



Editorial

Infecciones Del Tracto Respiratorio Inferior

Lower Respiratory Tract Infections



Es conocido que el uso inadecuado y excesivo de antibióticos contribuye significativamente al desarrollo de resistencia antimicrobiana¹. A pesar de la existencia de múltiples estrategias encaminadas a controlar la prescripción innecesaria de antibióticos en los procesos infecciosos en atención primaria, mayoritariamente de origen viral, los antibióticos aún se prescriben en exceso en las infecciones del tracto respiratorio inferior (IRTI). En España los médicos de familia prescribimos antibióticos en las ITRI en aproximadamente la mitad de casos. Sin embargo, en la bronquitis aguda, que representa con diferencia la ITRI más frecuente, los antibióticos son nada o marginalmente efectivos. El número de pacientes que hay que tratar con antibióticos para conseguir un beneficio adicional es de 22, pero es de 5 para causar efectos adversos². En el ensayo clínico aleatorio más importante realizado en atención primaria con más de 2.000 individuos con ITRI en los que no había sospecha clínica de neumonía, la duración de síntomas graves fue marginalmente menor, aunque clínicamente irrelevante, entre los pacientes asignados a altas dosis de penicilina, comparado con el grupo placebo³.

El proceso en la toma de decisiones en torno a la prescripción de antibióticos en este tipo de infecciones es complejo y es consecuencia de las interacciones entre el paciente, el médico de familia y el sistema de atención sanitaria. La incertidumbre diagnóstica puede aumentar la prescripción innecesaria por miedo a que el paciente presente verdaderamente una neumonía u otra infección bacteriana grave⁴. Otra razón de prescripción innecesaria es la experiencia previa del paciente, ya que se ha observado que aquellos pacientes que han recibido antibióticos en infecciones respiratorias previas supuestamente virales presentan un mayor deseo de recibir antibióticos en visitas posteriores⁵. Otras razones que mencionan los profesionales sanitarios por las que se prescriben en exceso los antibióticos en las ITRI son el poco de tiempo de visita por paciente⁶ y el querer mantener la satisfacción del paciente en un nivel alto⁷. No obstante, un estudio no halló asociación alguna entre el deseo de cumplir con las expectativas del paciente y su satisfacción, concluyendo que los médicos de familia no deberíamos preocuparnos por el hecho de negarse a prescribir agentes antimicrobianos cuando el paciente los pide en situaciones clínicas en las que éstos no están indicados⁸.

Las estrategias más útiles para reducir la prescripción innecesaria de antibióticos son el uso de pruebas rápidas en situaciones de incertidumbre, la prescripción diferida en determinados casos y el uso de folletos informativos en la consulta. A pesar de la poca

o nula accesibilidad de los profesionales sanitarios en España a la prueba rápida de la proteína C reactiva, existe suficiente evidencia sobre su utilidad en los casos en que existe una duda razonable de que una ITRI pueda ser una neumonía, puesto que concentraciones inferiores a 20 mg/L, que se observa en aproximadamente el 70% de las ocasiones, raramente corresponden a una neumonía⁹. En cambio, niveles de proteína C reactiva superiores a 100 mg/L son predictores de neumonía y en estos casos el inicio de la antibioterapia no debe demorarse si el paciente puede ser tratado ambulatoriamente, mientras que deberían individualizarse aquellas situaciones con valores entre 20 y 100, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente, su edad y sus comorbilidades asociadas. En estos casos podía plantearse la prescripción diferida de antibióticos, estrategia también muy poco utilizada en nuestro país. Aprovecho la oportunidad que me brinda esta editorial para concienciar a los profesionales sobre la necesidad de recomendar la antibioterapia en aquellos casos en que es necesario su uso y dejar de prescribirlos si son innecesarios, ya que, a parte de las resistencias antimicrobianas, debemos tener presente que su uso no está exento de efectos secundarios, y por ello, recomiendo que pidamos pruebas rápidas en la consulta como también aconseja la reciente guía NICE sobre neumonía y generalicemos el uso de la prescripción diferida de antibióticos y demos empoderamiento a nuestros pacientes a decidir si quieren o no iniciar una pauta antibiótica en caso de no mejoría de su condición clínica.

