

**La atención primaria debe avanzar  
con las técnicas de diagnóstico rápido**

**Sr. Editor:** Queremos agradecer la carta de respuesta al artículo *Recomendaciones para disminuir la variabilidad en la prescripción antibiótica*, ya que de esta forma podemos fomentar el intercambio de opiniones en un tema tan importante como es la patología infecciosa en atención primaria. Estamos de acuerdo en dos premisas principales, la etiología viral de la mayoría de los procesos infecciosos respiratorios que atendemos en nuestras consultas de atención primaria y el elevado consumo de antibióticos en nuestro país. En patología infecciosa respiratoria la etiología más frecuente es la viral, la presentación clínica es leve-moderada y la evolución autolimitada. Según la Organización Mundial de la Salud, por cada 100 infecciones respiratorias, sólo 20 requieren tratamiento antibiótico<sup>1</sup>; las restantes 80 presentan una causa viral. La mayor parte de infecciones respiratorias son autolimitadas y revisiones recientes sugieren que los antibióticos modifican sólo ligeramente el curso de la mayor parte de las infecciones del tracto respiratorio, principalmente en las infecciones de las vías aéreas altas<sup>2</sup>, como catarro común, faringoamigdalitis, otitis media, sinusitis; pero también en la bronquitis aguda<sup>3</sup>. Hopstaken et al<sup>4</sup> incluso va más allá y sostiene que los médicos de atención primaria debiéramos tratar pa-

cientes y no diagnósticos y que el médico no debería tener miedo en no tratar algunas infecciones del tracto respiratorio inferior. Esta aseveración se debe naturalmente a la poca gravedad de los procesos infecciosos que atendemos en la comunidad, pero requiere de la habilidad suficiente de saber derivar las infecciones respiratorias más graves. En segundo lugar, el consumo de antibióticos en nuestro país, aunque ha mejorado en los últimos años, está situado en los niveles altos de los países europeos<sup>5</sup>. La sobreutilización de antibióticos se acompaña de una prescripción de antibióticos de amplio espectro no necesaria para cubrir al patógeno implicado en la infección así como una mayor tasa de resistencias de los gérmenes comunitarios más frecuentes<sup>5</sup>. Recientemente se ha publicado un artículo en Holanda, país europeo con el menor consumo de antibióticos<sup>5</sup>, donde aún podrían reducir la prescripción antibiótica en las infecciones del tracto respiratorio en el medio extrahospitalario si se siguieran escrupulosamente las recomendaciones existentes, para reducirla sólo a una tercera parte de lo que están haciendo en la actualidad<sup>6</sup>.

El manejo de las enfermedades infecciosas en atención primaria debe tener en cuenta todas estas características. Entonces, ¿cómo podemos mejorar el manejo diagnóstico y terapéutico? Debemos poseer métodos diagnósticos en atención primaria para una mejor atención al paciente. Hoy en día no entenderíamos el manejo del paciente con hipertensión arterial o con cardiopatía isquémica sin disponer de un electrocardiograma o el manejo de paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica sin utilizar una espirometría. ¿Por qué debemos limitar los métodos diagnósticos en enfermedades infecciosas si éstos cuentan con una óptima sensibilidad y especificidad? En la respuesta a nuestro artículo se especifica que debemos tener una utilización adecuada de antibióticos, pero ¿cómo se resuelve en la práctica esta afirmación? Es difícil saber en muchas ocasiones si la etiología es viral o bacteriana en una faringoamigdalitis sin una prueba de detección antigénica rápida. En la faringoamigda-

