

Atención Primaria

Medwave. Año IX, No. 11, Noviembre 2009. Open Access, Creative Commons.

Antibióticos en pediatría ambulatoria II: estrategias para promover el uso racional

Autor: Marcelo Maturana Riquelme⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.11.4267>

Ficha del Artículo

Citación: Maturana M. Antibióticos en pediatría ambulatoria II: estrategias para promover el uso racional. *Medwave* 2009 Nov;9(11) doi: 10.5867/medwave.2009.11.4267

Fecha de publicación: 1/11/2009

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de la conferencia que se dictó en el XLVIII Congreso Chileno de Pediatría, realizado en Viña del Mar entre el 26 y el 29 de Noviembre de 2008. El congreso fue organizado por la Sociedad Chilena de Pediatría bajo la presidencia de la Dra. Lidya Tellerías C.

Introducción

En la primera parte de esta presentación se analizó el efecto del uso de antibióticos sobre la salud humana, tanto a nivel individual como en las comunidades. También se explicó cómo el uso extensivo de los antibióticos, tanto en los ambientes hospitalarios como a nivel comunitario, favorece el desarrollo de resistencia bacteriana. En esta segunda parte se analizarán los factores que explican el uso frecuente de antibióticos en casos no justificados, así como las medidas que se debe tomar para lograr un uso racional de estos fármacos.

Factores que afectan el uso inapropiado de antibióticos en atención ambulatoria

Los factores que se asocian al uso inapropiado de antibióticos se agrupan en médicos, del paciente y económicos.

Dentro de los factores médicos, la experiencia del médico es un factor muy relevante. Varios estudios han demostrado que los médicos antiguos recetan más antibióticos, de mayor espectro y están más dispuestos a utilizar los fármacos novedosos que la industria farmacéutica ofrece, que los médicos en formación (1). También se ha observado una diferencia entre los médicos de centros clínicos universitarios y de instituciones no formadoras, en el sentido de que los primeros prescriben menos antibióticos en patología ambulatoria. Finalmente, los médicos especialistas recetan menos antibióticos que los médicos generales que realizan el mismo trabajo.

En la Fig. 1 se muestran los datos de un estudio en el que se evaluó el conocimiento de médicos residentes de Pediatría de primer, segundo, tercer y cuarto año sobre los principios del Centro para el Control y Prevención de

Enfermedades y de la Academia Americana de Pediatría para el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio superior. Se encontró que los residentes de los primeros años prescribían menos antibióticos que los residentes de años mayores (2).

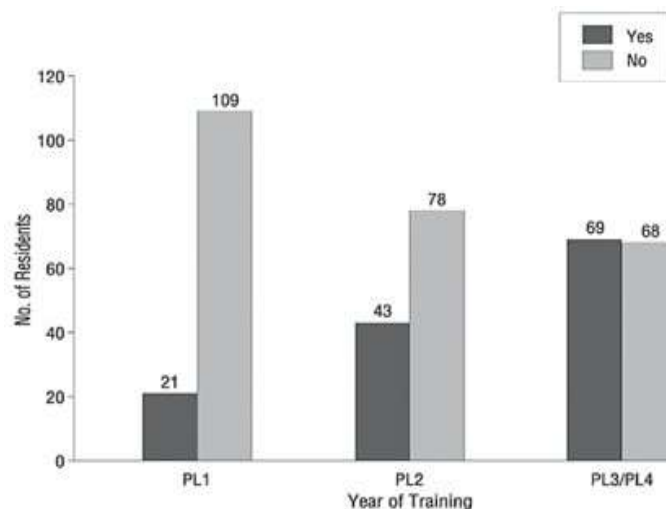


Figura 1. Prescripción de antibióticos en infecciones del tracto respiratorio superior por parte de residentes de Pediatría, según año de entrenamiento

Cuando al mismo grupo de residentes se les preguntó si indicarían antibióticos en un paciente con rinorrea purulenta de menos de diez días de duración, se encontró que la mayor parte de los residentes de tercero y cuarto año no indicaría antibióticos, mientras que los residentes de los primeros años indicarían antibióticos en mayor proporción (Fig. 2).

