



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

*Evidencia que promueve Confianza*

**Construcción de estrategias de socialización de los lineamientos para el uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención**

**Noviembre de 2020**

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo

estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores políticas públicas y prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, el Instituto Nacional de Salud - INS, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas - ACSC.

### **Autores**

Galindo Huertas Mayra Solanye, Enfermera MSc en Salud Sexual y Reproductiva, PhD en Estudios Sociales Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS.

López-Romero Luis Alberto, Enfermero, MSc en Epidemiología. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS

Reina Leal, Liliana Marcela, Enfermero, MSc en Información científica, PHD en Enfermería. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS.

### **Revisores**

Mesa Melgarejo, Lorena. Enfermera, MSc, PhD en Salud Pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS.

Osorio Arango, Luz Karime. Bacterióloga y laboratorista clínico, esp. en epidemiología, epidemióloga de campo, MSc en salud pública. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud–IETS.

### **Entidad que solicita la evaluación**

Ministerio de Salud y Protección Social

### **Fuentes de financiación**

Ministerio de Salud y Protección Social. Contrato 568 de 2020.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran, bajo la metodología establecida por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS, que no existe ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que pueda afectar el desarrollo de este Análisis de Impacto Presupuestal.

### **Declaración de independencia editorial**

El desarrollo de este análisis, así como sus conclusiones, se realizaron de manera independiente, transparente e imparcial por parte de los autores.

## **Derechos de autor**

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales y las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito del Ministerio de Salud y Protección Social.

## **Correspondencia**

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS

Carrera 49 A # 91-91

Bogotá, D.C., Colombia.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

[contacto@iets.org.co](mailto:contacto@iets.org.co)

© Ministerio de Salud y Protección Social, 2020.

## **Contenido**

1. Glosario .....	5
2. Introducción .....	6
2. Objetivos y alcance .....	9
2.1. Objetivo .....	9

2.2. Alcance .....	9
3. Metodología .....	9
3.1. Construcción participativa de la estrategia .....	9
3.2. Proceso de mapeo y citación de actores .....	10
3.3. Preparación del grupo focal.....	10
3.4. Desarrollo del grupo focal.....	11
4. Resultados.....	12
4.1. Construcción participativa de la estrategia .....	12
Tema 1: Cultura del uso de antibiótico .....	13
Tema 2: Información necesaria para un uso racional de antibióticos .....	15
Tema 3: Medios de difusión de los lineamientos.....	19
Tema 4: Herramientas para la difusión de los lineamientos .....	21
4.2. Ampliación de información del lineamiento.....	25
4.2.1 Generalidades de la prescripción de medicamento.....	25
4.2.2 Reacciones adversas más frecuentes y contraindicaciones del esquema de tratamiento.....	26
4.3. Definición de la estrategia .....	34
5. Conclusiones .....	34
6. Referencias.....	34
7. Anexos.....	37
Anexo 1. Mapeo de actores: convocatoria encuentro participativo .....	37
Anexo 2. Material proyectado en el grupo focal .....	39
Anexo 3. Resumen enviado a expertos .....	43
Anexo 4. Informe del proceso participativo .....	54
Anexo 5. Proyección estrategia preliminar.....	59
Anexo 6. Transcripción del proceso participativo.....	62

## 1. Glosario

**Estrategia participativa:** son una herramienta que tiene como principal objeto permitir un ejercicio de derechos, específicamente, el derecho a la participación social que ampara el Estado colombiano. Por otro lado, es también un elemento que permite una planificación centrada en las necesidades de los sujetos a quienes se va a dirigir las acciones o intervenciones que la estrategia propone. En este marco, la estrategia educativa basada en la participación es un instrumento de intervención que surge del derecho a la voz de las comunidades implicadas, con el fin de atender e impactar sobre necesidades específicas y

reconocer las potencialidades para la transformación y el cambio, dado su fundamento educativo (1).

**Infografía:** es una herramienta que sirve para representar o resumir una información de forma visual, combina una serie de imágenes, figuras, texto, narraciones y datos, que llegan a ser de fácil entendimiento. La Infografía como recurso didáctico permite organizar la información de acuerdo con las características del usuario fina (2).

**Folleto:** impreso de extensión corta, que organiza la información por epígrafes o temas, es breve en la exposición de ideas, usa ejemplos prácticos e ilustraciones que faciliten la comprensión del texto. Evitar tecnicismos y los sustituye con descripciones simples y usa una voz activa (3).

**Rueda de elegibilidad:** es un círculo de doble cara, una interna y otra externa, que por medio de giros de la cara externa permite conjugar elementos relacionables (2).

**Webinar:** es un término usado para describir un seminario basado en la web. Webinars son como conferencias, pero los participantes participan remotamente a través de un ordenador. Los webinars típicos son de una dirección donde expone el conferenciante. Se pueden utilizar las actividades de colaboración, tales como el uso de chat de texto, los sondeos y encuestas, así como sesiones de preguntas y respuestas. Los webinars son a menudo grabados digitalmente para su reproducción futura proporcionando así la oportunidad de llegar a una audiencia aún más grande (4).

**Uso racional de antibióticos:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso racional de antibióticos hace referencia a que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad (5).

## 2. Introducción

Para la OMS el uso racional de antibióticos hace referencia a que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad (5).

La faringoamigdalitis es una entidad infecciosa muy común en el primer nivel de atención en salud y se estima que al año ocurren 600 millones de casos a nivel mundial, lo cual se convierten en una causa de incapacidad y ausentismo laboral (6). Para esta patología es bastante frecuente que se prescriban antibióticos de manera innecesaria esto debido a que el 70% de los casos puede ser viral y los otros, aunque son bacterianos, podrían tener una resolución espontanea (7).

Teniendo en cuenta lo anterior, el propósito del *Lineamiento para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención*, fue lograr orientar la adecuada prescripción de antibióticos, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud. Un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones (indicaciones) a implementar frente a una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, orientaciones de manejo y puntos de buena práctica disponibles en Guías de Práctica Clínica (GPC), protocolos, vías/rutas clínicas y demás documentos técnicos relacionados.

Para el desarrollo de los lineamientos se formularon tres preguntas orientadoras, las cuales fueron validadas por el grupo desarrollador:

1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno de la faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes, atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes, atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes adultos inmunocompetentes con faringoamigdalitis de origen bacteriano?

Con el fin de responderlas, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos: Medline y Cochrane reviews, así como GPC, lineamientos y protocolo en literatura gris incluyendo *Google Scholar* y repositorios institucionales educativos y de salud. En dicha revisión se incluyeron 11 documentos a los cuales se les evaluó la calidad metodológica. Posteriormente, se realizó un consenso formal de expertos bajo la técnica Delphi modificada, los cuales permitieron construir los algoritmos para las preguntas 1 y 2, correspondientes al flujograma para diagnóstico de la faringoamigdalitis y al flujograma prescripción de tratamiento respectivamente. Con dicha información se construyó la totalidad del lineamiento que fue entregado al Ministerio de Salud y Protección Social.

Por otra parte, con la finalidad de poder socializar el lineamiento construido en mención a la población objeto de este, es decir los médicos generales de atención primaria, se buscó en la literatura el impacto de algunas intervenciones educativas a médicos de atención primaria sobre el uso racional de antibióticos. Por ejemplo una revisión sistemática y un metanálisis encontró que la prescripciones inadecuadas de antibióticos para diferentes patologías osciló entre el 8% y el 100% (8), poniendo la evidencia la magnitud del problema a nivel mundial.

En un estudio de corte transversal realizado en 1.276 de médicos Noruegos, de los cuales 22% (n= 283) eran de atención primaria en salud se encontró que en general los médicos consideraron los cursos, reuniones y congresos como actividades de educación médica continua. Sin embargo los médicos de atención primaria dedicaron menos de 3 horas a la semana a la lectura médica, en comparación con más de 4,5 horas entre los médicos de los hospitales (9). Así mismo, un estudio llevado a cabo en médicos generales de dos ciudades Noruegas para evaluar el impacto de un programa de detalle académico en atención primaria sobre la tasa de prescripción de diclofenaco, naproxeno y medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en total, encontró que luego de la intervención al analizar dichas tasas 12 meses después de la intervención, hubo una reducción estadísticamente significativa en la prescripción de diclofenaco en ambas ciudades (- 18% y - 16%, respectivamente) (10).

En Malasia un programa estructurado de retroalimentación de rutina del prescriptor, que incluye tablas de clasificación y una carta de retroalimentación para reducir los errores de prescripción en las clínicas de atención primaria logro reducir efectivamente los errores de prescripción (11). En China una intervención de un ensayo clínico pragmático para formación y educación para médicos y cuidadores sobre la prescripción de antibióticos para las infecciones del tracto respiratorio superior en niños en centros de atención primaria logro la reducción sustancialmente de la prescripción de antibióticos para las infecciones de las vías respiratorias superiores infantiles (12).

Una revisión sistemática llevada a cabo a través de la síntesis 39 estudios con el objetivo de estimar la efectividad de las intervenciones profesionales, solas o en combinación, para mejorar la selección, la dosis y la duración del tratamiento de los antibióticos recetados por los proveedores de atención médica en el ámbito ambulatorio, concluyo que las intervenciones multifacéticas donde las intervenciones educativas ocurren en muchos niveles pueden aplicarse con éxito a las comunidades después de abordar las barreras locales al cambio. (13). Así mismo, una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis realizado con la finalidad de sintetizar las intervenciones encaminadas para reducir el uso inadecuado de antibióticos para las Infecciones del Tracto Respiratorio (ITR) agudas, encontró que cuatro intervenciones que tuvieron evidencia moderada-fuerte de efectividad en la reducción de la prescripción de antibióticos sin adversas fueron: educación de los padres (reducción del 21%, sin aumento de visitas de seguimiento), educación combinada del paciente/médico (reducción del 7%, sin cambios en las complicaciones)/satisfacción), pruebas de procalcitonina para adultos con ITR del tracto respiratorio inferior (12% a 72% de reducción, sin aumento de consecuencias adversas) y sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones (24% a 47% de mejora en la prescripción adecuada, 5% a 9% reducción, sin aumento de complicaciones) (14).

Otra revisión sistemática de la literatura y metaanálisis realizada con el objetivo de evaluar si las tasas de prescripción de antibióticos (APR) de las intervenciones para las infecciones respiratorias superiores infantiles se pueden reducir y qué factores afectan la efectividad de

la intervención, encontró que las intervenciones de educación se asociaron con una proporción de prescripción de antibióticos más baja en comparación con la atención habitual (OR 0,63 (IC del 95%: 0,50 a 0,81,  $p < 0,001$ ). Un enfoque de comunicación entre el paciente y el médico fue el tipo de intervención más eficaz, con un OR combinado de 0,41 (IC del 95%: 0,20 a 0,83;  $p < 0,001$ ) para los médicos y 0,26 (IC del 95%: 0,08 a 0,91;  $p = 0,04$ ) para los padres. Las intervenciones dirigidas a los médicos y los padres fueron significativas, con una OR combinada de 0,52 (IC del 95%: 0,35 a 0,78 (15).

Es así que teniendo en cuenta lo anterior y con base en el enfoque epistemológico propuesto por el Ministerio de Salud en Colombia para la educación para salud, se parte de entender que para cambiar las maneras en que se comprenden y se actúa en salud en el país es necesario “reconocer las condiciones concretas en que se desarrollan los sujetos y colectivos, para aportar de manera pertinente a la construcción de opciones para saber-hacer más y mejor sobre la salud” (16). Dado esto, se reconoce necesario considerar a los prescriptores del tratamiento antibiótico en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, como un actor e interlocutor importante en la consolidación de la estrategia de difusión del lineamiento, desde procesos horizontales, participativos y críticos, pues son ellos y ellas quienes serán los usuarios finales de estos lineamientos. De igual manera, escuchar a los prescriptores ayuda a determinar una línea de acción clara que permita vislumbrar el compromiso de los actores con el cambio de conductas, en este caso frente al uso racional de antibióticos, y prever los posibles obstáculos que existan para la adopción de dicha conducta.

## **2. Objetivos y alcance**

### **2.1. Objetivo**

Construir una estrategia basada en la participación, para la socialización de los lineamientos para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención.

### **2.2. Alcance**

Socializar a los médicos generales de consulta externa del primer nivel de atención los lineamientos para el uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, a través de una estrategia didáctica y participativa de difusión.

Población objeto: médicos generales que realicen consulta externa en el primer nivel de atención

Ámbito: servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud.



Usuarios: esta socialización está dirigida a médicos generales de primer nivel pertenecientes o no a las diferentes sociedades científicas.

Esta socialización no empleara las siguientes estrategias:

- Estrategias que este dirigidas a pacientes
- Estrategias dirigidas a distribuidores de antibióticos
- Manejo de las complicaciones o eventos adversos

### **3. Metodología**

#### **3.1. Construcción participativa de la estrategia**

Se construyó una estrategia de socialización participativa a partir de grupo focal realizado por el grupo desarrollador con representantes de las diferentes sociedades y asociaciones científicas. En el marco de un enfoque constructivista la elaboración de la estrategia desde los aportes de sus usuarios directos, requiere de reconocimiento de sus discursos y potencialidades para el cambio o fortalecimiento de conductas en el marco de los lineamientos para el uso racional de antibióticos. En ese sentido, se propuso un encuentro de diálogo o grupo focal, en el que se buscaba reconocer puntos específicos que guiaran la elaboración de la estrategia de difusión: los puntos de interés, los medios y herramientas.

#### **3.2. Proceso de mapeo y citación de actores**

En primer lugar, se realizó un mapeo de actores por parte del grupo desarrollador en el cual se elaboró un listado de todas las sociedades y asociaciones científicas, agremiaciones de profesionales de la salud e instituciones de salud considerados actores o participantes directos o indirectos del proceso de prescripción de medicamentos en el primer nivel de atención en salud (Anexo 1). Con base en dicho listado de la dirección de comunicaciones del IETS emitió cartas de convocatoria vía correo electrónico a los actores clave solicitando sus representantes o delegados al grupo focal, aclarando en la misma que en lo posible enviara a la persona que había participado en el proceso de construcción del lineamiento en el año 2019.

#### **3.3. Preparación del grupo focal**

Dentro de la preparación se realizó un guion amplio de preguntas posibles de abordaje, que fueron puestas en consideración del equipo desarrollador (expertos en metodología cualitativa y cuantitativa) y se seleccionaron de aquellas que podrían permitir la mayor recuperación de datos alrededor de la construcción de la estrategia de difusión. Las preguntas que se abordaron fueron:

1. ¿Qué entendemos por uso racional de antibióticos?

2. ¿Qué información le gustaría tener a la mano, para despejar las dudas para seleccionar un tratamiento antibiótico empírico para faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes?
3. ¿Qué información consideran indispensable tener sobre el lineamiento?
4. ¿Cuáles creen son las recomendaciones que más olvidan al informar a los usuarios frente a la toma del tratamiento antibiótico o el autocuidado?
5. ¿Cuál es medio que más usan para actualizar sus conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de problemas de la salud?
6. ¿Qué herramienta usan para despejar dudas urgentes (qué no dan espera)?
7. ¿Por qué usan esa herramienta en particular?
8. Si necesitaran consultar estos lineamientos en su práctica diaria, ¿qué medios o formatos serían más accesibles?
9. Si tuvieran que acceder a esta información, ¿sería mejor encontrarla en frases cortas contundentes o largas explicativas? ¿Por qué?
10. Se mostraron dos imágenes de información clínica con estrategias de diseño diferentes (Anexo 2) y se consultó a los expertos, ¿cuál les parece mejor?, ¿por qué? ¿Cuál quisieran tener en su consultorio o siempre a la mano?
11. ¿Qué obstáculos ha encontrado para leer o motivarse a leer información en salud como la que presenta los lineamientos?

Con este guion acordado, se construyó una agenda para la realización del grupo focal, en el que se abordaron las preguntas y se presentaron aspectos claves sobre los lineamientos.

Previo al panel, se envió a los participantes un resumen con los aspectos clave de los lineamientos con el fin de dar a conocer la información técnica a tratar y centrar el encuentro en la búsqueda de información sobre cómo socializarlo (Anexo 3).

La agenda que se llevó a cabo fue:

- 1) Presentación
  - a) Autorización de grabación
  - b) Declaración de conflicto de intereses

- 2) 2. Contexto: presentación lineamientos. Se centró en el alcance y las preguntas que guiaron la construcción del lineamiento, dando paso a despejar dudas específicas (dada la lectura previa del resumen enviado) (Anexo 2)
- 3) Objetivo y Metodología
- 4) Desarrollo del Grupo
- 5) Cierre

### 3.4. Desarrollo del grupo focal

El grupo focal se desarrolló a través de la plataforma de Zoom®, el día 6 de noviembre de 2020, tuvo una duración de dos horas de 5 a 7pm. Los asistentes fueron:

**Tabla 1. Relación de participantes en el grupo focal por sociedades o agremiaciones convocadas**

Institución representante o lugar de trabajo	Nombre
Sociedad Colombiana De Médicos Generales	Jorge Leonardo Sánchez Pinzón
Experta Individual	Deymi Katiуска Núñez Ávila
Colegio Médico Colombiano	Juan Esteban Duarte Barrera
Sociedad Colombiana De Médicos Generales	Lina Claudia Santos Hernández
Colegio Médico Colombiano	Edwin Garay Jaramillo
Colegio Médico Colombiano	Anyull Dayanna Bohórquez Caballero
Colegios Médico Colombiano	Samuel David Barbosa Ardila
Colegio Médico Colombiano	Fiorella Sofia Uparela Marthe
Colegio Médico Colombiano	Roberto Baquero Haeberlin
Experta Independiente	Sandra Patricia Pinzón
Colegio Médico Colombiano	Ivonne Jeannette Díaz Yamal
Médicos Generales Colombianos	Invitación Genérica

Fuente: IETS 2020

La dinámica se dio sin novedades en la agenda. En general se pudo ver un interés de los médicos por participar en este tipo de actividades, una preocupación por la problemática central del lineamiento sobre el uso racional de antibióticos y la necesidad de realizar acciones desde su quehacer diario, pero también involucrar otros actores sociales (usuarios, personal que dispensa medicamentos y Estado).

El encuentro fue grabado en la plataforma Zoom® y transcrito en formato en Microsoft Word®, de la transcripción se realizó el análisis de la información desde temas presupuestos dadas las preguntas que se abordaron (Anexo 6).

## **4. Resultados**

### **4.1. Construcción participativa de la estrategia**

Se convocaron en total 12 representantes de las diferentes sociedades, asociaciones, y agremiaciones, de las cuales se contó con la participación del 91,6% (n=11) de los invitados. El encuentro tipo grupo focal fue la estrategia metodológica participativa para la recolección de la información. Una vez se obtuvo los datos en ese espacio, la información fue transcrita en formato Word lo que permitió las lecturas línea por línea de los datos para identificar los aspectos más significativos y organizarlos en temáticas relevantes consideradas importantes para el diseño de la estrategia de difusión de los lineamientos. Este proceso originó cuatro temas:

- Tema 1: Cultura del uso de antibiótico
- Tema 2: Información necesaria para un uso racional de antibióticos
- Tema 3: Medios de difusión de los lineamientos
- Tema 4: Herramientas para la difusión de los lineamientos

#### **Tema 1: Cultura del uso de antibiótico**

Frente a este tema se identifican tres actores importantes para el uso racional de antibióticos, los usuarios, personal que dispensa medicamentos y los médicos.