litis la etiología más frecuente es la viral aunque se prescriban antibióticos entre el 75 y el 85% de las faringoamigdalitis<sup>7</sup>. Y ésta es del 95% si hay presencia de exudado amigdalár; que por cierto, no es sinónimo de etiología bacteriana. Cuando se utilizan tan sólo criterios clínicos y se prescriben antibióticos a los pacientes con amigdalitis supuestamente bacteriana (aquellos pacientes con tres o más de los criterios de Centor), se está efectuando una prescripción antibiótica innecesaria que oscila entre el 40 y el 60% de los casos<sup>8,9</sup>. Pero con el resto de las infecciones pasa lo mismo: el diagnóstico basado sólo en criterios clínicos acostumbra a ser incierto. Así, es clásico el estudio en que sólo el 40% de los médicos diagnostican correctamente una sinusitis, tomando como referencia el diagnóstico ecográfico<sup>10</sup>. Pero también es difícil diagnosticar una otitis media<sup>11</sup> y diferenciar una bronquitis aguda de una neumonía<sup>12</sup>. En este sentido, la determinación de una proteína C reactiva puede ayudar al clínico a descartar una neumonía y orientar la etiología de una sinusitis. André et al<sup>13</sup> demuestran recientemente que la prescripción de antibióticos en consultas de pediatría en Suecia puede reducirse del 58% entre los médicos que no utilizan proteína C reactiva en sus consultas al 36% cuando sí está disponible esta técnica.

Creemos que la respuesta es obvia en el manejo de la patología infecciosa: hay que diagnosticar mejor para indicar un antibiótico en los casos de etiología bacteriana y esto implica disponer de métodos de diagnóstico rápido en la consulta. Naturalmente, debe acompañarse de otras intervenciones tal como se comenta en la última revisión de la *Cochrane Library*, como información a los profesionales, participación en auditorías, seguimiento de guías adaptadas a la atención primaria, sesiones de formación, prescripción diferida de antibióticos, etc.<sup>14</sup>. Sólo así conseguiremos reducir la prescripción de antibióticos.

Carles Llor y Josep Maria Cots  
Sociedad Catalana de Medicina de Familia. Barcelona. España.

## Bibliografía

1. World Health Organization. World Health Organization website. Report on Infectious Diseases 2000. Overcoming antimicrobial resistance, Chapter 4. Big guns of resistance. Disponible en: <http://www.who.int/infectious-disease-report/2000> [último acceso: 2 de abril de 2006].
2. Arroll B. Antibiotics for upper respiratory tract infections: an overview of Cochrane reviews. *Respir Med.* 2005;99:255-61.
3. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;4:CD000245.
4. Hopstaken RM, Coenen S, Butler CC. Treating patients not diagnoses: challenging assumptions underlying the investigation and management of LRTI in general practice. *J Antimicrob Chemother.* 2005;56:941-3.
5. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet.* 2005;365:579-87.
6. Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, Van der Wouden JC, Verheij TJ. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother.* 2005;56:930-6.
7. SEQ, SEOPC, SEIP, SEMG, SEMERGEN, SEMUE. Documento de consenso sobre tratamiento antimicrobiano de la faringoamigdalitis. *Rev Esp Quimioterap.* 2003;16:74-88.
8. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA.* 2004;291:1587-95.
9. Bisno AL, Peters GS, Kaplan EL. Diagnosis of strep throat in adults: are clinical criteria really good enough? *Clin Infect Dis.* 2002;35:126-9.
10. Van Duijn NP, Brouwer HJ, Lamberts H. Use of symptoms and signs to diagnose maxillary sinusitis in general practice: comparison with ultrasonography. *BMJ.* 1992;305:684-7.
11. Van Buchem FL, Peeters MF, Van't Hof MA. Acute otitis media: a new treatment strategy. *BMJ.* 1985;290:1033-7.
12. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have community acquired pneumonia? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. *JAMA.* 1997;278:1440-5.
13. André M, Eriksson M, Mölstad A, Stålsbylundborg C, Jacobsson A, Odenholt I, the Swedish Group on Antibiotic Use. The management of infections in children in general practice in Sweden. A repeated 1-week diagnosis-prescribing study in 5 counties in 2000 and 2002. *Scand J Infect Dis.* 2005;37:863-9.
14. Arnold S, Straus S, Arnold S. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;4:CD003539.