Una de las novedades en las ITRI es la simplificación de las pautas antibióticas en las ITRI. Además, en las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, puede simplificarse también las situaciones donde está recomendado dar tratamiento antimicrobiano, principalmente en situaciones con expectoración purulenta, reduciendo de esta forma los 3 criterios publicados por Anthonisen hace más de 30 años a solo uno y es preguntar por el color de su esputo. Existe evidencia creciente del papel de las pautas cortas en el tratamiento de las ITRI, tanto en la neumonía como en las exacerbaciones de la EPOC¹⁰. En todos estos casos puede recomendarse el uso de los antibióticos de elección (amoxicilina y asociación de amoxicilina y ácido clavulánico, respectivamente), e incluso en la neumonía pautas de 3 días con dosis altas de amoxicilina serían suficientes, aunque debe aconsejarse cuando se administran estas pautas cortas la reevaluación del paciente para comprobar la evolución favorable, definida como la ausencia de fiebre elevada y la estabilización de los síntomas y signos clínicos.

Por último, aprovecho esta editorial para que los profesionales sanitarios de atención primaria hagamos hincapié en transmitir a nuestros pacientes que la medida con mayor evidencia para evitar la propagación de los virus respiratorios sigue siendo el lavado de las manos con agua y jabón y la vacunación antigripal en las personas con mayor riesgo de complicaciones.

Bibliografía

- 1 O'Neill J. Tackling drugs resistant globally: final report and recommendations. Wellcome Trust, London 2016. Disponible en: <https://amr-review.org/>.
- 2 Smith SM, Fahey T, Smucny J, Becker LA. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev 2017;6:CD000245.
- 3 Little P, Stuart B, Moore M, Coenen S, Butler CC, Godycki-Cwirko M, et al. GRACE consortium Amoxicillin for acute lower-respiratory-tract infection in primary care when pneumonia is not suspected: a 12-country, randomised, placebo-controlled trial. Lancet Infect Dis 2013;13:123-9.
- 4 Arnold SR, To T, McIsaac WJ, Wang EE. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infection: the importance of diagnostic uncertainty. J Pediatrics 2005;146:222-6.
- 5 Wilson AA, Crane LA, Barrett PH, Gonzales R. Public beliefs and use of antibiotics for acute respiratory illness. J Gen Intern Med 1999;14(11):658-62.
- 6 Linder JA, Singer DE, Stafford RS. Association between antibiotic prescribing and visit duration in adults with upper respiratory tract infections. Clinical therapeutics 2003;25(9):2419-30.
- 7 Dempsey PP, Businger AC, Whaley LE, Gagne JJ, Linder JA. Primary care clinicians' perceptions about antibiotic prescribing for acute bronchitis: a qualitative study. BMC Fam Pract 2014;15(1):194.
- 8 Tonkin-Crine S, Anthierens S, Francis NA, et al. Exploring patients' views of primary care consultations with contrasting interventions for acute cough: a six-country European qualitative study. NPJ Prim Care Respir Med 2014;24:14026.
- 9 Aabenhus R, Jensen J, Jorgensen KJ, Hróbjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2014; 11:11.
- 10 Dawson-Hahn EE, Mickan S, Onakpoya I, Roberts N, Kronman M, Butler CC, et al. Short-course versus long-course oral antibiotic treatment for infections treated in outpatient settings: A review of systematic reviews. Fam Pract 2017;34:511-9.

Carles Llor*

Centro de Salud Via Roma, Instituto Universitario de Investigación en Atención Pirmaria Jordi Gol, Barcelona

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carles.llor@gmail.com