

## Hay que reducir la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio

Los procesos infecciosos son uno de los motivos más frecuentes en la consulta del médico de familia y el 60-70% de estos procesos obedecen a una infección del tracto respiratorio. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos farmacológicos, como las estatinas, los antihipertensivos, los psicótropos o los antiinflamatorios, la prescripción de antibióticos difiere de forma considerable entre los países europeos; cuando se comparan 15 Estados miembros de la Unión Europea, se observa una enorme variación en la utilización de antibióticos, que oscila entre las 9 y las 36 dosis diarias definidas/1.000 habitantes/día<sup>1</sup>. Desafortunadamente, España se encuentra en el quintil superior, junto con otros países del sur de Europa. Curiosamente, no hay evidencia de que en los países mediterráneos se den más procesos infecciosos que en el norte de Europa, por lo que las razones de esta mayor prescripción antibiótica son otras, como los distintos sistemas sanitarios, tiempos de consultas y hábitos de prescripción, la escasa utilización de técnicas diagnósticas en España, la política permisiva de venta de antibióticos en las oficinas de farmacia de nuestro país, las diferencias en la duración de los tratamientos y el número distinto de oficinas de farmacia (10 veces más en España que en Dinamarca, por citar un ejemplo), etc. Pero en realidad, ¿tan importante resulta sobretratar con estos medicamentos a nuestra población?

Es abrumadora la evidencia de una correlación positiva entre la utilización de antibióticos y la generación de resistencias<sup>2</sup>. El problema de las resistencias es muy importante puesto que las infecciones que pueden comprometer la vida del individuo pueden volverse cada vez más intratables. El tratamiento innecesario con antimicrobianos, en contra de lo que pueda creerse, no es una actividad neutra, ya que presenta una serie de consecuencias negativas: expone a los pacientes a efectos secundarios que podrían evitarse e incurrir en un riesgo de sobreinfección, que aumenta cuanto más largo es el tratamiento, además de generar mayores costes. La excesiva prescripción de antibióticos favorece la creencia de que estos medicamentos son útiles. Así pues, se ha comprobado que este tipo de «medicalización» de las infecciones del tracto respiratorio se correlaciona con una mayor frecuentación futura al médico y aumenta las expectativas de los pacientes.

La mayor parte de las infecciones del tracto respiratorio son autolimitadas y se sabe, de acuerdo con los resultados de las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, que el tratamiento antibacteriano modifica sólo li-

geramente su curso. De los estudios incluidos, pocos se basan en los estándares requeridos y el número de pacientes es muy limitado; en la mayor parte de los trabajos, se excluye a los pacientes con inmunodepresión, a los que presentan patologías crónicas subyacentes y a los niños. Muchas veces, el diagnóstico de una enfermedad infecciosa no es claro y puede ser que en estos estudios se incluya a pacientes erróneamente diagnosticados. Además, la mayoría de los trabajos incluidos en las revisiones se han llevado a cabo en otros niveles asistenciales, sobre todo hospitalarios (neumología, otorrinolaringología o enfermedades infecciosas), no en el ámbito de atención primaria. A pesar de las limitaciones, estos estudios apoyan claramente la evidencia de la necesidad de reducir la prescripción de antibióticos en las infecciones del tracto respiratorio. El diagnóstico más frecuente es el resfriado común, que no presenta un estándar diagnóstico objetivo. A diferencia de lo que pueda pensarse, la rinorrea purulenta no es un signo de infección bacteriana (al igual que el esputo purulento en el curso de una bronquitis aguda) y en los ensayos clínicos controlados se observa que los que reciben tratamiento antimicrobiano no se curan más de los síntomas que aquellos asignados a placebo. En cambio, los asignados a tratamiento tienen un incremento significativo de efectos adversos. Otra consideración a tener en cuenta es que tanto la fiebre reumática como la glomerulonefritis aguda postestreptocócica son actualmente complicaciones muy raras en los países desarrollados y no justifican el tratamiento antibiótico en la faringoamigdalitis estreptocócica. Sin embargo, la penicilina puede reducir la duración de la odinofagia en 0,5-2 días si los síntomas son muy importantes, siempre que no haya signos víricos (tos y congestión nasal) y *Streptococcus pyogenes* esté presente<sup>3</sup>. Aunque los datos son limitados, el tratamiento antibiótico puede reducir el riesgo de otitis media (el número de pacientes que es necesario tratar es de alrededor de 200) y probablemente de absceso periamigdalino<sup>3</sup>. Esto no significa generalizar la antibioterapia a todos los pacientes con faringoamigdalitis, sino escoger a aquellos con clínica muy indicativa de infección estreptocócica, con la utilización del Strep Score, sobre la base de los criterios clínicos de Centor (fiebre, adenopatías laterocervicales, exudado purulento, edad menor de 15 años y ausencia de tos), y en casos de duda utilizar las técnicas antigénicas rápidas (no hay excusa en la actualidad para que no estén disponibles en todos los centros de salud). En las otitis medias, sinusitis y