En el marco de una percepción de cultura antibiótica que parece centrarse en haber instaurado el antibiótico como el medicamento por excelencia para curar y de fácil adquisición, así lo expresa uno de los participantes:

*“Me parece que a nivel cultural como colombianos la auto formulación de antibióticos, a pesar de que está reglamentado que se deben vender bajo prescripción médica, aún muchos sitios no respetan esa restricción y nosotros culturalmente creemos que todo se soluciona a punta de antibióticos” (Experto 6)*

Esto genera una sinergia de sentidos entre “la solución” y fácil adquisición que parece dejar en la población la creencia del halo inofensivo del antibiótico, lo que implica que muchos lo consideren el tratamiento por excelencia sin reconocer sus posibles daños.

*Es que la pelea siempre está con la gente ,que todo el mundo quiere tomar antibióticos, es una de las cosas más hartas del mundo, entonces la pelea que uno tiene todos los días hasta con la misma familia, que una gripa hay que tomar*

*antibiótico, [...] es muy importante que el paciente entienda que no debe estar tomando antibióticos, [...] que entienda que tomar antibióticos sin tener la necesidad de tomar antibióticos, sin completar el tratamiento e irse a esas bombas que vende todo el mundo para mejorarse de cualquier gripa, cometen un error muy grave[...] No sé si hubiera la manera de tener algún folleto o alguna cosa en los consultorios que uno le pudiera dar al paciente con el sello del ministerio, el sello del IETS, de las instituciones, que le hagan advertencia que no es sano tomar antibióticos cada vez que quiera. (Experto 4)*

A esto se suma, la pugna entre la auto formulación y la formulación médica, por un lado, el halo de inofensividad del antibiótico y la apreciación que tiene como tratamiento efectivo dentro la **cultura del uso**, genera en el encuentro terapéutica una tensión a revisar, pues el usuario presiente que la no formulación del antibiótico es señal, en el imaginario sociocultura, de negligencia médica, lo que lleva al profesional a sentir presión por parte del usuario, para escapar del imaginario:

*...a veces como médicos no sentimos presionados frente al paciente que acude a la consulta para que le den antibióticos. Debemos tener una parte más clara tanto como el que prescribe, como también hacerle ver al paciente la posibilidad que no solamente el tratamiento [...] con antibióticos, haciendo que no tengamos resistencia en el momento que necesitemos el uso de antibióticos. (Experto 6)*

La cultura del uso de antibióticos que caracterizan los profesionales médicos participantes en el encuentro se resume en tres conceptos con significados comunes: “matrimonio”, “bomba” o “combo” que señalan el uso de antibióticos conjugados con otros medicamentos, especialmente analgésicos. Estos, ampliamente socializados en la población en general, se convierten también en el lenguaje de formulación que se hace en las droguerías o farmacias, es el concepto compartido entre un(a) persona que dispensa medicamentos y la comunidad que busca soluciones ‘efectivas’, de fácil acceso, y aparentemente inofensivas.

*“...la gente se acerca a la farmacia y dice me siento mal y en la farmacia le entregan su combo y ellos no saben ni siquiera lo que están tomando.” (Experto 8)*

*“...porque desafortunadamente muchas de las personas salen a las droguerías a comprar el matrimonio...” (Experto 1)*

*“...que entienda que tomar antibióticos sin tener la necesidad de tomar antibióticos, sin completar el tratamiento e irse a esas bombas que vende todo el mundo para mejorarse de cualquier gripa...” (Experto 4)*

*“Me acuerdo que me llegó un niño de un año con una faringoamigdalitis con azitromicina en jarabe y dije, pues ya no le tengo que hacer nada porque ya le dieron*

*tres días de azitromicina, y el niño era un cuadro viral entonces la mamá dijo no puede ser y se le dio un antibiótico que no tenía indicación” (Experto 8)*

Esta cultura entonces se caracteriza por la confluencia de tres actores, cada uno con un rol, en el que la tensión es permanente dadas las creencias que la fundamentan.

El primer actor, los usuarios, parece caer gran parte de la responsabilidad del uso racional, desde la perspectiva de los asistentes al grupo focal, básicamente por tres aspectos identificados en el discurso:

1. “Los pacientes sienten que no son tratados sino se les formula el antibiótico”.
2. Hay una dificultad a la adherencia del tratamiento dado:
  - a) “los tiempos de toma” (horarios que se saltan, tratamientos de varias dosis),
  - b) “el miedo al tratamiento por algunos mitos como que secan la sangre, la anemia, y los daños que pueden causar”.
3. La toma indiscriminada de antibióticos ante cualquier síntoma, arraigada en el denominado “matrimonio”.

El segundo actor, el personal que dispensa medicamentos, tiene responsabilidad, de acuerdo con los participantes por:

1. La venta sin fórmula o la formulación de los antibióticos empíricamente.
2. Ser parte de la cultura del “matrimonio” para tratar cualquier serie de síntomas especialmente de origen respiratorio.
3. Caso omiso a la normatividad, o la no existencia de esta para que ellos regulen la dispensación de este medicamento.

Por último, los médicos quienes identifican para sí la responsabilidad en:

1. La necesidad de “tomar un minuto” de la consulta para la educación al usuario.
2. Olvidos frente al informar “cada cuánto se debe tomar el antibiótico” dada la importancia de conocer la biodisponibilidad del antibiótico.
3. “Sentir presión por los usuarios para dar el antibiótico, para sentir que son tratados”.
4. La necesidad de “hablar un mismo idioma” cuando de tratamiento antibiótico se trata.

## **Tema 2: Información necesaria para un uso racional de antibióticos**

Este tema deja ver los aspectos que se reconocen como necesarios para tener en cuenta para lograr un uso racional de antibióticos. Los temas son variados, pero parte del reconocimiento de las circunstancias en las que se enmarca la prescripción, administración y uso de los antibióticos; se podría decir que los temas dibujan una ruta a seguir para el uso racional.

Como primer paso se sugiere saber que microorganismos son los más prevalentes en la faringoamigdalitis y sus patrones de resistencia en el país, con el fin de reconocer qué antibióticos serían los más recomendables, así lo expresan los participantes:

*“Sería muy útil que tuviera no solamente el tratamiento, sino la epidemiología y los patrones de resistencia microbiológica que hay en el país así sean del año que sean, pero sería muy útil para el seguimiento y las decisiones clínicas en el uso racional de antibióticos.” (Experto 8)*

*“Que se pueda tener la caracterización tanto del microbiota a nivel de la comunidad como a nivel hospitalario, creo que ese es un punto bastante importante.” (Experto 3)*

*“Algo que me gustaría, no sé si se encuentra disponible en Colombia es ver desde un punto de vista tecnológico, las principales bacterias que afectan el tracto en este caso sería la vía aérea superior, para una faringoamigdalitis” (Experto 11)*

Un segundo paso, está relacionado con el proceso diagnóstico para un mejor tratamiento, especialmente cuando esta decisión se basa en pruebas de laboratorio:

*“Por la forma en cómo he visto los pacientes, yo siempre mando tratamiento con laboratorio, si veo que hay una hematología alterada, si la paciente tiene alguna sintomatología o un uroanálisis alterado, se le indica antibiótico” (Experto 10)*

*“...lo otro es tener básicamente el tratamiento de urocultivo que sean más de 100000 colonias porque menos de 100000 colonias es bacteriuria asintomática y no se trata, entonces pienso que lo más importante tener muy claro los lineamientos de laboratorio y las buenas guías de manejo para saber cómo en efecto dar antibiótico” (Experto 2)*

El paso tres, se refiere a la prescripción en sí, para esto se señala la necesidad de hablar un mismo idioma,

*Otra cosa que me gustaría adicionar, me parece que nosotros como médicos todos deberíamos hablar el mismo idioma, me parece que deberíamos tener un algoritmo para saber si lo hacemos cómo lo vamos a iniciar (Experto 6).*

*“...Pues tratar de utilizar esquemas de antibiótico que en el caso en que estén indicados que sean más accesibles y fáciles de manejar, un ejemplo, claro es el uso de la penicilina benzatínica intramuscular una única dosis, comparado con una amoxicilina que es una penicilina de primera generación con un esquema de varios días y varias dosis, dónde va a haber problemas de adherencia o hay mayor riesgo de falta de adherencia y de seguimiento de la conducta médica” (Experto 8).*

*“Me parece que deberíamos tener un algoritmo para saber si lo hacemos cómo lo vamos a iniciar, si realmente la prevalencia es viral o es el uso no adecuado, desde cuándo voy a usar el antibiótico, cuál escalonamiento voy a tener el antibiótico, porque a veces vemos tratamientos escalonados de primera elección que inician con un antibiótico de tercera generación y vemos que a veces nos quedamos cortos porque iniciamos tratamiento de primera línea realmente demasiado agresivos, en el momento lo que hablábamos de la parte viral, se inicia con antibióticos de alta gama, entonces me parece que deberíamos, que todos habláramos en el mismo idioma, y todos tuviéramos los mismos lineamientos para que todos manejáramos este tipo de patologías de la misma manera.” (Experto 6)*

El cuarto paso en la ruta está dado por la necesidad de generar en la atención “un minuto” para la educación al usuario:

*“...que uno pueda hacer cultura y uno no pueda hacer educación con el paciente, que si el paciente consulta por riesgo cardiovascular, por alguna cosa, yo tomé un minuto de esa consulta y le diga a ver cuándo usted se sienta enfermo, puede venir puede acercarse al puesto de salud, puede sacar una cita con su médico general, con su médico de familia, por favor no utilice los antibióticos que le dan en la droguería, porque eso no está bien, no es sano para su salud, va generar mayor resistencia, la resistencia es algo muy grave algo que lo puede llevar a usted a una unidad de cuidado intensivo” (Experto 3)*

*“Debemos tener una parte más clara tanto como el que prescribe, como también hacerle ver al paciente la posibilidad que no solamente el tratamiento para la faringoamigdalitis que realmente como vemos, es más viral, no se debe tratar con antibióticos, haciendo que no tengamos resistencia en el momento que necesitamos el uso de antibióticos.” (Experto 6)*

Especialmente, un punto de interés en este paso de la ruta es la educación que tiene que ver con los tiempos de toma:

*“...cuando formulo un antibiótico cada 6 horas, la persona cada 6 horas decidió que estas son tres veces al día, entonces uno le dice 24 horas dividido... quiere decir cuatro veces al día entonces, los pacientes muchas veces no entienden bien y una de las cosas que yo siempre peleo mucho, uno tiene que explicar muy claramente de verdad como es el manejo de los medicamentos, cómo es que se lo tienen que tomar y por cuánto tiempo.” (Experto 4)*

*“No sé, las principales por las que hay una falla terapéutica es el abandono del paciente, seguramente que sí era un cuadro viral en tres o cuatro días va a tener la*



*resolución de su sintomatología y eso hace que se presente el abandono, los esquemas largos de antibiótico hace que sea más difícil la adherencia y cuando los medicamentos superan las 8 horas es decir que tiene que tomárselo cada 6 horas es mucho más difícil porque van a quedar dosis en la madrugada, en la noche que los pacientes seguramente no se van a levantar a tomar las entonces, creo que un esquema largo y un esquema que requiera una dosis muy frecuente va a tener un fallo terapéutico.” (Experto 3)*

Finalmente, en el sexto paso de la ruta los médicos asistentes subrayan la necesidad de reconocer el trabajo que se debe hacer frente a la normatividad existente para la venta y disposición de los antibióticos, desde dos vías: una en el control de venta en farmacias sin receta médica, y otra, en procurar el acceso a las primeras líneas de la antibioticoterapia, respecto a la primera vía se afirma:

*“...si bien no tendrían que ser un medicamento controlado cómo son los opioides, si tendrían que requerir por normatividad para la dispensación en farmacias, la formulación y ser un poco más estrictos con la adherencia de la formulación médica y creo que ahí se toca en las tres áreas y decía si los pacientes quieren tomarse el antibiótico, pues las farmacias están controladas en su dispensación sin formulación médica, creería que eso serían cosas que se podrían hacer para mejorar.” (Experto 3)*

Y frente a la segunda:

*“Para el inicio del manejo, me he encontrado varias veces con que yo dejo el manejo, le dejó el paciente, mira esta es la fórmula y la dificultad de que en el municipio no se encuentra el medicamento, yo digo, voy a dejar tal manejo, el paciente camina por todo el pueblo se va a todas las farmacias, vuelve a la consulta y me dice doctora, no hay el manejo, enseguida pienso, y acá en el pueblo que sí tengo, esa es una dificultad a la que me he enfrentado varias veces y es el tema de que no cuento con muchos medicamentos que serían la primera línea de manejo y tengo que pensar mandarle cuál...” (Experto 9)*

En síntesis, el grupo reconoce que hay temas que son importante saber, subrayar o “tener a la mano” cuando de tratamiento antibiótico se trata, ya sea para ellos como prescriptores, o para los usuarios o personal que dispensa medicamentos, los temas de interés son:

1. Conocer la epidemiología de la faringoamigdalitis y los principales agentes microbianos y los patrones de resistencia bacteriana.
2. Conocer la normatividad vigente frente a la venta y disposición de los antibióticos en el país.
3. Cómo tratar empíricamente y cuáles son los tratamientos de primera línea, para todos “hablar un mismo idioma”.

4. Algoritmos para el inicio antibiótico.
5. Conocer los lineamientos de reporte de laboratorio para tratar y las buenas prácticas para el diagnóstico.
6. Reconocer en la prescripción aspectos de educación al usuario frente a cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la fórmula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona.
7. Establecer una ruta para llegar al tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible.
8. Conocer las contraindicaciones y efectos secundarios en el manejo antibiótico (ellos y los usuarios).
9. Que la información sea selectiva pues hay saturación de información, especialmente en estos últimos días.

### **Tema 3: Medios de difusión de los lineamientos**

Los medios de difusión se presentaron en tres vías, una centrada en las tecnologías de la información pensando en que puedan ser usadas sin conexión a internet para que se pueda tener acceso en cualquier territorio, estas centradas en el celular como medio de consulta. Otra cercana a difusión en material didáctico físico, que sea distribuido en las regiones, como herramientas de bolsillo y finalmente, a través de los eventos académicos de organizaciones académicas y gremiales o por televisión (noticieros).

La tecnología se convierte en el medio de respuesta inmediata cuando de obtener información se trata:

*“Ahorita que estamos en la época de la tecnología sería interesante tener una App con las guías” (Experto 4)*

*“Sería chévere una App ahora con la tecnología de los celulares, sería interesante hacer una App donde uno, vaya poniendo sus puntos afirmativos o negativos y que él le indique cómo los pasos a seguir” (Experto 8)*

*“Pero también si llegarán por correos estos lineamientos uno que lo estuviese ahí en la bandeja de entrada de cualquier forma de que si la App no te funciona uno se mete y puede ver estos lineamientos, así en una emergencia uno rápido revisa si el paciente tiene una infección viral en las vías respiratorias superiores y cuáles son, el algoritmo que estaba mencionando” (Experto 10)*

*“Algo que se podría hacer pensando con una visión tecnológica, es todos los proveedores de los sistemas de historia clínica digitales que están en el país, están regidos por decretos nacionales y sería fácil incluirlos dentro de ellos, que se incluyera el acceso o el direccionamiento cuando se formule el antibiótico a las guías de práctica clínica del ministerio a dónde están los repositorios o inclusive dentro de*

*esos mismos sistemas de historia clínica se incluyen resúmenes frente a los usos de antibióticos, eso se podría ser muy fácil con la tecnología y hoy por hoy se integran sin ningún problema y se podría reglamentar de una forma más sencilla.” (Experto 8)*

Sin embargo, reconociendo la posibilidad de acceso a este tipo de tecnologías en el territorio de nacional, algunos de los asistentes reconocen la utilidad de herramientas que se puedan tener a la mano:

*“...tendríamos que pensar una aplicación que esté siempre así no tenga conexión a internet y la imagen y todo cargue siempre y se esté actualizando, sería una buena herramienta así, si es una actualización continua, si lo que estamos buscando es hacer una cosa para que sea una herramienta a la mano, de entrada haría definitivamente una infografía, porque pienso que la gente la mayoría de médicos generales acude a medscape por ejemplo y su celular de entrada o a su imagen que tiene guardada de las perlas, que siempre guarda para las cosas muy importantes y muy frecuentes que tiene a la mano, por qué una infografía y por qué algo tan reducida, porque estamos buscando llegar al correcto tratamiento en el menor tiempo posible” (Experto 5)*

Por otro lado, se reconoce los líderes de opinión a quienes se les escucha por vías como los seminarios de asociaciones académicas y científicas, e incluso aquellos que han empezado a tener reconocimiento por su participación en la televisión nacional o impacto en redes sociales.

*“...es tal vez hacer eventos académicos desde las organizaciones de profesionales, ahí hago la cuña un poco de las organizaciones, el colegio médico las sociedades científicas en donde podrían darse como esta difusión de estos lineamientos con los directivos, las personas que participaron en la creación de los lineamientos”*

*“Lo otro que yo también recomendaría un poquito, es también estas secciones de médicos de los noticieros de las diversas cosas, como por ejemplo Carlos Francisco, el doctor Julio Durán en RCN, ahorita se me escapó el nombre de la doctora de caracol, toca aprovechar ellos para que nos ayuden a hacer una difusión de todo este tema, María Fernanda la de caracol.” (Experto 4)*

*“Recomendaría que se relacionara un poco a los presidentes de sociedades científicas referentes a los temas específicos que se van a buscar porque según su espectro gremial y profesional son los más representativos y también podría ser útil, no sé, tanto como experto, pero sí para darle visibilidad a toda la reglamentación y a todas las conductas que se están tomando con estas guías utilizar los influenciadores médicos que hay en las redes sociales que hay varios que tienen una alta trayectoria y visibilidad engagement, qué es un término que se utiliza hoy” (Experto 8)*

#### **Tema 4: Herramientas para la difusión de los lineamientos**

En concordancia con el tema anterior, en este tema se logran identificar herramientas tanto para la difusión por tecnologías de información y por material didáctico. Sin embargo, se puede resumir que en general, para los participantes, las herramientas deben ser: “*claras*”, “*fáciles de usar*”, “*estéticas (“bonitas”)*”, “*visuales*”, “*fácil de cargar (“a la mano, de bolsillo”)*”, “*simplificadas*”, “*cortas*” y “*que muestren el paso a paso (“Tipo AHA”)*” y “*reduzcan el tiempo de lectura*”.

Vía TICS se sugiere las aplicaciones para tecnologías telefónicas, se sugieren *galerías de infografías* o “Apps tipo clinical decision support system”. En estos se hace referencia a la importancia que estas aplicaciones den alertas frente a las contraindicaciones y efectos. Puede también usarse un “correo de material de actualización sobre el tema”.

Vía material didáctico físico se propone como herramienta ideal *los flujogramas*, sobresalen aspectos como que sean “*fáciles de consultar*”, “*facilite la toma de decisiones*” y “*resaltar los puntos claves para el tratamiento*”. Así mismo, se recomienda las tablas paso a paso (Tablas de American Heart Association- AHA).

Para usuarios se recomienda material de recordación tipo “folleto” con aspectos relacionados con cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la fórmula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona. Y para personal que dispensa medicamentos material visual con la normatividad frente a la no venta y distribución de antibióticos sin fórmula médica. Se señala que el material “venga con el sello del ministerio y del IETS” para generar credibilidad en las personas.

