

## **DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

España es uno de los países desarrollados del mundo con mayor consumo de antibióticos, en el año 1997 fue el segundo país de Europa, después de Francia, con el consumo más elevado (32,4 dosis diarias definidas/1000 habitantes/día), en el año 2000 recibían tratamiento antibiótico diario 20 de cada 1000 sujetos. Desde hace años se está produciendo un incremento progresivo de bacterias resistentes al tratamiento. Este problema es de trascendencia mundial puesto que la globalización aumenta la vulnerabilidad de cualquier país a enfermedades que se dan en otros, y de la misma manera, las bacterias resistentes viajan, lo que constituye una grave amenaza para la salud pública mundial, como reconoce la Organización Mundial de la Salud. En nuestro país, según datos publicados en 1992, el porcentaje de neumococos resistentes a penicilina es significativamente mayor que en otros países de Europa: 44% en España, versus 2% en Bélgica, Italia o Finlandia. Sólo Hungría, con un 58% de resistencias, presenta un porcentaje mayor. Las tasas de resistencia son significativas también en otros patógenos de origen comunitario (*H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *C. jejuni*, *Salmonella* y *E. coli*). Las infecciones por bacterias resistentes se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad, demanda sanitaria, gasto sanitario, y deterioro de la eficacia del tratamiento de futuros pacientes, lo que probablemente este condicionando que las enfermedades infecciosas sean la causa más frecuente de consulta (40% de las visitas) en Atención Primaria<sup>1-4</sup>.

A todos estos problemas, se suman los derivados de las peculiaridades del uso de antibióticos en Atención Primaria, nivel asistencial donde más antibióticos se consumen y donde el control de su uso se diferencia de forma importante del hospitalario. En el ámbito hospitalario existen especialistas y comisiones asesoras sobre infección hospitalaria, listas restringidas, antibióticos de reserva, guías terapéuticas. El médico realiza la prescripción conociendo los datos sobre resistencias bacterianas del centro en el que trabaja, no existe automedicación y se controla la evolución clínica y el cumplimiento del tratamiento a diario. Aspectos que no se encuentran en Atención Primaria donde hay una oferta de antibióticos superior a 1000 especialidades farmacéuticas<sup>5-7</sup>

El consumo exagerado de antibióticos en Atención Primaria está condicionado por un déficit de racionalidad en la prescripción médica, en la dispensación farmacéutica sin receta, el uso indiscriminado que realizan los pacientes y la falta de iniciativas claras de la administración sanitaria para el desarrollo de una política de antibióticos en Atención Primaria que mejore su utilización<sup>5,7</sup>.

Ante esta realidad, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFaC), la Sociedad Española de Farmacología Clínica (SEFC), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la Red Española de Atención Primaria (REAP) han decidido elaborar este documento para contribuir a mejorar el tratamiento antiinfeccioso en Atención Primaria en España. Al mismo tiempo solicitamos a la administración sanitaria, que actúe sobre los factores que condicionan la aparición y transmisión de las resistencias bacterianas en Atención Primaria, y que desarrollen las estrategias necesarias para combatirlas

La adhesión al Documento de Valencia del año 2000, elaborado por la asamblea de la REAP para promover el uso correcto de los antibióticos en España, que implica la prescripción adecuada de los mismos por los médicos y la dispensación en las farmacias sólo con receta, es

el compromiso base sobre el que se desarrolla este nuevo documento,<sup>8</sup> que constituye el comienzo de posteriores trabajos orientados al mismo fin.

**Los médicos deberían<sup>3,5,7,9</sup>:**

A) Recordar que la etiología de muchas de las infecciones atendidas en Atención Primaria no necesariamente es de origen bacteriano, y que de entre ellas, las que cursan en pacientes sin comorbilidad, pueden ser localizadas y autolimitadas, es decir, que pueden curar sin tratamiento antibiótico. Además, uno de los efectos adversos más importantes relacionado con los antibióticos es el incremento de las resistencias bacterianas por un exceso de su utilización en situaciones no necesarias.

B) Ante la sospecha de un posible proceso infeccioso antes de iniciar el tratamiento antibiótico, se debe:

1. Confirmar la existencia de infección, mediante la anamnesis y exploración oportuna.
2. Localizar la infección. Esto permite sospechar el grupo de gérmenes más frecuentemente causantes de la infección, y seleccionar el medicamento con unas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas que favorezca su actividad en un lugar determinado del organismo. Recordar que, para que el antibiótico sea eficaz, debe alcanzar la concentración adecuada en el foco de la infección.
3. Conocer los microorganismos posiblemente implicados, con o sin confirmación microbiológica.
4. Conocer las resistencias bacterianas del área geográfica. El médico de Atención Primaria debe prescribir los antibióticos teniendo conocimiento de los patrones de resistencia de su área de salud.
5. Determinar la necesidad o no de tratamiento antibiótico

