr 8.2 (2013): 95-101.
- Guia tècnica per a la campanya de vacunació antigripal estacional 2018. Campanya 2018-2019. Programa de vacunacions. Agència de Salut Pública de Catalunya

- Decálogo de recomendaciones SEIMC sobre la gripe https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2017-Decalogo_Recomendaciones_SEIMC_Gripe.pdf
- MJ, Pérez Rodríguez. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 2010, 34.1: 3-11.
- Diseño de nuevos fármacos contra la gripe. J Immunol 2019; DOI: 10.4049/jimmunol.1801337
- Tratamiento del resfriado común y de la gripe. The Pharmaceutical Letter 2001:1(3); 1-8. Disponible en: <http://dicaf.es>
- Rosas, M. R. Gripe y resfriado. Clínica y tratamiento. 2008. Offarm, 27(2), 46-51.



SELECCIONES

NUEVAS RESTRICCIONES DE USO DE LOS ANTIBIÓTICOS DE FLUOROQUINOLONA Y QUINOLONA.

European Medicines Agency 2018; Ref. EMA / 668915/2018

Tras una revisión de los potenciales efectos secundarios discapacitantes y potencialmente duraderos de estos medicamentos en uso sistémico o inhalado, la Agencia Europea de Medicamentos limita el uso de este tipo de antibióticos para el tratamiento de afecciones menores

Las fluoroquinolonas y las quinolonas son una clase de antibióticos de amplio espectro que son activos contra las bacterias de las clases Gram-negativa y Gram-positiva.

En mayo de 2016, la FDA realizó una revisión de los efectos secundarios graves incapacitantes y potencialmente permanentes de las fluoroquinolonas aplicadas sistémicamente, lo que dio lugar a una restricción de su uso en infecciones menos graves como la sinusitis aguda, la bronquitis aguda y las infecciones no complicadas del tracto urinario, particularmente en pacientes para los que existen otras opciones de tratamiento. Un enfoque similar fue también seguido por la Health Canada.

En la Unión Europea, a petición Alemania, ante la necesidad de tomar una acción conjunta a nivel de los estados miembros, el asunto fue remitido en febrero de 2017 al Comité de Valoración de Riesgos de Farmacovigilancia (PRAC) de la Agencia Europea de Medicamentos para que efectuara un análisis en profundidad de la cuestión y emitiera una recomendación sobre si la comercialización y las autorizaciones de estos productos deben mantenerse, modificarse, suspenderse o revocarse.

La revisión cubrió los siguientes medicamentos: ciprofloxacina, flumequina, levofloxacina, lomefloxacina, moxifloxacina, norfloxacina, ofloxacina, pefloxacina, prulifloxacina y rufloxacina (antibióticos de fluoroquinolona); cinoxacina, ácido nalidíxico, ácido pipemídico (antibióticos de quinolona). Solo se tuvieron en consideración los medicamentos administrados por vía sistémica (por vía oral o por inyección) y los medicamentos inhalados.

En su documento final el informe del PRAC concluye que muy raramente, los pacientes tratados con antibióticos de fluoroquinolona o quinolona han sufrido efectos secundarios de larga duración e incapacitantes, principalmente en músculos, tendones, huesos y el sistema nervioso.

Después de evaluar el alcance de los efectos secundarios, se recomienda que algunos medicamentos, incluidos todos aquellos que contienen un antibiótico de quinolona, deben retirarse del mercado. Esto se debe a que todos ellos están autorizados únicamente para infecciones que ya no deben ser tratadas con esta clase de antibióticos. Por su parte, los antibióticos de fluoroquinolona restantes no deben ser utilizados para tratar infecciones que podrían mejorar sin tratamiento o que no son graves (como infecciones de garganta); prevenir la diarrea del viajero o infecciones recurrentes del tracto urinario inferior (infecciones de la orina que no se extienden más allá de la vejiga); tratar a los pacientes que previamente han tenido efectos secundarios graves con un antibiótico de fluoroquinolona o quinolona; ni tratar infecciones leves o moderadamente graves, a menos que no se puedan usar otros medicamentos antibacterianos comúnmente recomendados para estas infecciones. Estos medicamentos deben, además, ser utilizados con precaución, especialmente en ancianos, pacientes con problemas renales, pacientes que han recibido un trasplante de órganos o pacientes que están siendo tratados con un corticosteroide sistémico. Estos pacientes presentan un mayor riesgo de lesión en el tendón causada por los antibióticos de fluoroquinolona y quinolona.

El comité recomienda también que los profesionales de la salud aconsejen a los pacientes que interrumpan el tratamiento con un antibiótico de fluoroquinolona ante la primera señal de un efecto secundario que involucre músculos, tendones o huesos (como tendón inflamado o desgarrado, dolor o debilidad muscular, y dolor o inflamación de las articulaciones) o el sistema nervioso (como sentir pinchazos y agujas, cansancio, depresión, confusión, pensamientos suicidas, trastornos del sueño, problemas de visión y audición, y alteración del gusto y el olfato).

La información de prescripción de los antibióticos de fluoroquinolona individuales se actualizará para reflejar este uso restringido tan pronto como sea posible.

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD.

Acreditado con 4,2 créditos



Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales y cronicidad.

Acreditado con 6,6 créditos



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>