Vía eventos académicos: el grupo informa sobre agotamiento con la herramienta webinar, especialmente por la vivencia de estas fechas de pandemia. Se recomienda que sea actividades sinérgicas con las organizaciones académicas y científicas del país.

**Una vez se establecieron estos temas, se elaboró un cuadro que relaciona la información dada por los participantes con aproximaciones a herramientas de difusión (**

Anexo 5) .Este cuadro es puesto a revisión por el equipo de trabajo quienes hacen ajustes a partir de los cuáles se elaboró un cuadro definitivo de proyección de la estrategia que prioriza, por un lado, los aspectos y alcance de los lineamientos a difundir, y por otro, la información recolectada en el grupo focal.

Los resultados de la transcripción del grupo focal se presentan en el Anexo 6. Con base en el análisis de la información obtenida a partir del grupo focal y teniendo en cuenta el alcance acordado con el Ministerio de Salud y Protección Social se diseñó la estrategia educativa de socialización la cual se presenta en la

Tabla 2.



**Tabla 2. Estrategias para la socialización del lineamiento de faringoamigdalitis de origen bacteriano**

Lineamiento	<b>ESTRATEGIA DE DISFUSION: clara, fácil de usar, estética, visual, a la mano, de bolsillo, simplificada, corta, paso a paso y reduce el tiempo de lectura. Herramientas físicas y offline que se complementan</b>					
	Aspectos del lineamiento	Temas identificado en el grupo focal	Actor	Medio de difusión	Herramienta	Objetivo evidenciado desde el grupo focal
Lineamiento para el desarrollo de una estrategia de uso racional de antibióticos en faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes, dirigido a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención	Lineamientos para el diagnóstico adecuado y oportuno de la faringoamigdalitis de origen bacteriano	Diferenciación entre bacteriana y viral.	Médicos	Físico	Infografía  Tabla de síntomas y criterios de las escalas Centor o FeverPAIN	Reducir el autotratamiento con el “matrimonio” o “bombas”.
	Algoritmo para el diagnóstico de faringoamigdalitis de origen bacteriano en Colombia	Diagnóstico y tratamiento empírico.	Médicos	Físicos y galería de infografías.	Infografía Puntajes escalas y elección terapéutica	Llegar a tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible.
	Lineamientos para tratamiento farmacológico de la faringoamigdalitis de origen bacteriano	Diferenciación entre bacteriana y viral			Flujograma	Proceso diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana
	Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado	Reconocer en la prescripción aspectos de educación al usuario	Médicos	Físico	Infografía Paso a paso Una correcta prescripción antibiótica	Reducir el autotratamiento con el “matrimonio” o “bombas”.
		Cómo tomar el antibiótico, cuando,				



		tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la formula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona. Además de prevención y autocuidados.				
	Aspectos generales del lineamiento	Conocer la epidemiología de la faringoamigdalitis y los principales agentes microbianos y los patrones de resistencia bacteriana.  Conocer las contraindicaciones y efectos secundarios en el manejo antibiótico	Médico	Virtual	Webinar y grabación en diferido para acceso en distintos momentos.	Socializar aspectos relevantes y contextuales para una mayor comprensión de lo dispuesto en el lineamiento.

Fuente: Construcción propia



## 4.2. Ampliación de información del lineamiento

### 4.2.1 Generalidades de la prescripción de medicamento

En Colombia según el decreto 2200 de 2005 “Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones” en su Capítulo IV, dicta unas recomendaciones que todo médico debe tener en cuenta a la hora de la prescripción, así mismo el contenido de la misma (17) . A continuación se muestra cada uno de estos.

#### Características de la prescripción

Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.
- Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
- No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.
- La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.
- La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
- La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
- Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

### Contenido de la prescripción

La prescripción del medicamento deberá realizarse en un formato el cual debe contener, como mínimo, los siguientes datos cuando estos apliquen:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación.
- Número de la historia clínica.
- Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.
- Período de duración del tratamiento.
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

#### 4.2.2 Reacciones adversas más frecuentes y contraindicaciones del esquema de tratamiento

Con el fin de ampliar la información del lineamiento se realizó la búsqueda de información en la página UPTODATE, sobre las reacciones adversas más frecuentes y las contraindicaciones del tratamiento de primera y segunda línea, así como la recurrencia para la faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes ([Tabla 3](#)).

**Tabla 3. Contraindicaciones y eventos adversos más frecuente de los antibióticos para el tratamiento de la faringoamigdalitis bacteriana**

Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
<b>FARINGOAMIGDALITIS: Primera línea</b>		
Penicilina V	<ul style="list-style-type: none"> <li>10%: Gastrointestinal: Melanoglosia, diarrea leve, náuseas, candidiasis oral, vómitos</li> <li>&lt;1%: nefritis intersticial aguda, anafilaxia, convulsiones, dermatitis exfoliativa, fiebre, anemia hemolítica, reacción de hipersensibilidad, prueba de Coombs directa positiva, reacción similar a la enfermedad del suero</li> </ul>	Hipersensibilidad a las penicilinas y/o cefalosporinas. Adminístrese con precaución en pacientes con insuficiencia renal.
Amoxicilina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema nervioso central: dolor de cabeza (1%)</li> <li>Gastrointestinal: diarrea (2%), náuseas (1%), vómitos (1%)</li> <li>Genitourinario: infección vulvovaginal (2%)</li> </ul>	Hipersensibilidad a las penicilinas y/o cefalosporinas. Adminístrese con precaución a pacientes con insuficiencia renal.
<b>FARINGOAMIGDALITIS: Segunda línea</b>		
Penicilina benzatínica	<p>Frecuencia no definida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiovascular: accidente cerebrovascular, angitis por hipersensibilidad, hipotensión, palpitaciones, embolia pulmonar, síncope, taquicardia, vasodilatación, vasoespasmo, síncope vasodepresor.</li> <li>Sistema nervioso central: ansiedad, coma, confusión, mareos, somnolencia, euforia, fatiga, dolor de cabeza, sensación de calor localizado, nerviosismo, anomalía neurológica (vejiga neurogénica), entumecimiento de las extremidades, dolor, convulsiones, mielitis transversa</li> <li>Dermatológico: diaforesis, gangrena de la piel y / u otros tejidos subcutáneos, palidez, prurito, manchas en la piel, necrosis de la piel u otros tejidos (síndrome de Nicolau), ulceración de la piel en el lugar de la inyección</li> <li>Gastrointestinal: sangre en las heces, diarrea asociada a Clostridioides difficile, necrosis intestinal, náuseas, vómitos</li> <li>Genitourinario: hematuria, impotencia, priapismo, proteinuria</li> </ul>	hipersensibilidad a las penicilinas y/o cefalosporinas

Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hematológico y oncológico: linfadenopatía</li> <li>Hepático: aumento de la aspartato aminotransferasa sérica</li> <li>Hipersensibilidad: anafilaxia, reacción de hipersensibilidad</li> <li>Inmunológico: reacción de Jarisch-Herxheimer</li> <li>Local: absceso en el lugar de la inyección, atrofia en el lugar de la inyección, sangrado en el lugar de la inyección, hematomas en el lugar de la inyección, celulitis en el lugar de la inyección, edema localizado (en el lugar de la inyección), inflamación en el lugar de la inyección, reacción en el lugar de la inyección (daño neurovascular), dolor en el lugar de la inyección. lugar de la inyección, masa residual en el lugar de la inyección, necrosis tisular en el lugar de la inyección</li> <li>Neuromuscular y esquelético: artropatía, astenia, exacerbación de la artritis, enfermedad perióstica, rabdomiólisis, temblor</li> <li>Oftálmico: ceguera, visión borrosa</li> <li>Renal: aumento del nitrógeno ureico en sangre, aumento de la creatinina sérica, mioglobinuria, síndrome de insuficiencia renal</li> <li>Respiratorio: apnea, extremidades cianóticas, disnea, hipoxia, hipertensión pulmonar</li> </ul>	
Cefadroxilo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1% a 10%: Gastrointestinal: Diarrea</li> </ul>	Hipersensibilidad a las cefalosporinas y/o penicilinas. Adminístrese con precaución a pacientes con afección renal
Cefalexina	<p>Frecuencia no definida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema nervioso central: agitación, confusión, mareos, fatiga, alucinaciones, dolor de cabeza.</li> </ul>	En caso de hipersensibilidad conocida a las cefalosporinas.

Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dermatológico: eritema multiforme (raro), prurito genital, erupción cutánea, síndrome de Stevens-Johnson (raro), necrólisis epidérmica tóxica (raro), urticaria</li> <li>Gastrointestinal: dolor abdominal, diarrea, dispepsia, gastritis, náuseas (raro), colitis pseudomembranosa, vómitos (raro)</li> <li>Genitourinario: candidiasis genital, flujo vaginal, vaginitis</li> <li>Hematológicos y oncológicos: eosinofilia, anemia hemolítica, neutropenia, trombocitopenia</li> <li>Hepática: ictericia colestásica (rara), hepatitis (transitoria, rara), aumento de ALT sérica, aumento de AST sérico</li> <li>Hipersensibilidad: anafilaxia, angioedema, reacción de hipersensibilidad</li> <li>Neuromuscular y esquelético: artralgia, artritis, artropatía</li> <li>Renal: nefritis intersticial (raro)</li> </ul>	
Claritromicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema nervioso central: dolor de cabeza (2%), insomnio</li> <li>Dermatológico: erupción cutánea (niños 3%)</li> <li>Gastrointestinal: disgeusia (adultos 3% a 7%), vómitos (niños 6%), diarrea (3% a 6%), náuseas (adultos 3%), dolor abdominal (2% a 3%), dispepsia (adultos 2%) )</li> <li>Hematológico y oncológico: tiempo de protrombina prolongado (adultos 1%)</li> <li>Hepático: pruebas de función hepática anormales</li> <li>Hipersensibilidad: reacción anafilactoide</li> </ul>	<p>Hipersensibilidad conocida a los fármacos antibióticos macrólidos o a cualquiera de sus excipientes. La administración concomitante de claritromicina y de cualquiera de los siguientes fármacos está contraindicada: astemizol, cisaprida, pimozida, terfenadina ya que esto puede resultar en prolongación del QT y arritmias cardíacas, incluyendo taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, y torsades de pointes. administración concomitante de claritromicina y los alcaloides del ergot (como ergotamina o dihidroergotamina) está contraindicada, ya que esto puede resultar en toxicidad por ergot. La administración concomitante de claritromicina</p>

Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infección: candidiasis (incluida la oral)</li> <li>Renal: aumento del nitrógeno ureico en sangre (4%)</li> </ul>	<p>con midazolam oral es contraindicada. claritromicina no debe administrarse a pacientes con historial de prolongación del qt o arritmia cardíaca ventricular, incluyendo torsades de pointes. claritromicina no debe ser administrada a pacientes con hipokalemia (riesgo de prolongación del tiempo qt). claritromicina no debe ser usada en pacientes que sufren de enfermedad hepática severa en combinación con daño renal. claritromicina no debe utilizarse concomitantemente con inhibidores de la hmg-coa reductasa (estatinas) que son extensamente metabolizados por cyp3a4, (lovastatina o simvastatina), debido al incremento del riesgo de miopatía incluyendo rabdomiólisis. precauciones). La claritromicina (y otros inhibidores fuertes de cyp3a4) no deben ser usados concomitantemente con colchicina. está contraindicada la administración concomitante con ticagrelor o ranolazina</p>
Eritromicina	<p>Frecuencia no definida. La incidencia puede variar con la formulación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiovascular: prolongación del intervalo QTc, torsade de pointes, arritmia ventricular, taquicardia ventricular</li> <li>Sistema nervioso central: convulsiones</li> <li>Dermatológico: eritema multiforme, prurito, erupción cutánea, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, urticaria</li> <li>Gastrointestinal: dolor abdominal, anorexia, diarrea, náuseas, candidiasis oral, pancreatitis, colitis</li> </ul>	<p>Hipersensibilidad a la eritromicina. Adminístrese con precaución a pacientes con lesión hepática o trastornos dispépticos.</p>

Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<p>pseudomembranosa, estenosis pilórica (hipertrófica infantil), vómitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hepático: pruebas de función hepática anormales, ictericia colestásica (más común con estolato), hepatitis</li> <li>Hipersensibilidad: anafilaxia, reacción de hipersensibilidad</li> <li>Local: flebitis en el lugar de la inyección</li> <li>Neuromuscular y esquelético: debilidad</li> <li>Ótica: pérdida de audición</li> <li>Renal: nefritis intersticial</li> <li>Poscomercialización y / o informes de casos: hepatotoxicidad (idiosincrásica) (Chalasani 2014)</li> </ul>	
Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gastrointestinal: Diarrea (<math>\leq 14\%</math>; los regímenes de dosis única alta tienden a asociarse con una mayor incidencia), náuseas (<math>\leq 7\%</math>; regímenes de dosis única alta: 5% a 18%)</li> <li>Cardiovascular: dolor de pecho (<math>\leq 1\%</math>), edema facial (niños: <math>\leq 1\%</math>), palpitaciones (adultos: <math>\leq 1\%</math>)</li> <li>Dermatológico: Diaforesis (niños: <math>\leq 1\%</math>), eccema (niños: <math>\leq 1\%</math>), dermatitis fúngica (niños: <math>\leq 1\%</math>), prurito (<math>\leq 2\%</math>), fotosensibilidad cutánea (adultos: <math>\leq 1\%</math>), erupción cutánea (<math>\leq 2\%</math>; los regímenes de dosis única tienden a asociarse con una mayor incidencia), urticaria (<math>\leq 1\%</math>), dermatitis vesiculobullosa (niños: <math>\leq 1\%</math>)</li> <li>Endocrino y metabólico: aumento de lactato deshidrogenasa (1% a 3%)</li> <li>Gastrointestinal: dolor abdominal (1% a 7%; los regímenes de dosis única tienden a asociarse con una mayor incidencia), anorexia (<math>\leq 2\%</math>), estreñimiento (<math>\leq 1\%</math>), disgeusia (adultos: <math>\leq 1\%</math>), dispepsia (<math>\leq</math></li> </ul>	<p>Hipersensibilidad conocida a la azitromicina, eritromicina, a cualquier antibiótico macrólido o cetólido o a cualquiera de los excipientes. Pacientes con antecedentes de ictericia colestática / disfunción hepática asociada con el uso previo de azitromicina. Embarazo y lactancia. La prolongación de la repolarización cardíaca y el intervalo QT, aumentan el riesgo de desarrollar arritmias cardíacas y torsades de pointes, potencialmente fatales. Se ha reportado con el uso de casi todos los agentes antibacterianos diarrea asociada a clostridium difícil, incluyendo la azitromicina. El tratamiento con agentes antibacterianos altera la flora normal del colon, y predispone a sobrecrecimiento por clostridium difficile</p> <p>advertencias: prolongación del intervalo QT y riesgo de arritmias potencialmente fatales.</p>



Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<p>1%), enteritis (niños: <math>\leq 1\%</math>), flatulencia (<math>\leq 1\%</math>), gastritis (<math>\leq 1\%</math>), melena (adultos: <math>\leq 1\%</math>), candidiasis oral (<math>\leq 1\%</math>), estomatitis (<math>\leq 1\%</math>), vómitos (adultos: <math>\leq 2\%</math>; adultos, dosis única de 2 g: 2% a 7%; niños, los regímenes de dosis única tienden a asociarse con una mayor incidencia: 1% a 6%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genitourinario: candidiasis genital (adultos: <math>\leq 1\%</math>), vaginitis (adultos: <math>\leq 3\%</math>)</li> <li>• Hipersensibilidad: angioedema (<math>\leq 1\%</math>)</li> <li>• Infección: Infección por hongos (niños: <math>\leq 1\%</math>)</li> <li>• Sistema nervioso: Agitación (<math>\leq 1\%</math>), mareos (<math>\leq 1\%</math>), somnolencia (<math>\leq 1\%</math>), fatiga (<math>\leq 1\%</math>), dolor de cabeza (<math>\leq 1\%</math>), insomnio (niños: <math>\leq 1\%</math>), malestar (niños: <math>\leq 1\%</math>), nerviosismo (niños: <math>\leq 1\%</math>), dolor (niños: <math>\leq 1\%</math>), vértigo (<math>\leq 1\%</math>)</li> <li>• Neuromuscular y esquelético: actividad muscular hiperkinética (niños: <math>\leq 1\%</math>), aumento de creatinfosfoquinasa en la muestra de sangre (1% a 2%)</li> <li>• Respiratorio: broncoespasmo (<math>\leq 1\%</math>), tos (niños: <math>\leq 1\%</math>), derrame pleural (niños: <math>\leq 1\%</math>)</li> <li>• Varios: Fiebre (niños: <math>\leq 1\%</math>)</li> </ul>	
<b>FARINGOAMIGDALITIS: *Recurrencias</b>		
Clindamicina	<p>Frecuencia no definida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatológico: pustulosis exantemática generalizada aguda, eritema multiforme (raro), dermatitis exfoliativa (raro), erupción maculopapular, prurito, erupción cutánea, síndrome de Stevens-Johnson (raro), necrólisis epidérmica tóxica, urticaria, dermatitis vesiculobullosa</li> <li>• Gastrointestinal: dolor abdominal, colitis asociada a antibióticos, diarrea asociada a Clostridioides (anteriormente Clostridium) difficile, diarrea, úlcera</li> </ul>	<p>Hipersensibilidad a la clindamicina, recién nacidos, embarazo. Adminístrese con precaución en pacientes con disfunción hepática o renal. Puede producir colitis pseudomembranosa a veces fatal.</p>





Medicamento	Reacciones adversas al medicamento	Contraindicaciones
	<p>esofágica, esofagitis, náuseas, colitis pseudomembranosa, vómitos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genitourinario: azotemia, oliguria, proteinuria, vaginitis</li> <li>• Hematológicos y oncológicos: agranulocitosis, eosinofilia (transitoria), neutropenia (transitoria), trombocitopenia</li> <li>• Hepático: pruebas de función hepática anormales, ictericia</li> <li>• Hipersensibilidad: shock anafiláctico, reacción anafilactoide (rara), anafilaxia, angioedema, reacción de hipersensibilidad</li> <li>• Inmunológico: síndrome DRESS</li> <li>• Local: absceso en el lugar de la inyección (como primario), induración en el lugar de la inyección (como primario), irritación en el lugar de la inyección (como primario), dolor en el lugar de la inyección (como primario)</li> <li>• Neuromuscular y esquelético: poliartritis (raro)</li> <li>• Renal: insuficiencia renal (raro)</li> </ul>	
Amoxicilina/ácido clavulánico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinal: Diarrea (3% a 34%)</li> <li>• Dermatológico: dermatitis del pañal por candida (4% a 6%), dermatitis del pañal (4%), erupción cutánea (<math>\leq 3\%</math>), urticaria (<math>\leq 3\%</math>)</li> <li>• Gastrointestinal: náuseas (2% a 3%), vómitos (1% a 2%)</li> <li>• Genitourinario: vaginitis (1%)</li> <li>• Infección: candidiasis (1%), micosis vaginal (3%)</li> </ul>	<p>Amoxicilina + ácido clavulánico se contraindica en aquellos pacientes con un historial de hipersensibilidad a los agentes betalactámicos, p.ej., penicilinas y cefalosporinas. Clavulin se contraindica en los pacientes con un historial previo de disfunción hepática/ictericia asociada con la administración de amoxicilina + ácido clavulánico.</p>

Fuente: página de UPTODATE

[https://www.uptodate.com/contents/search?search=nitrofuranto%26%23237;na&sp=0&searchType=PLAIN\\_T](https://www.uptodate.com/contents/search?search=nitrofuranto%26%23237;na&sp=0&searchType=PLAIN_T)

EXT&source=USER\_INPUT&searchControl=TOP\_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=true&language=en&max=10&index=0~6&autoCompleteTerm=nitro

### 4.3. Definición de la estrategia

Teniendo en cuenta las diferentes opiniones de los expertos acerca de las mejores estrategias para socializar los lineamientos (rueda de elegibilidad, flujogramas, infografía, poster en farmacias, tabla de síntomas, folletos, puntos clave en la toma de un antibiótico - tome un minuto, 12 mandamientos contra la resistencia bacteriana MINSAL-para usuarios), así como los usuarios objeto para la cual va dirigido el mismo, que corresponde a los médicos generales de consulta externa del primer nivel de atención, se concluyó que las estrategias que mejor cumplían las condiciones de ser claras, de consulta y lectura rápida para el público objetivo son las infografías y flujogramas (algoritmos) como medios físicos y como medios digitales (Webinar, infografías y lineamientos en página web).

