

Prescripción de antibióticos en Atención Primaria

Ojo de Markov número **setenta y tres** - mayo 2018

En la revista *J Antimicrob Chemotherapy* se han publicado una serie de artículos que analizan la prescripción de antibióticos en el ámbito de Atención Primaria en el Reino Unido, a partir de la base de datos THIN (datos clínicos relacionados con la prescripción de antibióticos de los cupos de medicina general. Años 2013, 2014 y 2015).

De manera global, los **datos de utilización de antibióticos** en el Reino Unido son mejores que los de España: el valor en DHD (dosis por habitante y día) en 2016 fue de 21,9 en Europa, 19,6 en el Reino Unido y 23 en España.

En este Ojo de Markov se analiza la prescripción de antibióticos de los cupos de atención primaria de Sacyl y se compara con los resultados del Reino Unido.

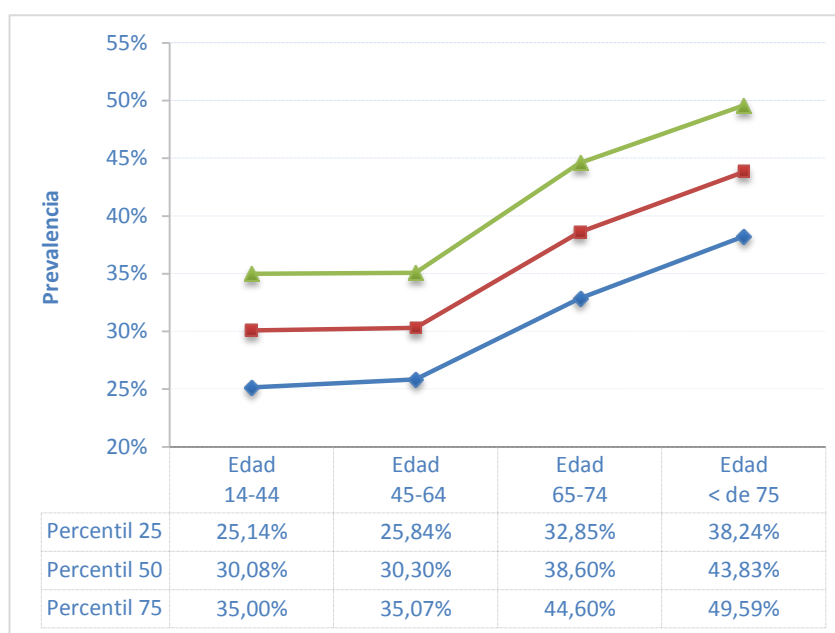
¿Cuántos antibióticos se prescriben?

Para medir el volumen de antibióticos a los que se ve expuesta una población determinada, se pueden utilizar diferentes indicadores cuantitativos.

Se ha valorado la tasa de prescripción (nº de prescripciones por cada 1000 pacientes en un año) y la prevalencia de uso (% de pacientes que reciben algún tratamiento antibiótico en un año) de los cupos médicos de medicina general de Atención Primaria (AP)

La **tasa de prescripción estimada** para los cupos de AP por **el estudio** realizado en el Reino Unido, fue de 626 prescripciones/1000 pacientes (mediana), con un valor de Rango Inter cuartil (IQR) de 543-699 (diferencia entre el percentil 75 y el percentil 25). En Sacyl, en 2017, también se ha identificado una gran variabilidad entre los cupos en la utilización de antibióticos (para los 2310 cupos de medicina de familia de equipos de AP). Los valores obtenidos son superiores a los británicos: 651 prescripciones/1000 pacientes (IQR 509-833).






El promedio de la **prevalencia de uso** de antibióticos en el estudio del Reino Unido fue del 30,3% y en Sacyl fue del 34% en 2017. También existe una importante variabilidad entre los cupos médicos (IQR 29,75%-38,87%) y por grupo de edad:



El rango intercuartil por grupo de edad nos da una idea de la dispersión del indicador:

| | Edad | | | | total |
|-----------------|-------|-------|-------|---------|-------|
| | 14-44 | 45-64 | 65-74 | < de 75 | |
| Rango IQ | 9,86 | 9,23 | 11,75 | 11,36 | 9,12 |

Esta misma variabilidad entre cupos se aprecia cuando se analizan indicadores que evalúan la selección de antibióticos (**indicadores PROA en AP**).

| 2017 cupos AP - M. de familia - Sacyl | % DDD ATB espec. Reduc (*) | % DDD Macrólidos | % DDD Fluoroquinolonas | % DDD Cefalosporinas de 3ª generación | % Env Amox/ Amox/Clav |
|---|--|--|--|--|--|
| 25 | 23% | 8% | 8% | 0% | 37% |
| 50 | 29% | 11% | 11% | 1% | 46% |
| 75 | 36% | 14% | 13% | 2% | 55% |
| RANGO IQ | 14 | 7 | 5 | 1 | 18 |
| Tendencia objetivo |  |  |  |  |  |
| (*) J01CA=amoxicilina, ampicilina; J01CE= bencilpenicilina (penicilina G), fenoxibencilpenicilina (penicilina V); J01CF=cloxacilina; J01XX0=fosfomicina | | | | | |

Esta variabilidad en los indicadores cuantitativos y cualitativos, sugiere que existe la posibilidad de reducir la cantidad de prescripción y de mejorar la selección de antibióticos en algunos de los cupos.

En otro **estudio**, en el Reino Unido se intentaron identificar los factores que podían explicar las razones de esta variabilidad con el fin de cuantificar la que se puede atribuir a las características de la población del cupo.