6. Si el tratamiento específico está indicado, elegir el antibiótico más eficaz pero con menor espectro de actividad bacteriana.
  7. Administrar el antibiótico a las dosis correctas, para el tipo y localización de la infección diagnosticada, y ajustar la duración del tratamiento a ésta.
  8. Adecuar el tratamiento antibiótico a la situación del paciente (alergias, edad, peso, función renal y hepática, embarazo, antecedentes de hospitalización o cirugía reciente) y a la gravedad del proceso.
  9. Cumplimentar adecuadamente la receta, en base a los requerimientos legales.
  10. Valorar la necesidad de que el paciente requiera atención hospitalaria.
  11. Informar al paciente sobre el proceso infeccioso y el tratamiento prescrito, insistiendo en la importancia de respetar el intervalo entre dosis recomendado y la duración completa del tratamiento
  12. Controlar el cumplimiento, la posibilidad de que aparezcan efectos adversos y evaluar la eficacia del tratamiento
- C) Consultar guías de utilización de antibióticos en Atención Primaria, actualizadas, independientes, basadas en pruebas científicas, y preferentemente realizadas con una participación multiprofesional. Las guías deben facilitar la prescripción empírica de antibióticos y aplicarse tras una evaluación cuidadosa de las situaciones individuales.
- D) Controlar la automedicación inducida. Se recomienda, como norma general, no realizar una receta cuando el paciente acude al médico por un antibiótico que se está tomando por automedicación, y aprovechar este momento para utilizar estrategias educativas que mejoren el conocimiento que se tiene sobre los antibióticos.
- E) Participar en los programas y políticas de uso racional de antibióticos a desarrollar en cada área de salud por la administración sanitaria

**Los farmacéuticos deberían<sup>3,5,8,10,11</sup>:**

A) Ajustarse a la legislación y no dispensar ningún antibiótico sin la correspondiente receta prescrita por el médico. El momento de la dispensación debe servir para utilizar estrategias educativas establecidas con el fin de mejorar el conocimiento que se tiene sobre los antibióticos y disminuir la automedicación. Como consecuencia, descenderá su consumo y se educará a la población al poner de manifiesto la necesidad de una exploración médica y un diagnóstico clínico previos a la prescripción.

B) Junto con los médicos deben diseñar folletos informativos sobre el uso correcto de antibióticos que deben difundirse en los Centros de Salud y Oficinas de Farmacia. La actitud confiada y pragmática de los españoles ante los antibióticos condiciona, en parte, la automedicación y el incumplimiento, y está en relación con la falta de información sobre su buen uso. Los pacientes que reciben información escrita sobre el fármaco que van a tomar mejoran su utilización, están más satisfechos con su tratamiento y más alertas sobre sus posibles efectos adversos.

C) Los farmacéuticos de Oficina de Farmacia, deben participar en los programas y políticas de uso racional de antibióticos. Las Farmacias Comunitarias, junto con los Centros de Salud, son lugares idóneos donde transmitir los mensajes educativos en salud, previamente elaborados por el equipo de profesionales sanitarios

D) Deben informar sobre la importancia de cumplir la posología y la duración del tratamiento prescrito por el médico, y asegurarse que el paciente lo ha comprendido. La falta de adherencia a los tratamientos con antibióticos para procesos infecciosos, junto con la automedicación, son los dos problemas fundamentales de la mala utilización de estos fármacos por los pacientes.

**La administración sanitaria deberían <sup>3,5,7,10-12</sup>:**

A) Mejorar las condiciones en la atención médica para proporcionar al médico el tiempo y las herramientas necesarias para hacer un buen uso de antibióticos. La presión asistencial es una de las causas principales de la prescripción a demanda.

B) Controlar de forma eficiente la dispensación de antibióticos sin receta en Oficinas de Farmacia. Al mismo tiempo, tiene que solucionar las situaciones que condicionan al farmacéutico para dar antibióticos sin receta, como son las recomendaciones al alta hospitalaria y de urgencias.

C) Realizar un estrecho seguimiento, especialmente de la prescripción de los nuevos antibióticos, que no siempre suponen ventajas con respecto a su actividad antibacteriana, farmacocinéticas o de seguridad, sobre los ya existentes y normalmente tienen un precio mayor. El uso de antibióticos en la comunidad, cuando va más allá de las indicaciones recomendadas, favorece el desarrollo de resistencias bacterianas, incrementa el coste y expone a la población tratada a un riesgo innecesario. En la actualidad es frecuente encontrar como, en ocasiones, los nuevos antibióticos ya han sido utilizados en Atención Primaria para el tratamiento de infecciones leves o para indicaciones para las que no se requiere tratamiento antibiótico, antes de ser prescritos a nivel hospitalario.

D) Adecuar las especialidades farmacéuticas a las pautas más comunes de la duración de los tratamientos de los distintos procesos infecciosos. La situación actual condiciona abandonos terapéuticos, el uso del antibiótico prescrito durante más tiempo del necesario y la automedicación por la presencia de antibióticos en los botiquines caseros.

E) Controlar de forma eficiente las campañas de publicidad de la industria farmacéutica haciendo cumplir la legislación vigente, y de acuerdo con la ficha técnica. La administración sanitaria debe evitar la presión comercial sobre el médico para aumentar la prescripción de antibióticos.