Una vez el equipo desarrollador concertó la estrategia de socialización se procedió a elaborar todo el material correspondiente para las difusiones digitales y en físico. Para ello se procedió a extraer los contenidos más relevantes para la población de interés elaborando unos bosquejos preliminares los cuales fueron compartidos a través de un encuentro virtual con el diseñador gráfico y el equipo de participaciones del IETS, los cuales fueron encargados de diagramar los flujogramas, la infografía y la presentación para el webinar, así como la realización del material publicitario para la convocatoria de difusión máxima.

## 5. Conclusiones

Empleado una técnica cualitativa de grupo focal se logró involucrar a los actores principales del proceso de prescripción para que a través de la participación de estos, lograr construir una estrategia de socialización (clara, fácil de usar, estética, visual, a la mano, de bolsillo, simplificada, corta, paso a paso y que reduce el tiempo de lectura. Herramientas físicas y offline que se complementan) de los lineamientos a través de medios digitales y físicos con el fin de lograr a largo plazo una prescripción racional de antibióticos.

Adicionalmente, se incorporaron otros aspectos en el lineamiento como lo son las reacciones adversas y las contraindicaciones, recomendaciones de prescripción que son claves para dar mayor claridad con el fin último de la socialización de los lineamiento como lo son lograr el uso racional de antibióticos

## 6. Referencias

1. Colombia M de S y PS de. Proceso de participación para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad: La experiencia de la Dirección de Promoción de la



- Salud y la Prevención de la Enfermedad. 2016 [cited 2020 Nov 22];1–87. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/participacion-promocion-salud-prevencion-enfermedad.pdf>
2. Santiago Galindo Mosquera Mgs Pedro Julio Rizzo Bajaña D, Sánchez Ávila Ab Sebastián Cadena Alvarado A. FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CARRERA DE INFORMÁTICA [Internet]. Universidad de Guayaquil, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación; 2019 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44573>
  3. Barrio IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Molina A. Consenso sobre los criterios de legibilidad de los folletos de educación para la salud. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(2):153–65.
  4. Area M, Sannicolás MB, Borrás JF. Webinar como estrategia de formación online: descripción y análisis de una experiencia Webinar as strategy online training: description and analysis of an experience. Vol. 13. 2014.
  5. OMS. Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2006;1–5. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/24083#sthash.Kyw617Lg.dpuf>
  6. Muthanna A, Salim HS, Hamat RA, Shamsuddin NH, Zakariah SZ. Clinical screening tools to diagnose group a streptococcal pharyngotonsillitis in primary care clinics to improve prescribing habits. Vol. 25, *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2018. p. 6–21.
  7. Muthanna A, Salim HS, Hamat RA, Shamsuddin NH, Zakariah SZ. Clinical screening tools to diagnose group a streptococcal pharyngotonsillitis in primary care clinics to improve prescribing habits [Internet]. Vol. 25, *Malaysian Journal of Medical Sciences*. Penerbit Universiti Sains Malaysia; 2018 [cited 2020 Nov 22]. p. 6–21. Available from: </pmc/articles/PMC6422577/?report=abstract>
  8. Sulis GI, Adam PI, Nafade V, Gore GI, DanielsID B, DaftaryID A, et al. Antibiotic prescription practices in primary care in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. 2020 [cited 2020 Nov 15]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003139>
  9. Nylenna M, Aasland OG. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* Primary care physicians and their information-seeking behaviour. 2000 [cited 2020 Nov 15]; Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ipri20>
  10. Langaas HC, Hurley E, Dyrkorn R, Spigset O. Effectiveness of an academic detailing intervention in primary care on the prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Clin Pharmacol* [Internet]. 2019 Apr 9 [cited 2020 Nov 15];75(4):577–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30596208/>
  11. Lim WY, Hss AS, Ng LM, John Jasudass SR, Sararaks S, Vengadasalam P, et al.

- The impact of a prescription review and prescriber feedback system on prescribing practices in primary care clinics: A cluster randomised trial. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2018 Jul 19 [cited 2020 Nov 16];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30025534/>
12. Wei X, Zhang Z, Walley JD, Hicks JP, Zeng J, Deng S, et al. Effect of a training and educational intervention for physicians and caregivers on antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in children at primary care facilities in rural China: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2020 Nov 16];5(12):e1258–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102353/>
  13. Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005 Oct 19 [cited 2020 Nov 16];2005(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235325/>
  14. McDonagh MS, Peterson K, Winthrop K, Cantor A, Lazur BH, Buckley DI. Interventions to reduce inappropriate prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections: summary and update of a systematic review [Internet]. Vol. 46, *Journal of International Medical Research*. SAGE Publications Ltd; 2018 [cited 2020 Nov 16]. p. 3337–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29962311/>
  15. Hu Y, Walley J, Chou R, Tucker JD, Harwell JI, Wu X, et al. Interventions to reduce childhood antibiotic prescribing for upper respiratory infections: Systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2020 Nov 16];70(12):1162–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27325869/>
  16. Ministerio de salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS- Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 18]. Available from: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
  17. Social M de S y P, Social P. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DECRETO NUMERO 2200 DE 2005. 2005;2005(45):1–13.

## 7. Anexos

### Anexo 1. Mapeo de actores: convocatoria encuentro participativo

Actores para socializar	Página web	Dirección	Teléfono	Correo
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)	<a href="https://ascofame.org.co/web/">https://ascofame.org.co/web/</a>	Carrera 14 No. 101-53	(57) 1 7425380	ND
Colegio Médico Colombiano	<a href="https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/">https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/</a>	Av. Carrera 15 # 100-43 Oficina 501	PBX: (+571) 746 3489 Celular: 314 566 2174 Celular: 314 566 2198	ND
Asociación de Infectología de Colombia (ACIN)	<a href="https://www.acin.org/">https://www.acin.org/</a>	Carrera 15 No.118-03 Of. 503, Edificio Gallerie Bogotá D.C. Colombia	Teléfono: (571) 215 3714/ Telefax: (571) 215 3517	<a href="mailto:secretaria@acin.org">E-mail: secretaria@acin.org</a>
Asociación Colombiana de empresas sociales del estado y hospitales públicos (ACESI)	<a href="https://acesi.com.co/">https://acesi.com.co/</a>	Calle 32 #13-52 Of 2501 Torre 1 Edificio Alta Vista,	2878574	directora@acesi.com.co, acesi.asociacion@gmail.com
Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC)	<a href="https://achc.org.co/">https://achc.org.co/</a>	Cra. 4 N° 73-15 Bogotá	3124411	ND
Asociación Colombiana de Sociedades Científicas	<a href="http://sociedadescientificas.com/">http://sociedadescientificas.com/</a>	Carrera 16a # 78-75 of 503 Edificio Tempo	703 46 87	acsc@sociedadescientificas.com

Actores para socializar	Página web	Dirección	Teléfono	Correo
		Bogotá – Colombia		
Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF )	<a href="http://socmef.co/">http://socmef.co/</a>	Sin dato	319 428 2765	socmef@socmef.org
Asociación Colombiana de químicos farmacéuticos hospitalarios	<a href="http://www.acqfh.org/">http://www.acqfh.org/</a>	Transversal 60 N° 115-58 , Torre C, Oficina 607	3187728195	acqfh09@gmail.com
Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	<a href="https://cnqfcolombia.org/recuperado/">https://cnqfcolombia.org/recuperado/</a>	Cra. 16 No. 31 A 30 Teusaquillo Bogotá D.C – Colombia	3134591820	direccionejecutiva@cnqfcolombia.org
Sociedad Colombiana de Médicos Generales SOCOMEG	<a href="https://www.socomeg.com.co/">https://www.socomeg.com.co/</a>	Calle 84 # 18-38 Oficina 308	315 8086 190	info@socomeg.com.co

Fuente: Construcción propia



## Anexo 2. Material proyectado en el grupo focal

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

**Propósito**

"Dar respuesta a las necesidades del sistema de salud en términos de evaluación de tecnologías y disminución de la variabilidad de la práctica clínica y en la atención en salud, a través de métodos científicos válidos y reproducibles".

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

**GRUPO FOCAL**

*Uso racional de antibióticos en infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la premenopausia) inmunocompetentes, y en faringoamigdalitis de origen bacteriana, en adultos inmunocompetentes, dirigidos a médicos generales en consulta externa del primer nivel de atención en Colombia*

Miembro de:

**INAHTA** International Network of Agencies for Health Technology Assessment  
**RedEISA** Red de Evaluación de Tecnologías en Salud de la Iberoamérica

Centro Afiliado:

**Cochrane Colombia**

**AGENDA**

1. Presentación
  - I. Autorización de grabación
  - II. Declaración de conflicto de intereses
2. Contexto: presentación lineamientos.
3. Objetivo y Metodología
4. Desarrollo del Grupo
5. Cierre

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

**OBJETIVO DEL ENCUENTRO**

Identificar cuáles serían los aspectos, medios y herramientas más relevantes para comunicar de los lineamientos para el uso racional de antibióticos

Este proceso no implica evaluar ninguna práctica en particular, sino recoger ideas que ustedes como expertos nos puedan dar para socializar los lineamientos. Por lo tanto, aclaramos que en este encuentro no pretendemos discutir los lineamientos pues estos que ya han sido previamente discutidos y revisados por expertos, incluidos algunos de ustedes

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

**REGLAS DE PARTICIPACION**

- Solicitar la palabra para responder por medio del chat de Zoom con las sigas PLP
- Intervenciones no podrán ser mayor 3 minutos, momento en el cual se mencionará que se excede el tiempo
- Escucha activa y respetuosa
- Se podrán solicitar replicas, con una intervención de máximo 2 minutos.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

**DESARROLLO DEL GRUPO**

**¿Qué entendemos por uso racional de antibióticos?**

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

**DESARROLLO DEL GRUPO**

**¿Cuáles son las claves que usted tiene para seleccionar un tratamiento antibiótico empírico?**  
(En IVU o Faringoamigdalitis, de acuerdo a sus experiencias)

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®

**DESARROLLO DEL GRUPO**

**¿Qué información consideran indispensable tener sobre el lineamiento?**

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**IETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud®





DESARROLLO DEL GRUPO

**¿Cuáles creen son las recomendaciones que más olvidan al informar a los usuarios frente a la toma del tratamiento antibiótico?**

www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**¿Qué medio usan para tener información sobre la resistencia bacteriana en su lugar de trabajo o en su contexto más cercano?**

www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**¿Cuál es medio que más usan para actualizar sus conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento de este tipo de problemas de la salud?**

www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**¿Qué herramienta usan para despejar dudas urgentes (qué no dan espera)?**

www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**¿Por qué usan esa herramienta en particular?**

www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**Si necesitaran consultar estos lineamientos en su práctica diaria, ¿qué medios o formatos serían más accesibles?**

www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**Si tuvieran que acceder a esta información, ¿sería mejor encontrarla en frases cortas contundentes o largas explicativas?**  
**¿Por qué?**

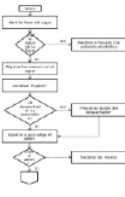
www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud

DESARROLLO DEL GRUPO

**De las siguientes imágenes, ¿cuál les parece mejor?, ¿por qué?**  
**¿Cuál quisieran tener en su consultorio o siempre a la mano?**

**¿Cómo lavarse las manos?**




www.iets.org.co

iETS  
Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud



DESARROLLO DEL GRUPO

**¿Qué obstáculos ha encontrado para leer o motivarse a leer información en salud como la que presenta los lineamientos?**



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud®

Uniendo por procesos. Creando.

**GRACIAS!**

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)



18/11/2020

*El IETS es evidencia científica para la salud de los Colombianos*

**iETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud  
Ministerio de la Protección Social

**LINEAMIENTO PARA EL DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS DE ORIGEN BACTERIANO, EN ADULTOS INMUNOCOMPETENTES, DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES EN CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**Objetivo**

**Objetivo:** Desarrollar lineamientos orientados al diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes para la adecuada prescripción de antibióticos, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**Alcance**

- **Población objeto:** hombres y mujeres, mayores de 18 años, inmunocompetentes, que consulten al primer nivel de atención en salud.
- **Ámbito asistencial:** La aplicación de los lineamientos se delimitará a los servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud.
- **Usuarios:** Este lineamiento presentará indicaciones dirigidas a los profesionales médicos.
- **Este lineamiento no tratará los siguientes aspectos:**
  - Manejo de las complicaciones o eventos adversos derivados del tratamiento farmacológico.
  - Directrices para la vigilancia epidemiológica de faringoamigdalitis de origen bacteriano o de la resistencia bacteriana asociada.
  - Aspectos de cobertura y financiación de tecnologías o servicios en salud.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**Introducción**

- **Aproximadamente 600 millones** de casos anuales a nivel mundial. Aunque es más frecuente en población pediátrica, también se presenta en adultos con alta frecuencia, siendo una causa importante de morbilidad y ausentismo laboral.
- **FR:** hacinamiento, la contaminación ambiental y los antecedentes familiares debido a que el mecanismo de transmisión puede suceder por vía respiratoria, contacto, contaminación de agua o alimentos.
- La principal etiología es de origen viral causada por el adenovirus o rinovirus, en la mayoría de los casos (~70%), seguida por el de origen bacteriano: 15-30% de todos los casos.
- Los agentes etiológicos más frecuentes de la faringoamigdalitis de origen bacteriano aún conservan sensibilidad a grupos farmacológicos de antibióticos como los betalactámicos, macrólidos o lincosamidas.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**4. Justificación**

El dx etiológico y el esquema terapéutico de ITR en la práctica clínica de primer nivel de atención generalmente se basan en la evaluación empírica del paciente.

La incertidumbre dx que acompaña a las ITR lleva a prescripción excesiva. Tasa de prescripción para las ITR infecciones virales en EU oscilan entre el 40 y el 75%.

EU el 50% de las prescripciones de antibióticos pueden ser innecesarias o inapropiadas en el entorno ambulatorio, (\$3 mil millones en costos excesivos).

Resistencia bacteriana: Ej Colombia *Klebsiella pneumoniae*: tasa de resistencia a cefalosporinas de tercera generación de 37% en UCI y 39% en servicios No UCI; y carbapenémicos de 15% en UCI y 13% en No UCI.

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**5. Metodología**

3 preguntas o necesidades  
Revisión sistemática de la literatura  
"Guía rápida de uso ITR"  
Lineamientos y algoritmos

**Preguntas orientadoras**

1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno de la faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes, atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes adultos inmunocompetentes con faringoamigdalitis de origen bacteriano?

[www.iets.org.co](http://www.iets.org.co)

**iETS** Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

[@ietscolombia](https://twitter.com/ietscolombia) [www.iets.org.co](http://www.iets.org.co) [\(+57\) 3753930](tel:+5713753930)  
[asesoria@iets.org.co](mailto:asesoria@iets.org.co) [Carretera 42 a No. 52, 52 Bogotá D.C., Colombia](https://maps.google.com/?q=Carretera 42 a No. 52, 52 Bogotá D.C., Colombia) [comunicacion@iets.org.co](mailto:comunicacion@iets.org.co)

## Anexo 3. Resumen enviado a expertos



### 1. Objetivo y alcance

#### Objetivo

Desarrollar lineamientos orientados al diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes para la adecuada prescripción de antibióticos, en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

#### Alcance

Un lineamiento se define como una herramienta para consolidar y difundir las acciones (indicaciones) a implementar frente a una situación de salud específica, teniendo como fundamento las mejores recomendaciones, orientaciones de manejo y puntos de buena práctica disponibles en guías de práctica clínica, protocolos, vías/rutas clínicas y demás documentos técnicos relacionados.

Población objeto: hombres y mujeres, mayores de 18 años, inmunocompetentes, que consulten al primer nivel de atención en salud.

Ámbito asistencial: La aplicación de los lineamientos se delimitará a los servicios de consulta externa del primer nivel de atención en salud.

Usuarios: Este lineamiento presentará indicaciones dirigidas a los profesionales médicos.

### 2. Metodología

Se formularon tres preguntas orientadoras, las cuales fueron validadas por el grupo desarrollador. La revisión estuvo orientada a estas preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno de la faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes, atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes, atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?
3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes adultos inmunocompetentes con faringoamigdalitis de origen bacteriano?

Para responder las anteriores, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura y un consenso formal de expertos bajo la técnica Delphi modificada, los cuales permitieron construir los algoritmos para las preguntas 1 y 2, correspondientes al diagnóstico y prescripción de tratamiento respectivamente.

### 3. Lineamientos y algoritmos

#### 3.1 Pregunta 1. ¿Cuál es el flujo para el diagnóstico adecuado y oportuno de la faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes, atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

La mayoría de los casos de dolor faríngeo agudo son causados por una infección viral y ocurren como parte de un resfriado común (1).

La faringoamigdalitis bacteriana comprende alrededor del 15 a 30% de los casos totales, siendo menos frecuente en adultos que en niños. El principal agente relacionado en el origen bacteriano es el *Streptococcus pyogenes* (también denominado estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A), que comprende del 5 a 20% de los casos totales en adultos (1–4). Otras bacterias implicadas y que raramente son causantes de la enfermedad, son los estreptococos de los grupos C y G (3), *Mycoplasma pneumoniae* (también asociada a bronquitis y neumonía), *Corynebacterium diphtheriae* (asociada a estridor y alteraciones cardíacas), *Neisseria gonorrhoeae*, *Fusobacterium necrophorum* (asociado a tromboflebitis séptica de la yugular interna-Síndrome de Lemierre), *Francisella tularensis* (antecedente de consumo de carne mal cocinada), *Arcanobacterium haemolyticum*, y *Chlamydia pneumoniae* (3–6).

Las manifestaciones clínicas tienden a aparecer entre 1 a 3 días posteriores a la exposición al agente (3–5). La mayoría de las personas con dolor faríngeo agudo presentan síntomas inespecíficos, como dolor al tragar, dolor de cabeza y tos y síntomas similares a los de la gripe (1).