¿Cuántas prescripciones de antibióticos se consideran inadecuadas?

Se entiende por **prescripción inapropiada de antibióticos** la que se considera innecesaria o la que aunque aporte algún beneficio para el paciente, este es marginal e inferior a los riesgos potenciales del antibiótico.

La prescripción inapropiada de antibióticos **se produce sobre todo en procesos** que a menudo son **autolimitados** y que solo en algunas ocasiones son causados por bacterias, como las infecciones agudas de las vías respiratorias. Estas afecciones se encuentran entre los motivos más comunes de consulta en la atención primaria. Generalmente, en el momento de la atención a los pacientes, los prescriptores carecen de las pruebas necesarias para determinar con fiabilidad la etiología de la infección. Una gran proporción de estos pacientes tendrá una infección no bacteriana y/o autolimitada, aunque habrá una pequeña minoría con infecciones bacterianas que requieran tratamiento con antibióticos.

Para disminuir la incertidumbre diagnóstica, **las guías de prescripción** tienen en cuenta los síntomas, las comorbilidades y otras características de los pacientes que ayudan a predecir cuáles son más propensos a beneficiarse del tratamiento con antibióticos. En teoría, la prescripción apropiada de antibióticos podría evaluarse comparando los datos de los pacientes con las recomendaciones de las guías de referencia. Sin embargo, muchos de estos datos, como la gravedad y la duración de los síntomas, no están disponibles de manera fiable en las bases de datos de atención primaria. Con esta falta de información, es difícil valorar retrospectivamente la idoneidad de la prescripción de antibióticos utilizando registros electrónicos de atención primaria recogidos de forma rutinaria.

| % ideal de pacientes que deberían ser tratados con un antibiótico en Atención Primaria por patologías | | |
|---|--|---|
| Patologías | expertos/ prescriptores % mediana (25 – 75 percentil) | ESAC-net STUDY rango aceptable |
| Infección tracto urinario | | |
| Mujeres > 14 años, no embarazadas, sin comorbilidad relevante e infección bacteriana no recurrente | 75 (61 – 86) | |
| Mujeres > 19 años | | (80-100) |
| Gastroenteritis % | | |
| Pacientes > 2 años | 9 (4 – 16) | |
| Impétigo | 12 (6 – 53) | |
| Acné | | |
| Pacientes que solicitan tratamiento | 21 (10 – 35) | |
| Dolor de de garganta | | |
| Pacientes sin comorbilidad relevante > de 2 años (amigdalitis) | 13 (7 – 22) | (0-20) |
| Rinosinusitis aguda | | |
| Pacientes sin comorbilidad relevante > de 19 años con sinusitis aguda/crónica | 11 (5 – 18) | (0-20) |
| Otitis media aguda | | |
| Pacientes entre 6 meses y 2 años afectación unilateral sin otorrea | 19 (9 – 33) | |
| Pacientes entre 2 y 18 años afectación unilateral sin otorrea. | 17 (8 – 30) | (0-20) |
| > de 3 años | | (0-20) |
| Tos aguda | | |
| Sin comorbilidad relevante | 10 (6 – 16) | |
| Bronquitis aguda | | |
| Sin comorbilidad relevante | 13 (6 – 22) | (0-30) |
| Entre 18-75 años | | (0-30) |
| Exacerbación aguda de EPOC | 54 (31 – 78) | |

Se establecieron niveles de prescripción adecuada en 10 de las patologías más comúnmente tratadas en Atención primaria.

Los expertos estimaron que los antibióticos se deben prescribir en el 10-20% de los casos de pacientes sin comorbilidades con infecciones respiratorias agudas; en el 75% de las mujeres no embarazadas sin comorbilidades que presentan una infección urinaria no recurrente y en el 20% de los pacientes que buscan tratamiento para el acné. Estos resultados son coherentes con otro estudio realizado por el ESAC con rangos de prescripción aceptables.

Se identificó un alto desacuerdo sobre la prescripción de antibióticos en las exacerbaciones de EPOC entre los expertos que consideran que el porcentaje ideal estaría en torno al 30% y los que consideran otro nivel mucho más elevado, un 80%. En [otro estudio publicado en la misma revista](#) se compararon estos niveles recomendados con los datos reales. Para la mayoría de las patologías el porcentaje de pacientes tratados con antibióticos fue muy superior al recomendado por los expertos. Se prescribió un antibiótico en el 41% de todas las consultas por tos aguda, cuando los expertos abogaron por el 10%. Para otras condiciones, las proporciones fueron: bronquitis (82% real frente a 13% ideal); dolor de garganta (59% real frente a 13% ideal); rinosinusitis (88% real frente a 11% ideal) y otitis media aguda en niños de 2 a 18 años (92% real frente a 17% ideal). Se encontró una importante variabilidad entre prescriptores.

Conclusiones

- El consumo de antibióticos es un factor clave en el desarrollo y la propagación de resistencias. Una forma de disminuirlo es reducir las prescripciones innecesarias.
- La variabilidad en los indicadores cuantitativos y cualitativos, sugiere que existe la posibilidad de reducir la cantidad de prescripción y de mejorar la selección de antibióticos en algunos de los cupos.
- Las estimaciones del porcentaje ideal de pacientes que deben ser tratados con antibióticos constituyen el punto de partida para poder establecer un objetivo de reducción de su prescripción y para diseñar las estrategias de mejora en las patologías y en los prescriptores que más se desvían de las recomendaciones de referencia.

Autora: Alejandra García Ortiz