bronquitis hay muy poca evidencia publicada acerca de las situaciones concretas en que los pacientes podrían beneficiarse del tratamiento antimicrobiano<sup>4,5</sup>. Hasta que dispongamos de este tipo de información, en los pacientes que no se encuentran muy mal, los médicos deberíamos negociar el tratamiento sintomático y pactar en algunos casos una «prescripción diferida de antibióticos», práctica cada vez más habitual entre muchos médicos de familia y que suele ser del agrado del paciente en la mayoría de los casos. En las otitis medias agudas sin enfermedades de base ni síntomas graves hay que retrasar el tratamiento antibiótico y reevaluar al paciente a las 48 h. En las sinusitis podría emplearse la determinación de la proteína C reactiva y de la velocidad de sedimentación globular en la consulta, así como en las bronquitis «dudosas»; no se explica por qué en esta última, donde la infección es vírica en el 90% de los casos, los antibióticos se prescriben en más del 80% de los casos en nuestro país.

Actualmente no se sabe a ciencia cierta qué pacientes con agudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica son tributarios de un tratamiento antibiótico. La mayor parte de los estudios publicados hablan de una combinación de los siguientes 3 hallazgos clínicos: empeoramiento de la disnea, aumento de la purulencia del esputo y aumento del volumen de expectoración. Los pacientes que más probablemente se pueden beneficiar del tratamiento antibiótico son los que tienen agudizaciones graves. Curiosamente, no hay ensayos clínicos que se hayan efectuado en pacientes con agudizaciones más leves<sup>6</sup>. La neumonía adquirida en la comunidad debe tratarse siempre con antibióticos; es más, si se sospecha, su rápida administración mejora la supervivencia de los pacientes que la presentan. Debería ser obligada en estos casos la solicitud de una radiografía de tórax y, por qué no, utilizar la proteína C reactiva como ayuda al diagnóstico (si su concentración es mayor de 100 mg/l, indica claramente una neumonía). Hay que pensar que en la práctica diaria la clínica muchas veces no sirve para diferenciar una neumonía adquirida en la comunidad de una bronquitis aguda; así, en un estudio efectuado en atención primaria, la tos seca, la diarrea y una temperatura superior a 38 °C, junto con valores elevados de proteína C reactiva, eran los predictores más importantes de neumonía, mientras que una auscultación pulmonar anormal o el diagnóstico clínico de neumonía por parte del médico no lo eran<sup>7</sup>.

En conclusión, los antibióticos deben prescribirse en la neumonía aguda y también a un grupo escogido de pacientes con los síntomas más graves de sinusitis aguda, faringoamigdalitis aguda y agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ¿Y qué podemos hacer desde nuestras consultas en el resto de los pacientes? Entre

otras cosas, hay que promover más los remedios naturales y conocer los beneficios de su prescripción; aumentar las coberturas poblacionales de vacunación, principalmente de la antigripal; proporcionar información veraz sobre la historia natural del proceso infeccioso (si se le dice al paciente que la tos se le va a ir en 2 días con un antitusígeno, este paciente volverá a acudir a la consulta y el médico será más proclive entonces a recetar un antibiótico, aunque piense que no es efectivo); intentar llegar en lo posible a acuerdos con el paciente para explicarle la evidencia disponible y tomar decisiones compartidas en la consulta, y utilizar más los métodos diagnósticos rápidos en las consultas (técnicas antigénicas en la faringoamigdalitis supuestamente estreptocócica) y la proteína C reactiva como ayuda para el diagnóstico de la neumonía y de infecciones sinusales de etiología bacteriana. Puede ser que su empleo, lejos de reducir costes, suponga un mayor dispendio para los servicios sanitarios, pero no es ya un problema de coste, sino de calidad. Es importante además que el médico de atención primaria tome conciencia de la importancia de las tasas de resistencia en la comunidad; a la hora de tratar una infección, el médico tiene 2 deberes: el primero, hacia el paciente que está tratando, y el segundo, hacia la comunidad, ya que tiene una responsabilidad ética de no generar resistencias bacterianas en ésta.

C. Llor Vilà

Médico de familia. Centro de Salud Jaume I. Tarragona. España.

Miembro del Group on Respiratory Tract Infections Network in Primary Care, WONCA, Europe.

## Bibliografía

1. Cars O, Mölsted S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet*. 2001;357:1851-3.
2. Bronzwaer SL, Cars O, Buchholz U, Mölsted S, Goettsch W, Veldhuijzen IK, et al; European Antimicrobial Resistance Surveillance System. A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance. *Emerg Infect Dis*. 2002;8:278-82.
3. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD000023.
4. Williams JW Jr, Aguilar C, Cornell J, Chiquette ED, Makela M, Holleman DR, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD000243.
5. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibiotics for acute bronchitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD000245.
6. Llor C, Naberan K. ¿Existe evidencia de tratar con antibióticos las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica leve? *FMC*. 2003;10:454-60.
7. Melbye H. Community pneumonia — more help is needed to diagnose and assess severity. *Br J Gen Pract*. 2002;52:886-8.