Appropriata prescrizione di antibiotici nelle infezioni respiratorie

Data 14 febbraio 2016
Categoria infettivologia

Consigli su come si possa ridurre la prescrizione inappropriata di antibiotici nelle infezioni respiratorie.

Le infezioni acute del tratto respiratorio (IATR), quali bronchiti non complicate, faringiti, rinosinusiti e raffreddore comune, sono il motivo più comune di prescrizione di antibiotici negli adulti. Spesso gli antibiotici sono prescritti in maniera inappropriata in pazienti con IATR e questo contribuisce ad aumentare l'antibiotico-resistenza, grave problema di salute pubblica. L'aumentato uso di antibiotici in comunità è altamente correlato all'emergenza di malattie pneumococciche multi resistenti ai farmaci. In luoghi con maggiore prescrizione di antibiotici ad ampio spettro, in particolare cefalosporine ad ampio spettro e macrolidi, i tassi di malattia pneumococcica multi-resistente sono più elevati. Gli antibiotici sono anche responsabili di un ampio numero di eventi avversi, che comportano da 1 a 5 visite nei reparti di emergenza per reazione avversa a farmaco. Gli eventi avversi variano in gravità da forme di media entità (diarrea o rash) a forme minacciose per la vita (sindrome di Steven-Johnson, anafilassi o morte cardiaca improvvisa)- Si stima che dal 5% al 25% dei pazienti che usano antibiotici hanno reazioni avverse, e circa 1 su 1000 ha reazioni gravi.
La diarrea da Clostridium difficile, che deriva in genere da un trattamento antibiotico e può essere minacciosa per la vita, causa circa 500.000 infezioni e 29.300 morti negli USA ogni anno, con costi elevatissimi. Circa il 50% delle prescrizioni antibiotiche può essere on necessaria o inappropriata in pazienti ambulatoriali (Dati non Pubblicati, Centers for Disease Control and Prevention). Nelle ultime decadi, la prescrizione di antibiotici si è ridotta del 18% tra persone di età superiore ai 5 anni negli USA; tuttavia, la prescrizione di antibiotici ad ampio spettro (fluorchinoloni e macrolidi) è aumentata di circa 4 volte.
Ridurre la prescrizione inappropriata di antibiotici nei setting ambulatoriali è, quindi una priorità.

Questo articolo presenta la migliore pratica per l'uso di antibiotici in giovani adulti (senza malattia polmonare cronica o condizioni di immuno-compromissione) che si presentano con IATR.
Gli autori hanno revisionato le evidenze sulla prescrizione appropriata di antibiotici negli adulti, le linee guida più recenti delle società scientifiche sono state complementate da metanalisi, revisioni sistematiche, e studi clinici randomizzati (Cochrane Library, Pubmed, MEDLINE, e EMBASE)

[b]Consiglio di Cura di Alto Valore 1: [/b]

I medici non dovrebbero prescrivere indagini o iniziare terapia antibiotica in pazienti con bronchite, a meno che non si sospetti una polmonite.

[b]Consiglio di Cura di Alto Valore 2: [/b]

I medici dovrebbero testare i pazienti con sintomi sugestivi di faringite da streptococco di gruppo A (per esempio: febbre persistente, adenite cervicale anteriore, essudato tonsillo-faringeo o altre appropriate combinazioni di sintomi con test rapidi di rilevamento dell'antigene e/o culture per lo streptococco di gruppo A.
I medici dovrebbero trattare i pazienti con antibiotici solo se è stata confermata una faringite streptococcica

[b]Consiglio di Cura di Alto Valore 3: [/b]

I medici dovrebbero riservare il trattamento antibiotico per la rinosinusite acuta a pazienti con sintomi persistenti per più di 10 giorni, alla comparsa di sintomi gravi o segni di febbre elevata (>39 °C) e con secrezioni nasali purulente o con dolore facciale per almeno 3 giorni consecutivi, o all'insorgere di un peggioramento dei sintomi in seguito ad una malattia virale tipica che dura da 5 giorni dopo un iniziale miglioramento.

[b]Consiglio di Cura di Alto Valore 4: [/b]

I medici non dovrebbero prescrivere antibiotici in pazienti con raffreddore comune.

[b]Strategia prescrittiva di antibiotici: [/b]

[b]Nella bronchite acuta[/b], in assenza di polmonite, gli antibiotici non sono indicati. I comuni test routinari per cause non virali non sono raccomandati. Non è raccomandato alcun regime antibiotico.

[b]Nella faringite acuta[/b], vanno prescritti analgesici e antipiretici. Gli antibiotici beta-lattamici sono indicati se il test per lo streptococco di gruppo A è positivo.

[b]Regime antibiotico raccomandato: [/b]

In persone senza allergia alla penicillina:
1) Penicillina V orale, 250 mg 4 volte al dì o 500 mg 2 volte al dì, per 10 giorni.
2) Amoxicillina orale, 50 mg/kg di peso (massimo, 1000 mg) una volta al dì o 25 mg/kg (massimo, 500 mg) 2 volte al dì per 10 giorni.
3) Benzatilpenicillina G intramuscolare, dose singola di 1.200.000 U.

In persone con allergia alla penicillina, senza storia di ipersensibilità di tipo 1 (anafilassi):
1) Cefalexina orale, 20 mg/kg, 2 volte al dì (massimo 500 mg/dose) per 10 giorni
2) Cefadroxil orale, 30 mg/kg 1 volta al dì (massimo 1 g) per 10 giorni

In persone con storia di anafilassi:
1) Clindamicina orale, 7 mg/kg 3 volte al dì (massimo, 300 mg/dose) per 10 giorni
2) Azitromicina orale, 12 mg/kg 1 volta al dì (massimo, 500 mg) per 5 giorni
3) Claritromicina, 7.5 mg/kg 2 volte al dì (massimo, 250 mg/dose) per 10 giorni.

[b]Nella rinosinusite acuta[/b] gli antibiotici possono essere prescritti se i sintomi durano da più di 10 giorni, se vi sono sintomi gravi per almeno 3 giorni consecutivi, o se vi è un peggioramento dei sintomi per almeno 3 giorni consecutivi.

[b]Regime antibiotico raccomandato:[/b]

In persone senza allergia alla penicillina:
1) Amoxicillina orale, 500 mg, e acido clavulanico, 125 mg, 3 volte al dì per 5-7 giorni.
2) Amoxicillina orale, 875 mg, e acido clavulanico, 125 mg, due volte al dì per 5-7 giorni.
3) Amoxicillina orale, 500 mg 3 volte al dì per 5-7 giorni

In persone con allergia alla penicillina, senza storia di ipersensibilità di tipo 1 (anafilassi):
1) Doxiciclina orale,100 mg 2 volte al dì o 200 mg 1 volta al dì per 5-7 giorni
2) Levofloxacina orale, 500 mg 1 volta al dì per 5-7 giorni
3) Moxifloxacina orale, 400 mg 1 volta al dì per 5-7 giorni.

In persone con storia di anafilassi:
1) Doxiciclina orale,100 mg 2 volte al dì o 200 mg 1 volta al dì per 5-7 giorni
2) Levofloxacina orale, 500 mg 1 volta al dì per 5-7 giorni
3) Moxifloxacina orale, 400 mg 1 volta al dì per 5-7 giorni.

[/b]Nel raffreddore comune[/b] gi antibiotici non sono raccomandati.

Fonte:

Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. Aaron M. Harris e coll. Ann Intern Med. doi:10.7326/M15-1840 www.annals.org

A cura d Patrizia Iaccarino