Habitualmente, los médicos dependen de los signos y síntomas hallados en el examen físico para realizar una aproximación al diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana. La sensibilidad del juicio clínico varía entre 49-74% y la especificidad entre 58-76% (4).

#### Escalas de predicción

La escala de predicción clínica de Centor posee una sensibilidad que oscila entre 49 y 74%, y especificidad, entre 58 y 76% (3–6). Los criterios de esta escala son los siguientes (1,3–6):

- Fiebre alta
- Exudado o hipertrofia amigdalina
- Adenopatías cervicales dolorosas
- Ausencia de tos

Cada uno de los criterios de Centor obtiene 1 punto (puntuación máxima de 4). Se cree que una puntuación de 0, 1 o 2 está asociada con una probabilidad del 3 al 17% de aislar estreptococos y que una puntuación de 3 o 4 está asociada con una probabilidad del 32 al 56% de aislar estreptococos (1,3–6).

Otra escala usada con frecuencia es la escala *FeverPAIN* que contempla los siguientes criterios (1):

- Fiebre (durante las 24 horas anteriores)
- Purulencia (pus en las amígdalas)
- Asistir rápidamente (dentro de los 3 días posteriores al inicio de los síntomas)
- Amígdalas severamente inflamadas
- Sin tos ni coriza (inflamación de las membranas mucosas en la nariz)

Cada uno de los criterios de FeverPAIN obtiene 1 punto (puntuación máxima de 5). Los puntajes más altos sugieren síntomas más severos y una posible causa bacteriana (estreptocócica). Se cree que una puntuación de 0 o 1 está asociada con una probabilidad del 13 al 18% de aislar estreptococos; una puntuación de 2 o 3 está asociada con una probabilidad del 34 al 40%; y una puntuación de 4 o 5 está asociada con una probabilidad de 62 a 65% (1).

#### Pruebas complementarias para el diagnóstico

Ante la sospecha clínica, la prueba estándar de oro para la confirmación del diagnóstico de infección estreptocócica es el cultivo de frotis faríngeo. Su sensibilidad varía entre 90 a 95%, y su especificidad entre 58 a 95% (3–7). Esta prueba tarda de 2 a 3 días para mostrar un crecimiento bacteriano significativo, tiempo en el cual el paciente puede presentar resolución espontánea del episodio o complicaciones severas que podrían comprometer seriamente su estado de salud, o incluso su vida (3,5,6).

Las Pruebas Rápidas de Detección de Antígeno (PRDA) tardan pocos minutos en emitir un resultado, por lo cual el médico de atención primaria podría tomar una decisión pronta en cuanto al tratamiento y seguimiento del paciente. Estas pruebas tienen una sensibilidad en un rango de 65 a 96% y una especificidad entre 68 y 99% (3–7).

La prueba Anti-Estreptolisina-O (ASLO) es una prueba rápida de aglutinación de látex para determinar los anticuerpos anti-estreptolisina-O en el suero del paciente que tuvo una infección reciente por *Streptococcus*  $\beta$ -Hemolítico del Grupo A (EBHGA). El título aumenta después de 7 días de infección y alcanza el pico después de 4 a 6 semanas (3).

#### Diagnóstico basado en criterios clínicos

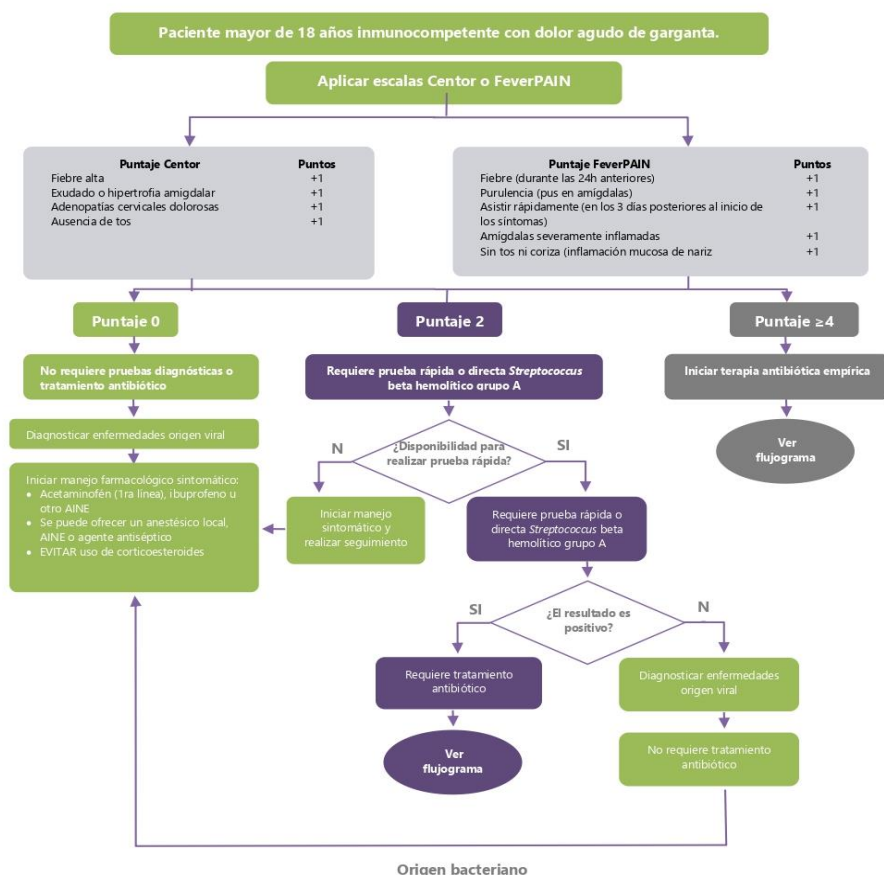
- Se requieren parámetros como evolución de los síntomas, presencia de signos y valores de laboratorio, para distinguir entre el origen viral y bacteriano de la faringoamigdalitis. Los síntomas que motivan la consulta son comunes a las dos etiologías diferenciándose en su intensidad, siendo siempre mayor en la faringitis de origen bacteriano (4,6).
- Los criterios de las escalas Centor o FeverPAIN son útiles para identificar a las personas que tienen más probabilidades de beneficiarse de un antibiótico. La selección de la escala de predicción dependerá de la preferencia del médico tratante. Ambas constituyen métodos apropiados para estimar la probabilidad de que la faringoamigdalitis sea de origen estreptocócico, basándose en el juicio clínico (1,3–5).

- Los pacientes con ninguno o solo uno de los criterios de las escalas Centor o FeverPAIN presentan un riesgo muy bajo (2-18%) de infección por EBHGA, por tanto, no requieren pruebas diagnósticas o prescripción de antibióticos (Algoritmo 1) (1,3-5).
- Pacientes con dos o tres de estos criterios requieren exámenes diagnósticos usando una prueba rápida de detección de antígeno o cultivo de faringe, debido a la probabilidad de infección estreptocócica (10-28%); y requieren terapia antimicrobiana solo si el resultado es positivo (Algoritmo 1) (1,3,5,6,8).
- Pacientes con un puntaje de cuatro (Centor) o puntaje igual o mayor a cuatro (FeverPAIN) deben ser evaluados usando prueba rápida de detección de antígeno, si no está disponible la prueba, debe iniciarse terapia antibiótica empírica guiada por el criterio clínico debido a la alta probabilidad de infección estreptocócica (38-64%) (Algoritmo 1) (1,3,5,6,8).

#### Diagnóstico basado en pruebas rápidas o de laboratorio

- Para confirmación expedita y costo-efectiva de infección faríngea por EBHGA se podría aplicar las PRDA, cuando se tenga disponibilidad de las mismas en el primer nivel de atención (Algoritmo 1) (4-6).
- La determinación de los valores de ASLO no está indicada para establecer el diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana (5,6).

**Ilustración 1. Algoritmo para el diagnóstico de faringoamigdalitis de origen bacteriano**





### 3.2 Pregunta 2. ¿Cuáles son las opciones y esquemas terapéuticos de tratamiento farmacológico indicado en faringoamigdalitis de origen bacteriano en adultos inmunocompetentes atendidos en el servicio de consulta externa del primer nivel de atención en salud?

Para la faringoamigdalitis de origen bacteriano, los objetivos principales del tratamiento se resumen en (4,6):

- Acortar el curso de la enfermedad
- Mejorar los síntomas
- Erradicar el germen
- Evitar el contagio
- Prevenir las complicaciones

En la mayoría de los casos, el dolor de garganta agudo es una infección autolimitada, a menudo causada por una infección viral, y la mayoría de las personas no necesitarán un antibiótico. El EBHGA es el patógeno bacteriano más común en el dolor faríngeo, aislado en aproximadamente 20% de los casos (1).

El tratamiento debe ser cuidadosamente seleccionado y no se debe abusar del uso de antibióticos puesto que las complicaciones del dolor faríngeo causado por una infección por EBHGA son generalmente raras en adultos. Las complicaciones pueden ser supurativas (incluyendo absceso periamigdalino, otitis media aguda, y sinusitis aguda) o no supurativas (incluyendo fiebre reumática aguda y glomerulonefritis aguda) (1).

#### 3.2.1 Lineamientos para tratamiento farmacológico de la faringoamigdalitis de origen bacteriano

##### Manejo farmacológico sintomático

- Se debe considerar el acetaminofén (primera línea), ibuprofeno u otro AINE para el manejo del dolor o la fiebre relacionados con faringoamigdalitis. Los corticosteroides no se consideran tratamiento de primera línea por los posibles efectos adversos (4,6,7).
- A los pacientes adultos con dolor faríngeo se les puede ofrecer terapia adicional con antiinflamatorios locales (que contienen un anestésico local, un AINE o un agente antiséptico) o enjuagues que pueden ayudar a reducir el dolor faríngeo agudo, advirtiéndole que el beneficio probablemente sea poco (1,8).

##### Indicaciones para prescripción de antibióticos

- La terapia con antibióticos solo debería usarse para pacientes con un resultado positivo de la prueba de estreptococo (8).
- En los casos en que una PRDA no sea una opción, la terapia antimicrobiana puede iniciarse de acuerdo con la puntuación de Centor o FeverPAIN. Se recomienda la



terapia antibiótica empírica para todos los pacientes que cumplan con el puntaje de alto riesgo para infección por EBHGA (Tabla 2) (2,3).

**Tabla 1. Indicaciones para el uso de antibióticos en la faringoamigdalitis de origen bacteriano**

Indicaciones
<p>Infecciones causadas por <i>S. pyogenes</i> (EBHGA) en regiones donde el riesgo de fiebre reumática es alto</p> <p>Presencia de abscesos periamigdalinos, parafaríngeos, o retrofaríngeos</p> <p>Dolor muy intenso</p> <p>Pobre estado general o toxemia</p> <p>Presencia de signos de shock séptico</p> <p>Presencia de disnea o estridor</p> <p>Signos de deshidratación</p> <p>Comorbilidades severas, como diabetes descompensada e inmunosupresión</p> <p>Pacientes sin mejoría o empeoramiento con el uso de tratamiento sintomático</p> <p>Faringoamigdalitis causada por agentes inusuales como <i>C. diphtheriae</i>, <i>N gonorrhoeae</i> o <i>Francisella tularensis</i></p>

Extraído y adaptado de Piltcher y cols. 2018 (5).

#### Tratamiento antibiótico de primera y segunda línea

- La elección del antibiótico debería minimizar el riesgo de resistencia, iniciando con un antibiótico de primera línea ya sea la penicilina V o la amoxicilina (1).
- Se debe prescribir el tratamiento completo para reducir el riesgo de resistencia y complicaciones (1).
- Para pacientes con dolor faríngeo en tiempos y regiones sin aparición epidémica de infección por EBHGA, baja incidencia regional de secuelas estreptocócicas y puntuación Centor de al menos 3, se recomienda (Tabla 3):

**Tabla 2. Tratamiento con antibióticos en la faringoamigdalitis de origen bacteriano**

Antibiótico	Dosis/posología	Duración del tratamiento
<b>Primera elección</b>		
Penicilina V	500 mg vía oral/ cada 6/8 h o 1000mg vía oral/ cada 12 h	10 días
Amoxicilina	500 mg vía oral/cada 8/12 h	10 días
<b>Segunda elección</b>		
Penicilina benzatínica	1,2 M de UI IM	1 sola dosis
Cefadroxilo	500 mg vía oral/cada 12 h	10 días
Cefalexina	500 mg vía oral/cada 6 h	10 días
Claritromicina	250 mg vía oral/cada 12 h	10 días
Eritromicina	250-500 mg vía oral/cada 6 h o 500-1000mg vía oral/ cada 12 h	5 días
Azitromicina	500 mg vía oral/cada 24 h	5 días
<b>*Recurrencias</b>		
Clindamicina	300-600 mg vía oral/cada 8 h	10 días
Amoxicilina/ácido clavulánico	500/125 mg vía oral/cada 8 h	10 días

\*Recurrencia: 3 o más episodios de faringoamigdalitis bacteriana en un año.  
 Extraído y adaptado de Cots y cols. 2015 (4), Yoon y cols. 2017 (2), y NICE guideline. 2018 (1).

- No se debe usar antibióticos cuando se sospecha de mononucleosis infecciosa (2,4,5).
- En casos de falla terapéutica con las penicilinas, están indicadas las cefalosporinas orales o los macrólidos (tabla 3) (1–6).
- La terapia de cinco días con azitromicina se puede usar en casos con un cumplimiento deficiente o difícil del paciente (Tabla 2) (2).
- Las sulfonamidas (trimetoprima/sulfametoxazol) y tetraciclinas no deben prescribirse debido a su eficacia insuficiente y posibles efectos secundarios (6).
- No es necesario realizar un hisopado faríngeo después de finalizar de la terapia con antibióticos (6).
- En caso de infección por estreptococos del grupo C y G, o por *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus*, *N. gonorrhoeae*, *F. nucleatum* + *B. vincentii*, usar antibióticos con espectro amplio, como amoxicilina-clavulanato o cefalosporinas de tercera generación (5).

## Algoritmo 2. Decisiones terapéuticas para la faringoamigdalitis de origen bacteriano

```
graph TD; A[Paciente mayor de 18 años con indicación clínica o resultado positivo en la prueba rápida que requiere uso de antibióticos en la faringoamigdalitis de origen bacteriano] --> B[Iniciar manejo farmacológico sintomático]; A --> C[Iniciar tratamiento antibiótico]; B --> D["• Acetaminofén (1ra línea), ibuprofeno u otro AINE  
• Se puede ofrecer un anestésico local, AINE o agente antiséptico  
• EVITAR uso de corticosteroides"]; C --> E[Primera línea (empírico)]; C --> F[Segunda línea  
Alternativas disponibles en caso de que la primera línea esté contraindicada o haya falla terapéutica (48 a 72 horas sin respuesta clínica)]; C --> G[Recurrencias*  
*Ocurrencia de tres o más episodios de faringoamigdalitis bacteriana en un año]; E --> H["• Penicilina V 500mg vía oral cada 6/8 horas por 10 días o 100mg vía oral cada 12 horas por 10 días o  
• Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8/12 horas por 10 días"]; F --> I["• Penicilina benzatínica 1200.000 UI intramuscular única dosis o  
• Cefadroxilo 500mg vía oral cada 12 horas por 10 días o  
• Cefalexina 500mg vía oral cada 6 horas por 10 días o  
• Claritromicina 250 mg vía oral cada 12 horas por 10 días o  
• Eritromicina 250-500 mg vía oral cada 6 horas por 10 días o 500-1000 mg vía oral cada 12 horas por 10 días o  
• Claritromicina 250 mg vía oral cada 12 horas por 5 días o  
• Azitromicina 500mg vía oral cada 14 horas por 5 días"]; G --> J["• Clindamicina 300-600 mg vía oral cada 8 horas por 10 días o  
• Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg vía oral cada 8 horas por 10 días"];
```

**Paciente mayor de 18 años con indicación clínica o resultado positivo en la prueba rápida que requiere uso de antibióticos en la faringoamigdalitis de origen bacteriano**

**Iniciar manejo farmacológico sintomático**

- Acetaminofén (1ra línea), ibuprofeno u otro AINE
- Se puede ofrecer un anestésico local, AINE o agente antiséptico
- EVITAR uso de corticosteroides

**Iniciar tratamiento antibiótico**

**Primera línea (empírico)**

- Penicilina V 500mg vía oral cada 6/8 horas por 10 días o 100mg vía oral cada 12 horas por 10 días o
- Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8/12 horas por 10 días

**Segunda línea**  
Alternativas disponibles en caso de que la primera línea esté contraindicada o haya falla terapéutica (48 a 72 horas sin respuesta clínica)

- Penicilina benzatínica 1200.000 UI intramuscular única dosis o
- Cefadroxilo 500mg vía oral cada 12 horas por 10 días o
- Cefalexina 500mg vía oral cada 6 horas por 10 días o
- Claritromicina 250 mg vía oral cada 12 horas por 10 días o
- Eritromicina 250-500 mg vía oral cada 6 horas por 10 días o 500-1000 mg vía oral cada 12 horas por 10 días o
- Claritromicina 250 mg vía oral cada 12 horas por 5 días o
- Azitromicina 500mg vía oral cada 14 horas por 5 días

**Recurrencias\***  
\*Ocurrencia de tres o más episodios de faringoamigdalitis bacteriana en un año

- Clindamicina 300-600 mg vía oral cada 8 horas por 10 días o
- Amoxicilina-ácido clavulánico 500/125 mg vía oral cada 8 horas por 10 días

**Origen Bacteriano**

**TECNOLOGÍA**  
Tecnológica en Salud®

### 3.3 Pregunta 3. ¿Qué recomendaciones de prevención, control y autocuidado se pueden dar a los pacientes adultos inmunocompetentes con faringoamigdalitis de origen bacteriano?

#### 3.3.1 Lineamientos para recomendaciones de prevención, control y autocuidado

- Se debe recomendar a los pacientes que para la mejoría de sus síntomas debe guardar reposo y tener en cuenta los siguientes consejos de higiene y dieta (4):
  - Abundante ingesta de líquidos
  - Dieta blanda o alimentos de fácil deglución
  - Uso de pañuelos desechables
  - Lavado de manos frecuentes
  - No fumar
  - Evitar lugares húmedos y cerrados
  - Evitar el uso excesivo de la voz
  - Evitar los cambios bruscos de temperatura
- En personas sanas, se recomiendan hábitos saludables como alimentación balanceada y ejercicio, así como mantener actualizado el esquema de vacunación en los casos en que es requerido (7).
- Se debe recomendar a los pacientes que para la mejoría de sus síntomas guarden reposo, tomen constantemente líquidos y realicen gargarismos (4,6). Los gargarismos pueden ayudar a mejorar el dolor y estos se pueden hacer con: miel y limón, agua hervida con sal, agua y pimienta roja, manzanilla y miel, etc.
- Para controlar la propagación de los microorganismos, es importante el lavado de manos frecuente, el uso adecuado de elementos de protección (tapabocas) y aseo personal, y evitar los cambios bruscos de temperatura y el hábito de fumar (4,7).
- Se debe aclarar a los pacientes que el curso típico de un dolor de garganta causado por una infección viral, es menor de una semana, que los antibióticos generalmente no son necesarios porque hacen poco para aliviar los síntomas y pueden tener efectos adversos (1,9).
- Se debe recomendar que las personas con dolor faríngeo agudo busquen atención médica urgente si desarrollan alguna dificultad para respirar, estridor, babeo, una voz apagada, dolor intenso, disfagia o si no pueden ingerir líquidos adecuadamente o se sienten muy mal (1).
- Se debe explicar a los pacientes que el uso de un anestésico, AINE o un antiséptico local, solo pueden ayudar a reducir el dolor levemente (1).
- Se debe enfatizar al paciente que debe tomar el antibiótico (si lo requiere) por el tiempo indicado (1–3,5,9).