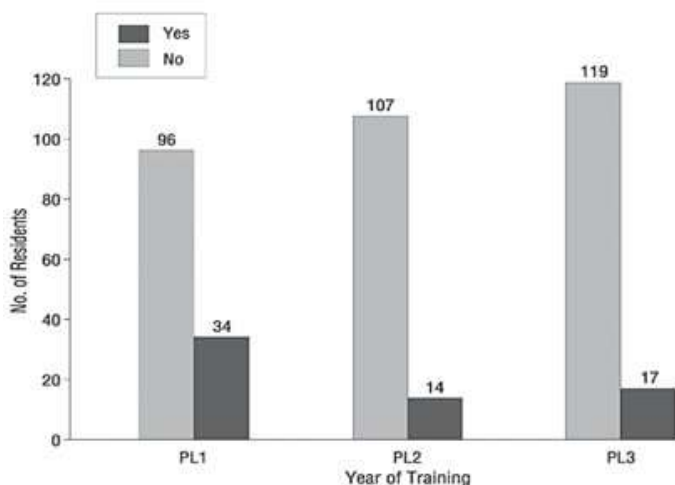


Figura 2. Uso de antibióticos para la rinorrea purulenta de duración inferior a diez días por parte de residentes de Pediatría, según año de entrenamiento.

El tiempo que dispone el médico para atender a los pacientes es un factor muy relevante: en situaciones de alta demanda el médico va a preferir recetar antibióticos que gastar tiempo en explicaciones; otro factor es la oferta de antibióticos que hacen al paciente muchos proveedores no médicos, como paramédicos farmacéuticos y vendedores. Otro factor es la información disponible por el médico para tomar una decisión en el momento de atender al paciente, respecto a la situación epidemiológica local y los niveles de resistencia. También influye la disponibilidad de *tests* diagnósticos o cultivos para fundamentar o ajustar el tratamiento antibiótico. El temor a las demandas judiciales y la dificultad en el seguimiento de los pacientes favorece que el médico tome la decisión de prescribir antibióticos. Finalmente, puede haber ciertos beneficios económicos para el médico que prescriba determinado fármaco (3,4).

Entre los factores del paciente, uno de los más relevantes para el uso inapropiado de antibióticos es la expectativa de los padres con base en sus experiencias previas. Por ejemplo, si en algún momento su hijo recibió antibióticos para una infección viral y hubo mejoría, la próxima vez que curse con un cuadro similar los padres exigirán el mismo tratamiento; de esta forma se crea un verdadero círculo vicioso que fomenta la prescripción de estos fármacos, entre los padres y el médico. Sin embargo la interpretación de los médicos acerca de las expectativas de los padres puede ser incorrecta, como lo demostró un estudio según el cual, cuando el médico se sentía presionado para recetar antibióticos, pero los padres negaban haber ejercido algún tipo de presión, los diagnósticos más frecuentes eran sinusitis y otitis media. Esto sugiere que en algunas situaciones el médico tiende a utilizar el diagnóstico para justificar la indicación de este tipo de fármacos (5).

La falta de educación de los pacientes influye mucho en el uso inapropiado de antibióticos. En un estudio realizado en Europa en el que se entrevistó a 3.610 pacientes europeos se encontró que 50% de ellos cree que se debe indicar antibióticos en todas las infecciones respiratorias agudas, excepto el resfriado; 87% piensa que puede suspender los antibióticos si se siente mejor; y la mayoría reconoce que guarda el medicamento remanente para una próxima oportunidad (4). Otros trabajos han demostrado que aquellos países que entregan los antibióticos en cantidades exactas tienen menos uso excesivo de antibióticos que los países donde los medicamentos se entregan en cantidades fijas, como es el caso de Chile. La libre disponibilidad de los fármacos también favorece su uso inapropiado; en algunos países la mayoría de los antibióticos que se utilizan en forma ambulatoria se adquieren sin prescripción médica: en México y Brasil, entre 80 y 89% de los antibióticos no es prescrito por un médico. La automedicación se asocia a indicaciones incorrectas, dosis y duración inadecuada de los tratamientos, lo que tiene como consecuencia la selección de bacterias resistentes.

Los factores económicos asociados a la prescripción inadecuada de antibióticos dependen del sistema de salud. En Chile esto es muy claro, ya que existe un sistema de salud mixto con financiamiento privado y estatal. En sistemas donde el médico es financiado por el paciente se puede dar la situación de que el médico recete antibióticos para retener al paciente, mientras que en el sistema de salud público puede ocurrir que tanto el médico como el paciente quieran evitar una segunda consulta.

