

Recomendaciones para disminuir la variabilidad en la prescripción antibiótica

Sr. Editor: En relación al artículo publicado recientemente en su revista sobre la variabilidad de la prescripción antibiótica en dos países de Europa (España y Dinamarca)¹, quería agradecer a los autores su contribución al conocimiento del tema y a la sensibilización respecto a la necesidad de utilizar mejor los antibióticos en nuestro medio, así como aportar algunos comentarios al respecto.

En España se consumen 2,85 veces más antibióticos por habitante que en Dinamarca, principalmente a expensas del mayor consumo de penicilinas de amplio espectro². A nivel nacional también existen importantes diferencias entre comunidades autónomas³. Esta variabilidad no parece deberse a diferencias importantes en la morbilidad por enfermedades infecciosas, y se debería principalmente a variaciones en las actitudes y comportamientos de la población⁴, el farmacéutico y el médico.

La mayor parte de la prescripción de antibióticos se realiza en las infecciones respiratorias, sobre todo en faringoamigdalitis y bronquitis (la mayoría de origen viral) y en menor medida en el catarro y en la gripe⁵. Entre las causas que contribuyen a una mayor utilización de antibióticos en España puede estar la infraestimación de la etiología viral de las infecciones respiratorias⁶ y en el uso de antibióticos distintos de la penicilina en la faringoamigdalitis la sobreestimación de la resistencia de *Streptococcus pyogenes* a penicilina⁷, motivada por una cierta confusión y generalización del problema de las resistencias, a menudo relacionada con los intereses en la introducción de nuevos antibióticos activos frente a los principales patógenos respiratorios (en general con buena aportación frente a neumococos resistentes o con sensibilidad disminuida a la penicilina y frente a microorganismos productores de betalactamasas, pero sin mejor actividad que penicilina frente a *S. pyogenes*).

Para mejorar el uso de los antibióticos conviene detectar las situaciones deficitarias, identificar y analizar las posibles causas y establecer las estrategias de mejora más oportunas. En nuestro entorno, la mejora en el uso de los antibióticos debe pasar en general por una disminución de su consumo y una utilización del antibiótico más adecuado para cada infección y paciente. Considero que la utilización de medios diagnósticos como la determinación antigenica para confirmar

amigdalitis estreptocócica o la proteína C reactiva en el caso de infecciones respiratorias bacterianas de vías bajas pueden contribuir poco actualmente a mejorar el uso de antibióticos en nuestra práctica cotidiana, siendo más partidario de evitar su prescripción en caso de catarro común o gripe y de una actitud más restrictiva a la hora de prescribirlos en los procesos faringoamigdalares de presumible origen viral, y en la mayoría de casos de bronquitis aguda. En caso de duda o incertidumbre por parte del médico (o elevada expectativa/presión del paciente para recibirlas), la prescripción diferida de antibióticos (realización de la prescripción y la receta, con la indicación/información de que no se inicie su toma a menos que se empeore o no se mejore en 24-72 h) se ha mostrado útil en nuestro entorno como medio de evitar parte del consumo⁸. Además, debemos contribuir a disminuir la automedicación con antibióticos por parte de la población y a disminuir sus expectativas de recibirlas en la farmacia o en la consulta médica, así como evitar la dispensación de antibióticos sin receta.

En cuanto a las guías de práctica clínica, no creo que hagan falta muchas más en relación a las enfermedades infecciosas, sino seguir las recomendaciones de las que tenemos, en las que por ejemplo se recomienda claramente el tratamiento sintomático en caso de bronquitis aguda, o amoxicilina o penicilina en faringoamigdalitis aguda⁹; en el consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis, además de señalar que cerca del 80% son de etiología viral, se indica que el tratamiento de elección en caso de sospecha de etiología bacteriana es la penicilina¹⁰. Un mejor conocimiento del tratamiento antimicrobiano, junto a una actitud más restrictiva en la prescripción de antibióticos y el seguimiento de las recomendaciones de las guías contribuirían mucho a disminuir la variabilidad y disminuir el consumo de antibióticos.

Miguel A. Ripoll Lozano

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Ávila Rural. Ávila. España.

Bibliografía

- Llор C, Cots JM, Boada A, Bjerrum, Gahrn-Hansen B, Munck A, Forés D, Miravitles M y grupo de estudio AUDITINFO2. Variabilidad de la prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias de dos países de Europa. Enferm Infect Microbiol Clin. 2005;23:598-604.
- Cars O, Mølstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. Lancet. 2001;357:1851-3.
- Lázaro E, Madurga M, De Abajo FJ. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000. Med Clin (Barc). 2002;118:561-8.
- Branthwaite AR, Pechère JC. Pan-European Survey of Patients, Attitudes to antibiotics and use. J Int Med Res. 1996;24:229-38.
- Picazo JJ, Pérez-Cecilia E, Herreras A y Grupo DIRA en Atención Primaria. Estudio de las infecciones respiratorias extrahospitalarias. Estudio DIRA. Enferm Infect Microbiol Clin. 2003;21:410-6.
- Ripoll MA, Orero A, Prieto J en representación del Grupo URANO. Etiología y tratamiento de elección de las infecciones respiratorias en atención primaria. Opinión de los médicos. Aten Primaria. 1999;23:296-300.
- Ripoll MA, Orero A, Prieto J. Resistencias bacterianas. Opinión de los médicos de Atención Primaria españoles. Medicina General. 2000;25:539-45.
- Llor C, Hernández S, Calviño O, Moragas A. Prescripción diferida de antibióticos en España. Med Clin (Barc). 2005;125:75-9.
- SEIP, SEIMC-IAP, SEMERGEN, SEMG, SEPEAP, SEQ. Guía para el control de la infección en Atención Primaria 2001-2002. Madrid: GSK; 2001.
- SEQ, SEOPC, SEIP, SEMG, SEMERGEN, SEMUE. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. Rev Esp Quimioterap. 2003;16(11):74-88.