- Recomiende al paciente que si no mejora en los próximos 3 a 5 días consulte nuevamente (1–3,5,9).

#### 4. Referencias

1. NICE, National Institute for Health and Care Excellence, Hoare KJ, Ward E, Arroll B, Barrero LI, et al. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing | Guidance and guidelines. NICE Guidel. 2018;34(January):NICE Guideline [NG84].
2. Yoon YK, Park C-S, Kim JW, Hwang K, Lee SY, Kim TH, et al. Guidelines for the Antibiotic Use in Adults with Acute Upper Respiratory Tract Infections. Infect Chemother. 2017;49(4):326.
3. Muthanna A, Salim HS, Hamat RA, Shamsuddin NH, Zakariah SZ. Clinical screening tools to diagnose group a streptococcal pharyngotonsillitis in primary care clinics to improve prescribing habits. Malaysian J Med Sci. 2018;25(6):6–21.
4. Cots JM, Alós J-II, Bárcena M, Boleda X, Cañada JL, Gómez N, et al. Recomendaciones para el manejo de la faringoamigdalitis aguda del adulto. Atención Primaria. 2015 Oct;47(8):532–43.
5. Piltcher OB, Kosugi EM, Sakano E, Mion O, Testa JRG, Romano FR, et al. How to avoid the inappropriate use of antibiotics in upper respiratory tract infections? A position statement from an expert panel. Braz J Otorhinolaryngol. 2018 May;84(3):265–79.
6. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management. Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology. 2016 Apr;273(4):973–87.
7. Brink AJ, van Wyk J, Moodley VM, Corcoran C, Ekermans P, Nutt L, et al. The role of appropriate diagnostic testing in acute respiratory tract infections: An antibiotic stewardship strategy to minimise diagnostic uncertainty in primary care. South African Med J. 2016;106(6):554–61.
8. Harris AM, Hicks LA, Qaseem A. 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. Ann Intern Med. 2016 Mar;164(6):425.
9. Teng CL. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in the Asia-Pacific region: A brief review. Malaysian Fam Physician. 2014;9(2):18–25.

## Anexo 4. Informe del proceso participativo

### INFORME DE GESTIÓN DEL ESPACIO PARTICIPATIVO

#### 1. Introducción

“La participación como práctica social se vincula con los mecanismos a través de los cuales la sociedad posibilita la integración funcional y simbólica a los diferentes grupos que la componen” (1). De manera específica, la participación en salud, al ser interdependiente de la realización efectiva del derecho a la salud, permite a los diferentes actores sociales asumir la responsabilidad y el compromiso de hacer parte de las deliberaciones y discusiones sobre los problemas en salud que afectan a la comunidad (1).

Dentro de los diferentes mecanismos y modalidades de participación existentes, la participación consultiva constituye una forma en la que los actores expresan voluntaria y libremente sus ideas, opiniones y posturas respecto de un tema en particular. Se busca, que estos conocimientos, intercambios y argumentos sean insumos para orientar los procesos de toma de decisiones en salud (2). Más aún, el involucramiento de expertos configura una participación muy importante, en la medida en que representan grupo de actores clave para la obtención de datos relevantes en la definición de aspectos centrales del proceso y que no son necesariamente identificables en la literatura. Así, es una participación claramente intencionada y definida alrededor de un tema o dato muy particular de la evaluación, por ejemplo: preguntas sobre patrones de práctica clínica, preferencias, procesos de adquisición o datos económicos; en términos generales, se espera que los expertos aporten datos cuantitativos, cualitativos, experiencia o juicios de valor (3).

En este punto, es necesario mencionar que los expertos son considerados como personas eruditas en un tema o método que cuentan con la formación y trayectoria suficiente y adecuadamente soportada para ser reconocidos como conocedores en profundidad del tema (4).

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe describe de manera sintética el proceso de gestión del espacio participativo incluyendo la convocatoria realizada de los actores clave identificados, así como el rol y el involucramiento de estos en la sesión realizada.

#### 2. Objetivo

Facilitar el desarrollo del grupo focal como un mecanismo de participación en el proceso de elaboración de la estrategia de socialización de los lineamientos de uso racional de antibióticos para: a) faringoamigdalitis de origen bacteriano, en adultos inmunocompetentes; b) infección de vías urinarias bajas no complicada, en mujeres adultas (de 18 años hasta la pre menopausia) inmunocompetentes.

### 3. Metodología

Todo proceso de gestión de espacios participativos comienza con el requerimiento del espacio participativo a la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social, y con la identificación de los actores clave conforme el objetivo del espacio y la temática. Para el caso particular, este proceso de identificación se desarrolla en tres momentos: en un primer momento, se identifican las organizaciones a incluir en el proceso; en un segundo momento, se hace la verificación de los delegados y participantes de dichas entidades, buscando asegurar la representatividad y la adecuada participación; y en un tercer momento, se adoptan acciones correctivas, en caso de que ni la participación de los delegados, ni la representatividad de los actores esté asegurada.

A continuación, se describen las actividades adelantadas.

#### 3.1. Identificación de actores

Para el caso en particular, la convocatoria de participación se inició a partir de la definición de las sociedades científicas y organizaciones requeridas para el proceso:

- ✧ Sociedad Colombiana de Médicos Generales.
- ✧ Colegio Médico Colombiano.
- ✧ Médicos Generales Colombianos.

Con esta identificación de actores, se procedió con la convocatoria para obtener los nombres y los datos de contacto de los delegados. Paralelamente, se procedió con invitaciones individuales a médicos generales y médicos rurales, para lograr una adecuada representatividad. Con esta convocatoria, se procedió con el contacto individual para asegurar la participación activa en el proceso.

La lista final de los actores delegados y participantes se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Trazabilidad de participación**

No.	Organización	Delegado	Perfil	Participa Sí /No
1	Sociedad Colombiana de Médicos Generales	Jorge Leonardo Sánchez Pinzón	Médico general. Presidente de la Sociedad.	Sí
2		Lina Claudia Santos	Médica general de urgencias. Miembro de la Junta Directiva	Sí
3	Colegio Médico Colombiano	Roberto Baquero Haeberlino	Médico oftalmólogo, Maestrante en Bioética.  Presidente del Colegio	Sí
		Ivonne Jeannette Díaz Yamal	Ginecóloga.	Sí



No.	Organización	Delegado	Perfil	Participa Sí /No
			Ex Presidente de la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia.  Miembro de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.	
4		Anyull Dayanna Bohórquez Caballero	Médica general	Sí
5		Edwin Garay Jaramillo	Médico general, especialista en gerencia de servicios de salud	Sí
6		Juan Esteban Duarte Barrera	Médico general	Sí
7		Samuel David Barbosa Ardila	Médico general.  Magíster en Salud Pública	Sí
8		David Eduardo Fajardo Granados	Médico general especialista en Salud Familiar y Comunitaria.  Actualmente Alto Consejero de Salud para la Gobernación de Norte de Santander  Ex Presidente nacional Asociación Colombiana Médica Estudiantil.	Sí
9	Expertos individuales	Fiorella Sofia Uparela Marthe	Médico rural.	Sí
10		Deimy Katiuska Núñez Ávila	Médico rural.	Sí
11		Sandra Patricia Pinzón	Médica general de urgencias de ESE Hospital Profesor Jorge Cavelier	Sí

Fuente: IETS, 2020

El equipo IETS que acompañó el diálogo deliberativo, se lista a continuación:



**Tabla 5. Equipo técnico IETS**

No.	Nombre	Perfil
1	Lorena Mesa Melgarejo	Enfermera. Magíster y Doctora en Salud Pública. Líder de la Unidad de Métodos Cualitativos e Investigación Social.
2	Liliana Reina Leal	Enfermera. Magíster en Información y Comunicación Científica. Doctora en enfermería.
3	Solanye Galindo Huertas	Enfermera. Magíster en salud sexual y reproductiva. Doctora en ciencias sociales.
4	Erika León Guzmán	Odontóloga y epidemióloga clínica.
5	Karime Osorio	Bacterióloga, epidemióloga y Magíster en Salud pública
6	Luis Alberto López	Enfermero. Magíster en Epidemiología
7	Sandra Contreras-Arrieta	Médica cirujana y epidemióloga.
8	Andrea Lara Sánchez	Politóloga. Especialista en Estado, Políticas Públicas y Desarrollo.
9	Irma Susana Rueda	Bacterióloga, epidemióloga

Fuente: IETS, 2020

### 3.2. Desarrollo del espacio participativo

Como se mencionó en la introducción del presente informe, la metodología de involucramiento de actores en este ejercicio fue el grupo focal, técnica diseñada para extraer de un público pequeño información sobre sus valores y preferencias con respecto a un producto, publicación, idea o cualquier cosa que decida ponerse en discusión, la naturaleza e intensidad de estos (2).

Conforme a lo requerido por el equipo técnico, se realizó la sesión virtual, el día 6/11/2020 a las 5:00 PM, por la plataforma Zoom.

### 3.3. Gestión de los conflictos de intereses

Para el caso particular, el Comité de Conflictos de intereses les dio aval de participación a todos los asistentes en tanto el objetivo del ejercicio era el desarrollo de un grupo focal que busca indagar a iterar sobre los valores, opiniones y preferencias sobre el asunto de interés. En cualquier caso, durante la sesión, los asistentes declararon sus conflictos de interés, como una medida complementaria. Con esta acción se busca, de un lado, garantizar la transparencia de la discusión y, por otro lado, escuchar las diversas voces involucradas para tener una visión más global sobre el asunto a tratar en el panel, en el entendido que: *“la participación y representación de actores tiene una fundamentación: ética, ya que todos los involucrados tienen derecho a opinar; epistemológica, porque cada actor tiene un especial conocimiento sobre los factores y resultados de la acción y realidad de*

*intervención; y pragmática, porque el involucramiento favorece la motivación y el compromiso” (2).*

#### 4. Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2063 de 2017, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. 2017.
2. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS. Manual de Participación y Deliberación [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Archivos/65/Manual Participacion.pdf>
3. Hunger T., Schnell-Inderst P., Sahakyan N. SU. Using expert opinion in health technology assessment: A guideline review. *Int J Technol Assess Heal Care*. 2016;32(3):131–9.
4. Lorena Mesa; Kelly Estrada. Guía para el involucramiento de actores en las evaluaciones de tecnología en salud. Title. Bogotá: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2020.



## Anexo 5. Proyección estrategia preliminar

**Tabla 6. Estrategias preliminares para la socialización del lineamiento de faringoamigdalitis de origen bacteriano**

Lineamiento	ESTRATEGIA DE DISFUSION: clara, fácil de usar, estética, visual, a la mano, de bolsillo, simplificada, corta, paso a paso y reduce el tiempo de lectura. Herramientas físicas y offline que se complementan.				
	Aspectos del lineamiento	Actor	Medio de difusión	Herramienta	Objetivo evidenciado desde el grupo focal
FARINGOAMIGDALITIS	Diagnóstico y tratamiento empírico. Algoritmo para el diagnóstico de faringoamigdalitis de origen bacteriano en Colombia	Médicos	Físicos y galería de infografías.	Rueda de elegibilidad Flujogramas	Llegar a tratamiento antibiótico correcto en el menor tiempo posible.
	Buenas prácticas de diagnóstico IVU Diferenciación entre bacteriana y viral	Médicos	Físico Y galería de infografías	Infografía (Tabla paso a paso)	Señalar paso a paso el proceso diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana
	Diferenciación entre bacteriana y viral.	Médicos	físico	Poster en farmacias. Tabla de síntomas.	Reducir el autotratamiento con el "matrimonio" o "bombas".
	Reconocer en la prescripción aspectos de educación al usuario	Usuarios y médicos	Físico	Folleto Puntos clave en la toma de un antibiótico -tome un minuto	Complementar la educación en salud frente a la toma del antibiótico con aspectos de Cómo tomar el antibiótico, cuando, tiempos de toma, horas de toma, dónde adquirir la fórmula, qué pasa si hace uso indiscriminado del antibiótico o lo abandona.



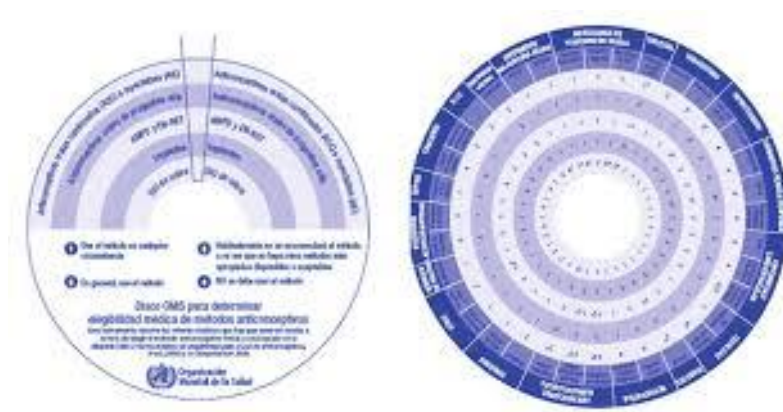
					Además de prevención y autocuidados.
	Resistencia bacteriana	Médicos y usuarios	Físico	-Infografías de microbiota más común y resistencia en IVU. -12 mandamientos contra la resistencia bacteriana MINSAL (Para usuarios)	Reconocer aspectos sobre la resistencia bacteriana y la responsabilidad de cada uno frente a esta problemática.

**Fuente:** Construcción propia

Definición operativa de las herramientas propuestas:

Rueda de elegibilidad: La rueda de elegibilidad es un círculo de doble cara, una interna y otra externa, que por medio de giros de la cara externa permite conjugar elementos relacionables.

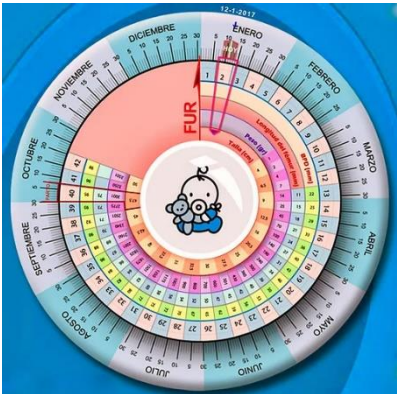
Aproximación Gráfica



Infografías: Una infografía es una herramienta que sirve para representar o resumir una información de forma visual, combina una serie de imágenes, figuras, texto, narraciones y datos, que llegan a ser de fácil

entendimiento. La Infografía como recurso didáctico permite organizar la información de acuerdo con las características del usuario fina (2).

Folleto: Impreso de extensión corta, que organiza la información por epígrafes o temas, es breve en la exposición de ideas, usa ejemplos prácticos e ilustraciones que faciliten la comprensión del texto. Evitar tecnicismos y los sustituye con descripciones simples y usa una voz activa(3).



## Anexo 6. Transcripción del proceso participativo.

Transcripción Panel Noviembre 6 de 2020

Grupo focal:

Lineamientos para el desarrollo de estrategia de uso racional de AB

Presentación de expertos y expertas y declaración de intereses

Presentación de objetivos, alcance y metodología

Breve presentación de los lineamientos para el desarrollo de estrategia de uso racional de AB en IVU de vías bajas no complicada y faringoamigdalitis de origen bacteriano

Moderadora 1: primera pregunta: Qué entendemos por uso racional de Ab

Experto 1: Es una pregunta que se viene realizando desde hace mucho tiempo y se ha generado una respuesta a través de la Asociación Colombiana de Infectología, ellos promueven el uso racional de los antibióticos porque desafortunadamente muchas de las personas salen a las droguerías a comprar el medicamento que les guste para aplicarse para el tema de las gripas. Entonces creo que ese es un factor que se ha venido observando desde la Asociación de Infectología y nosotros desde la Asociación Colombiana de Médicos Generales, estamos en continua capacitación para evitar, que ese mal uso que se le da a los antibióticos, evite generar todo este tipo de resistencias y desafortunadamente ya hay mucha resistencia a muchos de los antibióticos y en varias de las exposiciones o de los eventos que he asistido de infectología, el panorama sobre los antibióticos que funcionan sobre las bacterias resistentes es cada vez más limitado. De hecho, hay muchas bacterias que desafortunadamente ya ni siquiera usando los antibióticos últimos que han salido pueden generar muerte de estos patógenos, entonces, creo que cada vez nos estamos limitando mucho más para poder enfrentar una infección bacteriana.

Experta 6: Estoy bastante de acuerdo con el experto 1, me parece que a nivel cultural como colombianos la auto formulación de antibióticos, a pesar de que está reglamentado que se deben vender bajo prescripción médica, aún muchos sitios no respetan esa restricción y nosotros culturalmente creemos que todo se soluciona a punta de antibióticos y a veces como médicos no sentimos presionados frente al paciente que acude a la consulta para que le den antibióticos. Debemos tener una parte más clara tanto como el que prescribe, como también hacerle ver al paciente la posibilidad que no solamente el tratamiento para la faringoamigdalitis que realmente como vemos, es más viral, no se debe tratar con antibióticos, haciendo que no tengamos resistencia en el momento que necesitemos el uso de antibióticos.

Experto 8: Estoy de acuerdo con los comentarios que hicieron los expertos anteriores sobre el uso racional de antibióticos, recordando la definición dada, creo que por la OMS, que es donde hace referencia a una costo-efectividad y esa costo-efectividad relacionada a

minimizar riesgos de efectos adversos, por ejemplo, reacciones anafilácticas en este caso, de complicaciones por la aplicación de estos antibióticos en el caso de una faringoamigdalitis con antibióticos intramusculares y también reduciendo la resistencia o previniendo la resistencia dado de no utilizar segundas líneas o terceras líneas de manejo de antibiótico cuando no es pertinente, o utilizar antibióticos cuando el proceso es viral en el caso de una infección de una faringoamigdalitis, entonces yo creería que agregamos un poco, complementando un poco los comentarios que hicieron y apoyando esa postura donde los pacientes solicitan antibióticos para sentir que tienen un tratamiento y en muchos casos no se requiere, en esta patología como la faringoamigdalitis donde no se requeriría antibiótico.

Experta (?): Estoy completamente de acuerdo con las posiciones que acaban de mencionar, sin embargo, creo que es necesario que ese uso racional, pues sea lo que nosotros entendemos por uso racional, tenga que llegar también a los pacientes, por lo menos hoy lo que fue consulta externa, una paciente me dijo: “en la droguería me dieron tal antibiótico”, entonces no sólo hacerlos entender que el antibiótico no puede ser tomado como de -me siento mal tomemos antibiótico-, sino además hacerlos entender que únicamente el personal de salud debería ser, el que esté en la posición de dar el manejo antibiótico, porque la gente se acerca a la farmacia y dice me siento mal y en la farmacia le entregan su combo y ellos no saben ni siquiera lo que están tomando.

Experta (?): Adicionar a todo lo que han agregado, que también es importante crear la conciencia de completar el tratamiento antibiótico, es decir de realizar el tratamiento antibiótico completo porque eso también es causa de resistencia antibiótica.