Estrategias para promover el uso racional de antibióticos

Las estrategias a desarrollar para controlar el uso inapropiado de antibióticos se pueden dirigir al paciente y la comunidad; a los médicos y personal de salud; o a las autoridades.

Entre las estrategias dirigidas al paciente y la comunidad están las siguientes:

- Educación: sobre el rol de los antibióticos, los riesgos de la resistencia bacteriana y de la automedicación; sobre la necesidad de buscar atención profesional en caso de enfermedades; y sobre la importancia de la adherencia al tratamiento. Esta educación se debe llevar a cabo en colegios y salas de espera de centros de salud, entre otros lugares, por medio de *posters*, panfletos o trípticos que se entreguen a los pacientes. No obstante, es importante recalcar que *ninguna intervención en forma aislada tiene impacto para evitar el mal uso de los antibióticos*.
- Incentivos: esta estrategia consiste en ofrecer un control sin costo en caso de que no haya mejoría en los plazos anticipados, al no recibir antibióticos en la primera consulta. También se puede incentivar al paciente mediante sistemas de seguimiento telefónico.

- Receta diferida: este método consiste en entregar una receta para retirar antibióticos, sólo si no hay alivio de los síntomas después de un plazo definido (6).

Las estrategias enfocadas en el médico y personal de salud son:

- Educación: este tema debe formar parte de los programas educativos en escuelas médicas y farmacéuticas, entre otras, así como de los planes de educación médica continua que se entregan mediante cursos, congresos, revistas e Internet. En países desarrollados se programan visitas educativas al equipo médico de atención primaria por parte de médicos especialistas; esta estrategia tiene un alto impacto en comunidades que tienen alto índice de uso inapropiado de antibióticos (7). También es muy útil involucrar a médicos líderes de opinión en los centros de salud, ya que actúan como modelos a seguir por el resto de la comunidad médica.
- Disposición de servicios microbiológicos accesibles y confiables: esto implica entregar una herramienta de diagnóstico al médico, ya que la imposibilidad de descartar una infección bacteriana es una causa muy frecuente de mal uso de antibióticos; además, esto permite realizar la recolección de datos sistemáticos de resistencia en la comunidad.
- Por último, es muy importante desarrollar guías clínicas de tratamiento.

Las medidas enfocadas en las autoridades son:

- Exigir legislación respecto a la prescripción y venta de antibióticos.
- Establecer regulaciones respecto a la calidad de los medicamentos.
- Creación de servicios microbiológicos locales.
- Establecer la vigilancia de resistencia como un programa permanente.
- Control y monitoreo de las actividades promocionales de las compañías farmacéuticas y de la publicidad que incite al consumo de medicamentos.

Resumen

- Los antibióticos son armas terapéuticas de alto valor médico.
- Los antibióticos se usan en exceso en la práctica diaria.
- El uso excesivo de antibióticos produce efectos sociales y ambientales importantes.
- Es posible disminuir el uso inadecuado de antibióticos sin poner en riesgo la salud de los pacientes.

Referencias

1. Gaur AH, Hare ME, Shorr RI. Provider and practice characteristics associated with antibiotic use in children with presumed viral respiratory tract infections. *Pediatrics*. 2005 Mar;115(3):635-41. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Nambiar S, Schwartz RH, Sheridan MJ. Antibiotic use for upper respiratory tract infections: how well do pediatric residents do? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Jun;156(6):621-4. ↑ | [PubMed](#) |
3. Schwartz B, Bell DM, Hughes JM. Preventing the emergence of antimicrobial resistance. A call for action by clinicians, public health officials, and patients. *JAMA*. 1997 Sep 17;278(11):944-5. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. *J Fam Pract*. 1997 Jul;45(1):75-83. ↑ | [PubMed](#) |
5. Kuzujanakis M, Kleinman K, Rifas-Shiman S, Finkelstein JA. Correlates of parental antibiotic knowledge, demand, and reported use. *Ambul Pediatr*. 2003 Jul-Aug;3(4):203-10. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ*. 1998 Sep 5;317(7159):637-42. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
7. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *N Engl J Med*. 1983 Jun 16;308(24):1457-63. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.