

La implantación de una guía clínica mejora la adecuación de la prescripción del antibiótico



The implementation of clinical guidelines improves the appropriateness of antibiotic prescribing

Sr. Editor:

Hemos leído con gran atención el interesante estudio de Fernández-Urrusuno et al.¹ «Adecuación de la prescripción de antibióticos en un área de atención primaria». Estamos de acuerdo, y muy sensibilizados, con muchas de las consideraciones que realizan los autores en su discusión y con las conclusiones a las que llegan: existe un alto grado de inadecuación en la prescripción de antibióticos (alrededor del 80% de las ocasiones) en atención primaria. Este resultado es muy preocupante y relevante por la repercusión en la exposición de los pacientes a posibles efectos adversos evitables, por el más que probable fracaso terapéutico (y sus consecuencias en relación con la morbilidad) y la excesiva e inadecuada presión antibiótica que favorece la aparición de microorganismos resistentes². Pero este problema, desgraciadamente, no es exclusivo de un nivel asistencial, sino más bien un penoso mal generalizado que ocurre también en la atención especializada y en los servicios de urgencias (SU), en los cuales se debe administrar en la mayoría de procesos infecciosos un tratamiento empírico² (sirva como ejemplo por su frecuencia y gravedad la neumonía³), así como en pacientes pediátricos⁴ y, lamentablemente, en los enfermos con una infección grave (sepsis, sepsis grave o shock séptico), que son los más susceptibles a la falta de adecuación y precocidad en la administración del antimicrobiano². Al hilo de estos comentarios y aprovechando las bases de datos de distintos estudios realizados en nuestro centro^{4,5}, quisiéramos exponer algunas consideraciones que confirman el problema existente en la administración inadecuada del antibiótico en los SU y las posibles intervenciones para erradicar, o por lo menos mejorar, el uso racional y pertinente del mismo. En base a la convicción de que el uso de una guía de práctica clínica (GPC) que incluya a la procalcitonina como biomarcador de infección⁶ para la valoración y la toma de decisiones en el SU⁷ (al menos para los pacientes con infección grave)⁸, diseñamos un estudio prospectivo observacional simple ciego (desde enero de 2008 hasta julio de 2012) donde 2 observadores independientes y ajenos a los médicos responsables de la asistencia en el SU revisaron las historias de 2 grupos de pacientes, cada uno de ellos con 400 casos diagnosticados de neumonía adquirida en la comunidad. El primer grupo lo constituyeron pacientes donde la atención médica y la administración del tratamiento antibiótico se realizaron en función de las decisiones libres del médico responsable, y el segundo tras la implantación de una GPC y acciones formativas a todos los médicos, según las recomendaciones de las mismas³. Se consideró tratamiento adecuado cuando la prescripción antibiótica coincidió con las recomendaciones. Para el análisis comparativo se utilizó el programa IBM-SPSS Statistics 19 para Windows, considerándose las diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,01$. Para comparar los parámetros entre los grupos se utilizó el test de Fisher y la prueba de la ji al cuadrado para las proporciones. Algunos de los resultados más relevantes al comparar ambos grupos con $p < 0,01$ fueron: administración precoz (en 4 h) del antibiótico (45,85 vs 90,8%), elección del antibiótico adecuado (61,1 vs 96,5%), fallo de prescripción en la dosis y/o el tiempo de tratamiento (58,1 vs 96,5%), necesidad o cambio por decisión médica de la pauta antibiótica en el domicilio

o en planta de hospitalización (43,4 vs 5,47%), aparición de efectos secundarios atribuidos al antibiótico (7,3 vs 3%), prescripción y duración del tratamiento antibiótico (media $\pm$ DE) ($11,83 \pm 3,75$ vs $10,01 \pm 3,2$ días). Estos datos nos demuestran que tras la implantación y el seguimiento de una GPC que se ayuda de los biomarcadores para la toma de decisiones^{6–8} se mejora la adecuación de la mayoría de los parámetros evaluados en relación con la indicación y la administración precoz y adecuada de los antibióticos³. Este hecho —evaluar la prescripción de los antibióticos y su adecuación en función de la existencia y seguimiento de recomendaciones de las sociedades científicas— también ha sido publicado en los SU pediátricos⁹, confirmando nuestros datos. Por lo tanto, y siendo conscientes del margen de mejora y el grado de inadecuación del manejo antibiótico, urge, con el liderazgo de la SEIMC, que se elaboren y fomenten y se implique a todos los clínicos en el conocimiento, la implantación y el seguimiento de las GPC y/o recomendaciones de las Sociedades Científicas indicadas. Sin olvidar la ayuda que en la actualidad pueden prestarnos algunas herramientas como los biomarcadores para la mejor valoración de los pacientes con infección y la adecuación de la administración del tratamiento antimicrobiano.

Bibliografía

1. Fernández-Urrusuno R, Flores-Dorado M, Vilches-Arenas A, Serrano-Martino C, Corral-Baena S, Montero-Balosa MC. Adecuación de la prescripción de antibióticos en un área de atención primaria: estudio descriptivo transversal. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.05.004>
2. González del Castillo J, Candel FJ, Julián-Jiménez A. Antibióticos y el factor tiempo en urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31:173–80.
3. Borrás Novell C, Hernández Bou S, García García JJ, en representación del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Prescripción antibiótica en los pacientes hospitalizados desde Urgencias. Estudio multicéntrico. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79:15–20.
4. Julián-Jiménez A, Parejo Miguez R, Cuenca Boy R, Palomo de los Reyes MJ, Laín Terés N, Lozano Ancín A. Intervenciones para mejorar el manejo de la neumonía adquirida en la comunidad desde el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:379–92.
5. Julián-Jiménez A, Palomo de los Reyes MJ, Parejo Miguez R, Laín-Terés N, Cuenca-Boy R, Lozano-Ancín A. Mejora del manejo de la neumonía adquirida en la comunidad en el servicio de urgencias. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:230–40.
6. Julián-Jiménez A. Biomarcadores de infección en urgencias: ¿cuáles pueden ser útiles? *Emergencias*. 2012;24:343–5.
7. Julián-Jiménez A, Candel-González FJ, González del Castillo J. Utilidad de los biomarcadores de inflamación e infección en los servicios de urgencias. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.01.005>
8. Tudela P, Prat C, Lacoma A, Mòdol JM, Domínguez J, Giménez M, et al. Biomarcadores para la predicción en urgencias de infección bacteriana, bacteriemia y gravedad. *Emergencias*. 2012;24:348–56.
9. Piñeiro Pérez R, Calvo Rey C, Medina Claros AF, Bravo Acuña J, Cabrera García L, Fernández-Llamazares CM, et al. Uso empírico de antibióticos en niños en España. Resultados de una Encuesta Pediátrica Nacional 2012 (Estudio ABES). *An Pediatr (Barc)*. 2013;79:32–41.

Agustín Julián-Jiménez^{a,*}, Johanes Abel Gonzales-Caruancho^b, Ana Nieves Piqueras-Martínez^b y Manuel Flores-Chacartegui^a

^a Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: agustinj@sescam.jccm.es, agustin.jj@wanadoo.es (A. Julián-Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.019>