Moderadora 1: Frente a esto me gustaría hacer una contra pregunta y es, que creen ustedes que está en las manos del médico para el uso racional de antibióticos, porque hemos nombrado un contexto muy cultural, un contexto sólo de las personas, más del consumidor del antibiótico, pero, que está en manos del médico para lograr un uso racional de antibióticos.

Experto 4: Es que la pelea siempre está con la gente ,que todo el mundo quiere tomar antibióticos, es una de las cosas más hartas del mundo, entonces la pelea que uno tiene todos los días hasta con la misma familia, que una gripa hay que tomar antibiótico, en esta sobre todo es la información hacia el paciente, es muy importante que el paciente entienda que no debe estar tomando antibióticos, sería buscar la manera de que haya una información grande hacia el paciente, que entienda que tomar antibióticos sin tener la necesidad de tomar antibióticos, sin completar el tratamiento e irse a esas bombas que vende todo el mundo para mejorarse de cualquier gripa, cometen un error muy grave, yo diría que es muy importante tener una educación muy grande hacia el paciente que entienda

que él no debe estar tomando antibiótico cada vez que le da la gana o cada vez que se siente enferma.

No sé si hubiera la manera de tener algún folleto o alguna cosa en los consultorios que uno le pudiera dar al paciente con el sello del ministerio, el sello del IETS, de las instituciones, que le hagan advertencia que no es sano tomar antibióticos cada vez que quiera.

Experta 6: Me gustaría complementar, a mí me parece que sí deberíamos a nivel de legislación, debería ser un poco más efectiva la norma en el sentido de que no se venden antibióticos sin formulación médica, como en algunos países que realmente tienen un control estricto de la formulación, a quién se le hace y así haciendo que a pesar de que las personas quieran adquirir los antibióticos sin ninguna restricción clara, como algunos otros medicamentos que tenemos nosotros bajo fórmulas controladas, me parece que eso es importante, y la otra cosa me parece que debemos hacer campañas al público de que se den cuenta de la importancia de la toma de no antibióticos y de las consecuencias que tienen la resistencia a los antibióticos.

Experto 8: Agregando un punto más a lo que comentaba el experto 4 y la experta 6, yo creo que hay varias cosas, uno, podríamos dependiendo de lo que la guía y lo que se indique en la segunda evidencia, pues tratar de utilizar esquemas de antibiótico que en el caso en que estén indicados que sean más accesibles y fáciles de manejar, un ejemplo, claro es el uso de la penicilina benzatínica intramuscular una única dosis, comparado con una amoxicilina que es una penicilina de primera generación con un esquema de varios días y varias dosis, dónde va a haber problemas de adherencia o hay mayor riesgo de falta de adherencia y de seguimiento de la conducta médica, eso por un lado, por otro lado también en primer nivel de atención cuando yo estuve en rural en San Luis de Palenque allá en Casanare, me acuerdo mucho que lo que hice con las farmacéuticas, las droguerías, fue hablar con ellos de no prescripción de antibióticos hasta que fuera valorado por el médico principalmente y que se diera un manejo netamente analgésico primario y evitar uso de antibióticos, porque me acuerdo que me llegó un niño de un año con una faringoamigdalitis con azitromicina en jarabe y dije, pues ya no le tengo que hacer nada porque ya le dieron tres días de azitromicina, y el niño era un cuadro viral entonces la mamá dijo no puede ser y se le dio un antibiótico que no tenía indicación y un tercero yo creería ya a nivel macro que se puede implementar en políticas y que se ve en otros países, es lo de la formulación electrónica donde los antibióticos si bien no tendrían que ser un medicamento controlado como son los opioides, si tendrían que requerir por normatividad para la dispensación en farmacias, la formulación y ser un poco más estrictos con la adherencia de la formulación médica y creo que ahí se toca en las tres áreas y decía si los pacientes quieren tomarse el antibiótico, pues las farmacias están controladas en su dispensación sin formulación médica, creería que eso serían cosas que se podrían hacer para mejorar.



Moderadora 1: Tenemos un panorama en el que hay varios factores en los que están un poco destinados los elementos para poder hacer un uso racional de los antibióticos en el país por un lado los usuarios por otro los prescriptores que son ustedes y por otro los personal que dispensa medicamentos en este contexto. En el lineamiento que está plenamente dirigido para los prescriptores en este caso ustedes, me gustaría hacer la siguiente pregunta: ¿Qué información le gustaría tener a la mano para despejar las dudas, para poder seleccionar un buen tratamiento de antibiótico empírico ya sea en faringoamigdalitis o en IVU, dependiendo de su experiencia?

Experta (?): Yo creo que algún fundamental son los patrones de resistencia, los pudiésemos obtener de pronto, así sea a nivel departamental o de alguna forma un poco más específicos sería muy útil esa parte

Experta 10: Por la forma en cómo he visto los pacientes, yo siempre mando tratamiento con laboratorio, si veo que hay una hematología alterada, si la paciente tiene alguna sintomatología o un uroanálisis alterado, se le indica antibiótico, siempre comenzando con el antibiótico con más sensibilidad, el primero de elección, por ejemplo, en las vías urinarias es la nitrofurantoína, con ese yo comienzo a manejar infecciones urinarias o con cefalosporinas de primera generación dependiendo de si evoluciona bien, ahí se termina con el antibiótico, si no, si persiste, pues envía un cultivo por la parte de la infección urinaria y con la faringoamigdalitis me disculpan, pero creo que la primera que he visto que tiene mejor reacción son las penicilinas, siempre mando por primera elección la penicilina con su respectiva prueba de sensibilidad

Moderadora 1: O sea que la primera información que necesitas es la que te da un diagnóstico por prueba.

Experta 6: Otra cosa que me gustaría adicionar, me parece que nosotros como médicos todos deberíamos hablar el mismo idioma, me parece que deberíamos tener un algoritmo para saber si lo hacemos cómo lo vamos a iniciar, si realmente la prevalencia es viral o es el uso no adecuado, desde cuándo voy a usar el antibiótico, cuál escalonamiento voy a tener el antibiótico, porque a veces vemos tratamientos escalonados de primera elección que inician con un antibiótico de tercera generación y vemos que a veces nos quedamos cortos porque iniciamos tratamiento de primera línea realmente demasiado agresivos, en el momento lo que hablábamos de la parte viral, se inicia con antibióticos de alta gama, entonces me parece que deberíamos, que todos habláramos en el mismo idioma, y todos tuviéramos los mismos lineamientos para que todos manejáramos este tipo de patologías de la misma manera.

Moderadora 1: Experta 6, en la línea y tomando la palabra de usted y de la experta 10 me gustaría preguntar cómo les gustaría que se presentarán estos lineamientos, porque digamos que se construyó el lineamiento y ahora lo que queremos, es que llegue a todos los médicos y médicas del país que tienen el primer nivel de atención, como les gustaría recibir esa información.

Experta 6: A mí me parece un ejemplo muy bueno las tablas que nosotros tenemos en el caso de la reanimación, como lo vemos a nivel de la AHA, que tenemos unas fichas que son bastante prácticas, de bolsillo, que sean fáciles de consultar, que sean claras que es lo que uno necesita tener como básico y ahí hacer el escalonamiento, me parece que sería una idea bastante interesante, como un mapa conceptual donde podamos manejar si éstos y si esto no, que tener unos puntos claros, que yo lo pueda consultar fácilmente que sea claro y fácil de usar y fácil de cargar.

Experta 2: Aquí, información que me gustaría tener a mano para despejar las dudas en el tratamiento de antibiótico empírico, nosotros desde el punto de vista de infección de vías urinarias bajas tenemos dos posibilidades, una tenemos mucha cistitis asintomática que realmente es bacteriuria asintomática que realmente no se necesitan tratar, yo pienso que es importante aclarar, que es una bacteriuria asintomática y que no se debe tratar y lo otro es tener básicamente el tratamiento de urocultivo que sean más de 100000 colonias porque menos de 100000 colonias es bacteriuria asintomática y no se trata, entonces pienso que lo más importante tener muy claro los lineamientos de laboratorio y las buenas guías de manejo para saber cómo en efecto dar antibiótico, porque el antibiótico empíricamente desafortunadamente no está recomendado.

Experto 4: Ahorita que estamos en la época de la tecnología sería interesante tener una App con las guías, porque uno debe basarse en las guías, las guías son los que te guían hacia dónde tengo yo que pensar y dirigirme, cómo es que tengo que iniciar, no me funcionó listo, entonces ahora tengo que hacer esto, siempre hemos dicho que las guías es una ayuda para estar con la mayor actualización sin ser una camisa de fuerza porque no todo el mundo es igual, entonces ya que estamos con la tecnología pensar en una tener una app para esto, una aplicación para celular

Experto 11: Algo que me gustaría, no sé si se encuentra disponible en Colombia es ver desde un punto de vista tecnológico, las principales bacterias que afectan el tracto en este caso sería la vía aérea superior, para una faringoamigdalitis, otro tipo de infecciones como lo es urinario en el cual se muestra un espectro de resistencia de antibióticos, ya sea por regiones socio (no se entiende), no sé si haya una proyección de un estudio al respecto o en su defecto si ya se tiene una base que promueve por lo menos a nivel nacional y que fuese incluido en la misma guía.

Moderadora 1: Los lineamientos están basados en una revisión de la resistencia bacteriana en el país, en esa medida experto 11, ahí ya hay un primer lugar de ubicación que garantiza esto que usted está solicitando, pero adicional a eso como más le gustaría que estos lineamientos fueran difundidos para todo el personal médico del país.

Experto (?): Complementando un poco lo que decía el experto 4 y el experto 11 es tal vez hacer eventos académicos desde las organizaciones de profesionales, ahí hago la cuña un poco de las organizaciones, el colegio médico las sociedades científicas en donde podrían darse como esta difusión de estos lineamientos con los directivos, las personas que participaron en la creación de los lineamientos y con respecto al comentario del experto 4 de la App, eso se conoce como una clinical Support decision, son aplicaciones para soporte a las decisiones clínicas y sería muy útil que tuviera no solamente el tratamiento, sino la epidemiología y los patrones de resistencia microbiológica que hay en el país así sean del año que sean, pero sería muy útil para el seguimiento y las decisiones clínicas en el uso racional de antibióticos.

Experto 11: No sé si la guía, o futuras guías pudieran traer también, cómo podría hacer ese enfoque en paciente ambulatorio de consulta externa versus aquí al paciente que se encuentra en área hospitalaria de hospitalización o en su defecto de cuidado intensivo que pienso que los expertos, o los productos antibióticos cambian según el patrón de cada institución, no sé si se pudiera realizar esa orientación.

Moderadora 1: Estamos con lo que tiene que ver con el primer nivel de atención del uso racional de estos antibióticos, básicamente en el primer nivel de atención para las IVU en mujeres inmunocompetentes, IVU no complicadas y para faringoamigdalitis también en adultos inmunocompetentes, por ahí estaría el ejercicio de los lineamientos que hoy estamos trabajando en este encuentro.

Moderadora 2: El lineamiento fue actualizado 2019 con la flora bacteriana que se identificó más común en infección de vías urinarias en la comunidad y la resistencia bacteriana en la comunidad que es resistencia bacteriana que no cambia tan frecuentemente, que es contraria a la resistencia bacteriana que sí puede ocurrir en el ámbito hospitalario dónde por regiones e incluso por hospitales puede presentarse una resistencia particular y por eso en los hospitales cada seis meses están revisando cómo va la resistencia a ver si le quieren hacer algún cambio en sus protocolos que derivan de la política de uso prudente de antibióticos, pero este lineamiento es específico para consulta externa y en la comunidad no nos cambia tanto la resistencia tan frecuentemente, este lineamiento es una actualización, supongo que se harán actualizaciones con la frecuencia requerida de acuerdo a lo que sepan los expertos infectólogos de los cambios de resistencia en una comunidad.

Experta 9: Con respecto a la pregunta anterior las dificultades para el inicio del manejo, me he encontrado varias veces con que yo dejo el manejo, le dejó el paciente, mira esta es la fórmula y la dificultad de que en el municipio no se encuentra el medicamento, yo digo, voy a dejar tal manejo, el paciente camina por todo el pueblo se va a todas las farmacias, vuelve a la consulta y me dice doctora, no hay el manejo, enseguida pienso, y acá en el pueblo que sí tengo, esa es una dificultad a la que me he enfrentado varias veces y es el tema de que no cuento con muchos medicamentos que serían la primera línea de manejo y tengo que pensar mandarle cuál y decirle al paciente, mira si en tantos días no ha funcionado, por favor, vas por urgencias, porque si es muy difícil hacer un manejo completo y adecuado cuando ni siquiera se encuentran los medicamentos en el municipio.

Moderadora 1: Nos pones en un tema muy complejo y más en este país donde las regiones son tan diversas tan distintas y los accesos a salud hemos notado que también son muy distintos para cada sujeto. Entonces nos pones algún tema muy complejo sin embargo, el lineamiento trabaja el acceso algunos medicamentos que están dentro de las tecnologías en salud disponibles en el país de ahí partir y Amos pero una cosa es lo que nos proponemos y otras son las realidades, pero muchas gracias por el aporte.

Experto 3: Tengo varias intervenciones no había podido por cuestiones de la conectividad, creo que hay varios puntos que hemos tratado y que son bastante importantes, uno de ellos es la caracterización no tanto de la resistencia bacteriana, sino la caracterización en general, de cuáles gérmenes son los más prevalentes y así poder hacer una terapia antibiótica definida, así sea empírica pero que ya tengamos la caracterización en las poblaciones en general así sea por departamentos por ciudades por municipios, que se pueda tener la caracterización tanto de la microbiota a nivel de la comunidad como a nivel hospitalario, creo que ese es un punto bastante importante.

La otra es la socialización que se pueda hacer a través de las diferentes regionales y a través de las diferentes sociedades para que todos tengamos lo que habían dicho previamente, un solo objetivo y unos lineamientos puntuales, que esta guía pueda ser una herramienta de consulta a nivel nacional y que sea un adherencia grande por parte del personal de salud para que podamos hacer lo que estamos tratando hacer, un uso racional de los antibióticos, no que sea por experiencia, no que sea porque a mí me ha ido bien o por algo empírico, sino que sea un estudio juicioso y una adherencia juiciosa a las guías, yo creo que el papel del médico, aunque lo hemos discutido en varias ocasiones, que el tiempo que nos exige una EPS, que nos exige un sistema de salud no sea el impedimento para que uno pueda hacer cultura y uno no pueda hacer educación con el paciente, que si el paciente consulta por riesgo cardiovascular, por alguna cosa, yo tomé un minuto de esa consulta y le diga a ver cuándo usted se sienta enfermo, puede venir puede acercarse al

puesto de salud, puede sacar una cita con su médico general, con su médico de familia, por favor no utilice los antibióticos que le dan en la droguería, porque eso no está bien, no es sano para su salud, va generar mayor resistencia, la resistencia es algo muy grave algo que lo puede llevar a usted a una unidad de cuidado intensivo, a usted, a su familia, su comunidad a su entorno, entonces digamos que el impacto del médico que se toma 1 o 2 minutos de su consulta para hablarle de un tema totalmente diferente al paciente por lo que consulta seguramente va a generar recordación del tema y otra cosa importante es que realmente se puede hacer un control estricto así, cómo se hace un control de los medicamentos controlados, las benzodiazepinas o los medicamentos opioides que también haya una reglamentación que así sea en el último rincón de Colombia tiene que tener una casa farmacéutica que sea la responsable del suministro de esos medicamentos, porque realmente la población adquiere los antibióticos cómo adquirir un analgésico y eso no puede continuar en nuestro sistema de salud, esas serían como las intervenciones grandes

Moderadora 1: Muchísimas gracias, un resumen muy pertinente y además muy justo en este momento en el que quisiera recoger muchas de las cosas que ya se han dicho, bueno, las responsabilidades que tenemos en la educación en salud, específicamente el experto 4, nos hablaba de quizás un folleto que le permitiera el poder hacerle entrega los pacientes para recordarles cuál sería el manejo correcto, de la toma correcta de los medicamentos, sobre los antibióticos en este caso para poder ayudar en este control o en este uso racional de los antibióticos y por eso hay un elemento que me parece importante que podemos rescatar con esta pregunta que tenemos aquí y es, hay cosas que de pronto en el diario, en la práctica cotidiana se nos olvida, se nos pasa, no es de fácil recordación o que son más frecuentemente olvidadas frente al tratamiento antibiótico y frente al autocuidado de los pacientes, cuáles creen ustedes que son esos olvidos más comunes como personal médico. Alguno de ustedes quiere empezar.

Experta(?): Creo que uno de los olvidos más frecuentes en el gremio médico es cada cuánto se debe tomar el antibiótico, desafortunadamente la mayor resistencia de los gérmenes al antibiótico es la mala toma del antibiótico por la vida media, por la biodisponibilidad, entonces una falta de conocimiento total respecto, a cómo actúa el antibiótico, un conocimiento y en cosas muy sencillas como cada cuánto es la toma y por cuántos días, generalmente tampoco es muy claro, si uno fórmula, uno lo mandó a 7 días otro 10 días, otro 8 días, realmente esa parte del conocimiento exacto de cómo es la biodisponibilidad del antibiótico y cómo se da el total.

Moderadora 1: Muchísimas gracias un aporte valiosísimo para lo que queremos hoy difundir.

Experto 3: No sé, las principales por las que hay una falla terapéutica es el abandono del paciente, seguramente que sí era un cuadro viral en tres o cuatro días va a tener la resolución de su sintomatología y eso hace que se presente el abandono, los esquemas largos de antibiótico hace que sea más difícil la adherencia y cuando los medicamentos superan las 8 horas es decir que tiene que tomárselo cada 6 horas es mucho más difícil porque van a quedar dosis en la madrugada, en la noche que los pacientes seguramente no se van a levantar a tomar las entonces, creo que un esquema largo y un esquema que requiera una dosis muy frecuente va a tener un fallo terapéutico.

Experto 4: En eso tienen toda la razón, lo que acaba de decir el experto anterior, yo tengo muchas veces problemas, cuando formulo un antibiótico cada 6 horas, la persona cada 6 horas decidió que estas son tres veces al día, entonces uno le dice 24 horas dividido... quiere decir cuatro veces al día entonces, los pacientes muchas veces no entienden bien y una de las cosas que yo siempre peleo mucho, uno tiene que explicar muy claramente de verdad como es el manejo de los medicamentos, cómo es que se lo tienen que tomar y por cuánto tiempo, a la gente le gusta ponerle mucho miedo al antibiótico en algunos casos, entonces qué me va a secar la sangre, que me va a dar anemia, que esto me va a dañar lo uno, lo otro entonces abandonan muy fácilmente tratamientos y lo que favorece es ese aumento de resistencia. Y lo otro que uno ve, sobre todos los pacientes de edad, que están multi formulados, es muy complicado, que de verdad puedan tener una buena ingesta de este nuevo medicamento, si uno ve una fórmula de una persona que sea hipertensa, que tenga problemas cardíacos, posiblemente está formulado con siete u ocho medicamentos, entonces meterle otro es un complique y es muy difícil que de verdad la gente haga una adherencia al tratamiento como debería ser.