F) Modificar los prospectos de los medicamentos que contienen antibióticos en su composición, e incluir información sobre las consecuencias negativas del uso inapropiado, el problema de las resistencias bacterianas, y que todo antibiótico por vía general o tópica precisa de un diagnóstico clínico realizado por un médico y de una receta para ser dispensado por el farmacéutico.

G) Facilitar a los médicos de Atención Primaria mapas de resistencias bacterianas actualizados para cada área de salud, que faciliten el tratamiento empírico eficaz de las infecciones bacterianas.

H) Extender la aplicación de la política interna de antibióticos en los hospitales a las altas hospitalarias, a las visitas de consultas externas de especialistas y a las altas de los servicios de urgencias. Una parte importante de la demanda de medicamentos en Atención Primaria está condicionada por la prescripción al alta hospitalaria o en consultas externas de las especialidades del ámbito hospitalario. Diferentes trabajos sobre la prescripción de antibióticos en urgencias hospitalarias detectan una prescripción inadecuada de los mismos superior al 30%, antibióticos que son demandados al médico de Atención Primaria, la mayoría de las veces, cuando el paciente ya lo está tomando.

I) Desarrollar programas sobre el adecuado tratamiento de las infecciones dirigidas al personal sanitario y a la población general. El descenso del consumo de antibióticos desde el año 1996 al 2000, en las comunidades autónomas de España, se ha relacionado con este tipo de actividades, ya que es conocido que mejoran la prescripción, modifican el comportamiento de los pacientes y reducen el uso inapropiado de antibióticos.

J) Crear y desarrollar políticas de antibióticos en Atención Primaria es una actividad, reconocida como prioritaria por la comunidad científica internacional y por la propia administración sanitaria española, que se relaciona con una disminución en la prescripción de antibióticos. Para su desarrollo se necesita de una comisión multidisciplinar formada por

microbiólogos, farmacéuticos, médicos especializados en enfermedades infecciosas, especialistas en farmacología clínica, especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y pediatras de Atención Primaria.

K) Controlar de forma eficiente el uso de antibióticos en veterinaria. Su utilización masiva, el 40% del consumo total de antibióticos en España, y su fácil incorporación a la cadena alimentaría humana son factores importantes que determinan un incremento de resistencias bacterianas.

L) Controlar el uso, aplicación y promoción de los antibióticos por las industrias agro-alimentarias y químico-farmacéuticas. Las empresas deben asumir como meta un medioambiente sostenible, y desarrollar productos y políticas empresariales que faciliten el uso racional de los antibióticos y eviten las resistencias microbianas

M) Extender la política del uso racional de antibióticos a las consultas de medicina privada, promoviendo la implantación de un modelo de receta normalizado que debería ser consensuado a través de los correspondientes Colegios Profesionales y Sociedades Científicas.

La semFYC, la SEFaC, la SEFC, la AEPap y la REAP se comprometen a divulgar este documento a todos sus asociados y a implicarse en la consecución del mismo, participar con la administración sanitaria en el desarrollo de políticas de uso racional de antibióticos en Atención Primaria y solicitan a todos los profesionales sanitarios y sociedades científicas implicadas se adhieran a este proyecto.

**Madrid, 28 de febrero de 2006**

## Bibliografía:

1. Lázaro Bengoa E, Madurga Sanz M, de Abajo Iglesias FJ. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:561-8.
2. Cars O, Mölsted S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001;357:1851-3.
3. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre resistencia microbiana:¿qué hacer?. *Med Clin (Barc)* 1995;106:267-79.
4. Smith RD, Coast J. Antimicrobial resistance: a global response. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80:126-33.
5. Palop V, Melchor A, Martínez-Mir I. Reflexiones sobre la utilización de antibióticos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2003;32:42-7.
6. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre infección hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1994;102:20-4.
7. Rodríguez Moreno C, Campoamor Landín F, Zaforteza Dezcallar M, Verdejo González A, Muro pascual V, Martín Martín MV, y Comisión de Antibióticos de Atención Primaria del Área de Mallorca. Política de antibióticos en Atención Primaria. La experiencia práctica en un área sanitaria. *Aten Primaria* 1998;21:314-8.
8. Red Española de Atención Primaria. Documento de Valencia. *Medicina General* 2000;29:993-4.
9. Palop Larrea V, Martínez-Mir I. Tratamiento empírico de las infecciones en Atención Primaria. *Guías Clínicas Fistera* 2004;4(33). Disponible en [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).
10. Orden del 7 de Noviembre de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo, por el que se determinan los medicamentos de utilización en medicina humana que han de dispensarse con o sin receta. BOE num. 275, 16 de Noviembre de 1985. Corrección de errores BOE num. 291, 5 de Diciembre de 1985.
11. Orero González A, Ripoll Lozano M, González Nuñez J por el Grupo URANO. Análisis de la automedicación con antibióticos en la población española. *Enferm Infec Microbiol Clin* 1998;16:328-33.
12. LEY 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Publicaciones, Documentos y Biblioteca. Madrid.