Moderadora 1: en síntesis, una de las cosas en la que mayor educación tendríamos que hacer para lograr este uso racional de antibióticos según lo que ustedes nos recomiendan y una información que tendría que estar socializada obligatoriamente es que se haga una educación frente a la hora, a la toma y a las dosis exactas que se tiene que tomar el paciente o la paciente de acuerdo a la patología y de acuerdo al requerimiento o al tratamiento que se ha dispuesto por el médico, Es así u omití algo.(expertos y expertas de acuerdo )

El lineamiento trabaja muchas de esas cosas que estamos viendo, trabaja las maneras en que podemos hacer un diagnóstico diferencial en una IVU, diagnóstico diferencial en una faringoamigdalitis bacteriana y una viral y también obviamente cómo hacer nuestras primeras elecciones del tratamiento antibiótico, El lineamiento es completo ,es complejo y como todos los lineamientos y todas las guías casi siempre son cargadas en letras y un tanto amplios, como les gustaría ustedes, que este conocimiento que está en este lineamiento, llegará a sus prácticas cotidianas que estuviera constantemente en sus manos.



Experta 10: Creo que sería más fácil para uno poder estar en la actualización, como dijo el experto con una App, la utilización del teléfono rápido, pero también si llegarán por correos estos lineamientos uno que lo estuviese ahí en la bandeja de entrada de cualquier forma de que si la App no te funciona uno se mete y puede ver estos lineamientos, así en una emergencia uno rápido revisa si el paciente tiene una infección viral en las vías respiratorias superiores y cuáles son, el algoritmo que estaba mencionando la experta, qué es lo que se puede hacer si pide una hematología o pido un exudado, no sé si me explico, creo que así, se le hace uno a veces más fácil en un momentico revisar porque a veces en ocasiones las App se quedan cargando, pensando, en cambio teniendo los lineamientos descargados de una vez en un archivo en el teléfono se le hace a uno más fácil revisar y poder indicar cualquier tipo de antibiótico al igual que como la sensibilidad y la especificidad y la epidemiología de cada municipio dependiendo de qué bacteria o virus o parásitos esté presente allí.

Moderadora 1: Por ejemplo, podría ser en póster, en folletos, lo que nos recomendaban la experta 6, en recomendaciones de bolsillo, no sé, cartillas, no sé en qué material les gustaría que estuviera eso además de la App e infografías.

Experta: Otra opción, sería chévere una App ahora con la tecnología de los celulares, sería interesante hacer una App donde uno, vaya poniendo sus puntos afirmativos o negativos y que él le indique cómo los pasos a seguir, como algunas guías ahora que se manejan de reumatología, hay varias aplicaciones y sería una buena, interesante obviamente sin dejar las de bolsillo, porque hay municipios en Colombia donde no se tiene internet.

Experta 5: Lo que creo que recogiendo todas las recomendaciones de las demás personas definitivamente si se va a desarrollar una aplicación pienso que sería muy útil, sin embargo, si me pongo a pensar de donde tienen o donde tienen los médicos generales sus apuntes o sus cosas para revisar en un momentico es en su galería de fotos de su celular, entonces a qué voy, de pronto si la aplicación es muy útil, pero tendríamos que pensar una aplicación que esté siempre así no tenga conexión a internet y la imagen y todo cargue siempre y se esté actualizando, sería una buena herramienta así, si es una actualización continua, si lo que estamos buscando es hacer una cosa para que sea una herramienta a la mano, de entrada haría definitivamente una infografía, porque pienso que la gente la mayoría de médicos generales acude a medscape por ejemplo y su celular de entrada o a su imagen que tiene guardada de las perlas, que siempre guarda para las cosas muy importantes y muy frecuentes que tiene a la mano, por qué una infografía y por qué algo tan reducida, porque estamos buscando llegar al correcto tratamiento en el menor tiempo posible, porque nosotros tenemos 10 o 15 minutos para una consulta médica, entonces no podemos poner a revisar una guía que tiene 70 recomendaciones y que al final uno no encuentra en qué partecita dice exactamente, qué es lo que tengo que hacer mientras una imagen o algo

visual si nos va a orientar mucho más rápido, estoy muy de acuerdo con la persona que dijo que deberíamos tomar el modelo que tiene la AHA con el ACLS y el BLS para orientarnos rápidamente, pero lo haría de entrada por un correo por una publicación, reducir eso en cualquier cosa que distribuya una infografía, qué pienso que es lo que más guardan los médicos en Colombia

Experto 4: Los que somos viejitos en un momento dado tuvimos una cosa que se llamaba el usuario pediátrico y con eso manejaba uno toda la pediatría del mundo era un libro que uno cargaba todo el día en el bolsillo y esa es la idea que uno pueda hacer una consulta rápida en un momento dado, por ejemplo el mismo PML; nosotros habíamos hecho unos convenios con PML y ellos regalan como una suscripción para poder formular y es interesante esa suscripción porque la persona que se mete ahí y fórmula le aparecen las contraindicaciones, le aparecen todos los posibles efectos secundarios y todo eso ahí mismo en la formulación, la idea es que ojalá un día en Colombia acabemos con, una historia única universal en el país y dos con ojalá una formulación única nacional de todo, eso va ayudar mucho a tener un control sobre todos los medicamentos y dejar de tener que llenar vainas absurdas que sigo insistiendo y seguiré insistiendo toda mi vida, como un mipres, que eso lo único que hace es complicarle la vida a todo el mundo. Entonces, ojalá algún día acabemos con una formulación y que se pueda en ese momento de hacer la fórmula, aparezca pantallazo en ese momento de cuidado con las contraindicaciones cuidado con esos efectos secundarios.

Moderadora 1: Alguien más que aporte sobre esta línea como nos gustaría que se nos presentarán estos lineamientos para nuestra práctica diaria en qué formatos

Experto 8: Algo que se podría hacer pensando con una visión tecnológica, es todos los proveedores de los sistemas de historia clínica digitales que están en el país, están regidos por decretos nacionales y sería fácil incluirlos dentro de ellos, que se incluyera el acceso o el direccionamiento cuando se formule el antibiótico a las guías de práctica clínica del ministerio a dónde están los repositorios o inclusive dentro de esos mismos sistemas de historia clínica se incluyen resúmenes frente a los usos de antibióticos, eso se podría ser muy fácil con la tecnología y hoy por hoy se integran sin ningún problema y se podría reglamentar de una forma más sencilla.

Moderadora 1: Veo que tenemos dos visiones: por un lado la tecnología como es eficaz para ese tipo de información y por otro lado aquella información que tenemos más a la mano, qué podemos guardar en el escritorio o tener en el bolsillo como las infografías los folletos y demás, pensando en Colombia, pensando en las circunstancias en que normalmente acompaña la práctica cotidiana del médico o de la médica, me gustaría saber si esta información le gustaría ustedes encontrarla en frases largas explicativas o cortas y



contundentes ya sea en la aplicación o sea la información que ustedes van a encontrar en infografías o en otro tipo de materiales más escrito y visual.

Experta 2: Yo me pongo a pensar en esas regiones donde no hay ni internet, entonces, una litografía incluso fácil de colocar en un sitio visual que sea más visual menos palabras o más de algoritmos, cómo imágenes, que sea más fácil para el médico que sea sencillo, no tan largo y no tantas palabras porque finalmente debe ser básico y yo poderlo aplicar y tener a la mano, me parece que grandes explicaciones no, es más algoritmo y más sencillo de llevar.

Experta 6: Estoy de acuerdo, me llama la atención algoritmos que era lo que yo había comentado anteriormente que me parecía que es práctico, lo tiene uno a la mano, al alcance y que sea claro y corto me parece que nosotros, entre más práctico es más útil para nosotros.

Moderadora 1: En esta misma línea les traemos dos imágenes que son comunes o de alta difusión en el ámbito médico para seguir algunas prácticas de cuidado y nos gustaría saber cuál de estas les parece más llamativa o cuáles parece que podría ser de mayor utilidad para difundir los lineamientos. Me gustaría tener la opinión de todos.

Experto 4: La de la izquierda que está con los dibujos es como para hacer un procedimiento, es mucho más explicativa y en ese sentido es más fácil de aplicar, pero es más para procedimientos, pero si uno va hacer una formulación mientras más conciso y más corto mucho mejor porque si uno se pone a buscar en unas frases largas en algo largo, ahí se fue el tiempo de la consulta, en eso tenemos que ser realistas, que mientras más conciso sea y menos dispersión pueda haber yo preferiría siempre el de la derecha.

Experta 2: Apoyó la idea del experto 4, me parece que debe ser muy conciso muy rápida la lectura y el algoritmo debe ser sí o no y la flechita muy rápido para poder interpretar rápidamente y hacer el tratamiento lo más eficaz posible uno tiene que dar las herramientas más prácticas a los médicos, porque estoy de acuerdo, tal vez lo de los dibujitos es más para procedimientos. Nosotros la utilizamos mucho en código rojo, tenemos muchísimos, también en dibujitos y tenemos con colores y tenemos signos, pero eso es más como para procedimientos, pero creo que para algo que es para formulación creo que más la de la derecha.

Experto 11: Dependiendo de para quién iría dirigida si es para los pacientes, una imagen dice más que mil palabras entonces el de lado izquierdo, si es para una especie de guía, los flujogramas o en mi opinión personal permiten un entendimiento más rápido, pero si es

para áreas baños, el lugar de lavamanos previo entre un procedimiento quirúrgico también sería el de la izquierda.

Experto 1: creo que de acuerdo a lo que decía el experto 4, lo otro es que la imagen de la izquierda se ve muy bonita, pero lo que se requiere es algo que sea entendible que se pueda leer, porque la imagen de la izquierda no se puede leer, toca acercarse mucho, entonces creo que el flujograma de la derecha es lo ideal para tenerlo más conciso y lo más simple a la mano.

Experta 5: Concuero con todos pienso que para términos de tratamiento que no tiene que ser visual para nosotros nada, porque estamos hablando de una formulación es el de la derecha.

Experto 3: Coincido con todos sí es para el tema de toma de decisiones el esquema de la derecha y si es para socializar en áreas comunes o para el paciente el de la izquierda.

Experto 8: Concuero con todos, si el tema es para el esquema tratamiento para profesionales, el de la derecha, sólo haría una recomendación tal vez de hacer como una señalización un poco mayor cuando se habla de medicamentos. Como las palabras en negrilla o las figuras geométricas con algún resaltamiento un poco mayor para que sea más direccionado al punto al que queremos llegar y si es para pacientes, pues una infografía como las imágenes de la izquierda.

Moderadora 1: El experto 7 expone en el chat que prefiere el de la derecha.

Experta 9: Completamente de acuerdo, el esquema de la derecha es para la toma de decisión rápida por parte del médico y la izquierda para socializar el paciente y decirle mire así es como tiene que hacer, así se lo tiene que tomar.

Moderadora: Gracias, ahora nos gustaría saber si existe algún líder de opinión, alguna persona, algún médico especialista que ustedes consideren experto en el manejo de temas del tratamiento o del uso racional de antibióticos ya sea el tratamiento en infecciones de vías urinarias o en faringoamigdalitis que pudieran reconocer que podían ustedes recomendarnos para que pudieran aportar o apoyar en la difusión de estos lineamientos, quizás un experto internacional guardiana, que ustedes sigan.

Experto Yo (?): Recomendaría que se relacionara un poco a los presidentes de sociedades científicas referentes a los temas específicos que se van a buscar porque según su espectro gremial y profesional son los más representativos y también podría ser útil, no sé, tanto como experto, pero sí para darle visibilidad a toda la reglamentación y a todas las conductas

que se están tomando con estas guías utilizar los influenciadores médicos que hay en las redes sociales que hay varios que tienen una alta trayectoria y visibilidad engagement, qué es un término que se utiliza hoy por hoy muy comúnmente por parte del sector salud y podría seguir como difusores de la información, por lo menos de que se actualizó la guía y que se actualicen en revisar la guía o esas conductas médicas y podría ser muy útil para todos los profesionales también.

Moderadora: ¿Conoce usted el nombre de alguna de estas personas que pueda colaborar?

Experto (?): De presidentes de sociedades científicas no conozco el dato puntualmente creo que el experto 4 podría dar ese nombre puntual y de influenciadores médicos hay varios uno está el doctor Negreti, creo que los otros asistentes conocen algunos influenciadores médicos que son muy visibles en redes sociales.

Experto 4: Aquí tenemos gente muy buena y en sociedades científicas, pues son los que traen toda la nueva ciencia acá, entonces, así estaría totalmente de acuerdo que esto tiene que ser con la colaboración del presidente de la sociedad colombiana de infectología, medicina interna, ginecobstetricia, el mismo otorrinolaringología, neumología para el manejo de estas cosas para poder hacer un consenso y yo estoy seguro que el resultado será espectacular. Lo otro que yo también recomendaría un poquito, es también estas secciones de médicos de los noticieros de las diversas cosas, como por ejemplo Carlos Francisco, el doctor Julio Durán en RCN, ahorita se me escapó el nombre de la doctora de caracol, toca aprovechar ellos para que nos ayuden a hacer una difusión de todo este tema, María Fernanda la de caracol.

Moderadora 1: Este podría ser un medio para difundir la información a pacientes y para difundir esta información a todos los médicos generales del país, quienes creen ustedes que sería esa persona que definitivamente es un líder de opinión y que convocaría el uso de los lineamientos.

Experto 4: Mira yo puedo decir que por parte del colegio médico colombiano nosotros lo que tenemos es una base de datos muy grande que podemos usar para mandar esto, no es que sea el influenciador número uno, o la persona de más credibilidad, no, esto tiene que ser institucional, si es institucional va a tener mucha más fuerza, que ustedes mismos IETS, que produzcan eso en unión con la sociedad científica en unión con todos los que hacen la producción científica, sería para mí lo que más le daría peso, no en el caso de una persona por parte del colegio, pues nosotros ofrecemos totalmente todos los que son los medios, las redes del colegio y nosotros mismos hacemos cursos, que los hacen los rurales para el servicio social obligatorio donde tratamos de mantener actualizados todos estos sistemas entonces, yo ofrezco, el colegio para hacer difusión de esto con el mayor de los

gustos, esa es la idea del colegio colaborar en eso, pero vuelvo y te digo, no creo que sea como un influenciador, sino más bien instituciones las que sean las influenciadoras.

Moderadora 1: Tomaremos la palabra doctor muchas gracias por el ofrecimiento del colegio, estaremos tomando ese ofrecimiento.

Experto 4: Hemos hecho varios trabajos con el IETS, con la sociedad colombiana de oftalmología, entonces chévere, porque conozco el trabajo de ustedes.

Moderadora 1: Por último, nos gustaría que miráramos qué obstáculos encontramos, casi siempre cuando intentamos motivarnos a leer o a conocer información en salud sobre todo como la que presentan estos lineamientos, cuáles son nuestros principales obstáculos para hacer esa consulta rápida o para ingresar a este tipo de información.

Experta 6: En mi opinión el obstáculo que tenemos a veces es lo que les comente, obviamente a veces la falta de tiempo de nosotros y que a veces estamos bombardeados por mucha información, a veces ese hecho de la falta de tiempo y en este momento en el que estamos pasando, realmente yo he insistido mucho en que debe ser una cosa bastante práctica para que realmente tenga el impacto que necesitamos que tenga, me parece que lo más importante ahí sería en la presentación de la guía, para que eso no se convierta en un obstáculo.

Moderadora 1: Voy a leer lo que pone el experto 7: la falta de actualización y la lluvia de ideas sin criterio de estudio previo (Lo pone en el chat)

Experto (?): No sólo es la parte de lo que decían anteriormente, sino también la parte del tiempo, porque desafortunadamente de muchos médicos generales que trabajan en dos turnos de 8 horas, entonces son 16 horas y le queda muy difícil llegar cansado a leer una guía o un documento bastante amplio. Entonces creo que deberíamos mirar o hacer algo más resumido lo más necesario posible con la información más corta posible para que se pueda llegar a difundir y poder así mismo que el médico general se empodere de ese mismo aprendizaje, porque de hecho nosotros hemos tenido la experiencia y ahorita con todo este tema de la pandemia, que todo se volcó a lo virtual y mucha gente está con los webinars y todo eso satura los mismos médicos, entonces hay que mirar otras estrategias para poder llegar a los médicos generales, llegar a todos los médicos de atención primaria para que puedan conocer este tipo de guías y también como decía el experto 4, en este momento todas las instituciones que puedan colaborar para difundir las guías, y también como el experto 4 ofreció el colegio médico, nosotros ofrecemos la sociedad colombiana de médicos generales para poder difundir, además nuestro alto alcance en redes sociales, nuestros afiliados, que ya superan casi los 7000, entonces creo que es algo que tenemos que mirar

cómo llegarle más rápido a los médicos y se pueda tener un acceso y se leería correctamente, no se quede como la guía guardada en el celular.

Moderadora 1: Agradecemos el ofrecimiento y estaremos haciendo uso de esa oferta.

Experto 3: Creo que cuando uno revisa una guía que sea muy extensa realmente se torna dispendioso terminar de leerla o llegar a las conclusiones y hay muchas guías que no se comprometen y no dan un criterio certero y no dan una orientación específica, entonces queda todo en entredicho, si la guía es avalada por las diferentes entidades y uno tiene el respaldo científico de ampararse en esa guía para hacer la prescripción creo que se va a usar en una mayor cantidad y lo otro es que uno puede consultar en este momento la guía o abordaje inicial para manejo de infección de vías urinarias y le van a aparecer guías de todas las sociedades, de todos los países de todos los consensos, entonces sí se puede establecer esta guía como un parámetro inicial, para el manejo inicial en todo el territorio nacional creería yo que tendríamos un impacto bastante grande, creo que al hacer una guía resumida con cosas muy puntuales y si tenga el respaldo científico por las diferentes agremiaciones o asociaciones incluso por el mismo ministerio creo que sí va a ser una guía en general para la práctica clínica.

Experto 4: La recomendación mía es que esas guías tienen que los médicos generales que estén haciendo la consulta, la revisen para que vean si de verdad son concisas y les ayudan porque esto es como las cosas de habilitación, hay un técnico que la hace muy bonito, muy lindo y llega uno y la aplicación en la realidad es absurda y si tiene todo el soporte científico, todo lo que uno quiera, pero no la va a aplicar y es absurdamente grande, es absurdamente complicada o como la experiencia que tuvimos hace unos años de unas guías de manejo de la diabetes infantil que fue un tratado y cómo fue una fusilada de unas guías australianas, teníamos aquí darles a los niños muffin de manzana, son cosas absurdas que se salen de la realidad, entonces mi solicitud es hay que hacerlas apoyados en todas las sociedades científicas en los expertos, pero que sean validadas por médicos generales, por rurales que están haciendo el día a día en esa consulta y que les ayuden un poquito a revisarla, a ver si de verdad es de fácil accesibilidad o no, porque si no vamos a acabar con unos documentos gigantescos o unos documentos que de pronto no nos van a servir para cuál es la idea de ese servicio.

Moderadora 1: En resumen, me gustaría hacer una síntesis, hemos recogido una gran cantidad de ideas que agradecemos enormemente desde el IETS para poder llevar a la socialización de este lineamiento.

Nos vamos con unas estrategias de difusión basadas en la tecnología, pero también basadas en algunas herramientas de manejo diario y cotidiano a partir de lo físico como

infografías y aquellas que podemos acceder de vía web, además que sean de fácil difusión útiles, claras y concisas, casi el manejo de flujogramas y finalmente que sean validadas o que sean puestas a prueba en terreno. No sé si dice una síntesis correcta o alguien quisiera añadir algo más.

Agradecimientos y despedida finales.