



EDITORIAL

## Prescripción de antibióticos en pediatría de atención primaria: una responsabilidad compartida



### Antibiotics prescribing in paediatric primary care: A shared responsibility

César García Vera<sup>a,b,c,\*</sup> y María Rosa Albañil Ballesteros<sup>b,c,d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

<sup>c</sup> Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en el grupo de trabajo del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN)

<sup>d</sup> Centro de Salud Cuzco, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

Disponible en Internet el 24 de julio de 2018

Se publica en este número de ANALES DE PEDIATRÍA, un artículo que relaciona la hiperfrecuentación con la tasa de prescripción de antibióticos<sup>1</sup>. Se trata de un buen estudio de base poblacional, realizado desde la red de pediatras investigadores de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (PAP.en.RED, <http://www.aepap.org/grupos/papenred>) y promovido por su Grupo de Investigación. Con datos de 2.726 pacientes, la tasa de prescripción de antibióticos es significativamente mayor en los hiperfrecuentadores respecto a los no hiperfrecuentadores, en todos los grupos de edad pediátrica.

Siendo la accesibilidad a la atención pediátrica en nuestro sistema público sanitario una de sus grandes fortalezas, también puede ser una de las debilidades respecto al adecuado uso de recursos y el uso prudente de antibióticos. No son pocos los pacientes pediátricos que ante un proceso febril consultan repetidamente (en el sistema público y privado) en busca de una solución diferente al tratamiento sintomático inicialmente prescrito.

En comparación con países de nuestro entorno, la prescripción antibiótica en pediatría de atención primaria (AP) es sensiblemente superior a la de países del norte y cen-

tro de Europa, al menos en los niños más pequeños. Un reciente artículo en AP en 6 países destacó que en niños menores de 3 años de la Comunidad Autónoma Valenciana la prescripción antibiótica era 3,5 veces mayor que en niños noruegos, o 1,5 veces mayor que en alemanes o norteamericanos de esa misma edad<sup>2</sup>. Además, el 35% de prescripciones correspondieron a amoxicilina asociada a ácido clavulánico frente a un 25% de amoxicilina, lo que indica una prescripción no adecuada. Otras publicaciones previas como la de Malo et al. sobre el total de población pediátrica de Aragón (año 2010; 224.780 episodios registrados) señalan prescripción de antibióticos en el 75% de faringoamigdalitis agudas (sobre el papel, solamente el 30% serían estreptocócicas), en el 72% de otitis, en el 27% de bronquitis y en el 16% de infecciones respiratorias altas inespecíficas. La mitad de las prescripciones antibióticas fueron de amoxicilina y el 25% de amoxicilina/clavulánico<sup>3</sup>. El estudio de Balaguer et al. aporta también mejores datos de adecuación: 0,45 prescripciones de penicilina/amoxicilina por paciente y año frente a 0,19 de penicilina asociada a clavulánico. En todo caso los datos muestran un amplio margen de mejora en la prescripción.

Además del abuso en el número de visitas, debemos reflexionar sobre la existencia de otros condicionantes de este uso elevado e inadecuado de estos fármacos en nuestro país.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cgarciavera@gmail.com](mailto:cgarciavera@gmail.com) (C. García Vera).

Y la reflexión, a partir de datos y análisis rigurosos debe aportar soluciones de mejora.

Conviene recordar, que el de las resistencias antibióticas ha sido considerado un problema de tal magnitud que incluso fue abordado en la reunión internacional del G20 en Hamburgo (7 y 8 de julio 2017) donde se acordó la puesta en marcha de Planes de Acción Nacionales para lograr un plan único de salud europeo para finales de 2018. Más de 700.000 muertes al año en el mundo se deben a microorganismos multirresistentes, y la previsión no es halagüeña si no se interviene: en el año 2050 podrían morir 10 millones de personas por esta razón (compárese con los 8,2 millones de muertes/año por cáncer actuales), y hasta entonces provocar unas pérdidas económicas estimadas en 100 trillones de dólares.

En España desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios se constituye en marzo de 2014, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) (<http://www.resistenciaantibioticos.es/es>). En él participan un grupo multidisciplinar de profesionales de la salud humana y veterinaria (se incluyen también varias sociedades científicas pediátricas) que trabajan en diferentes líneas estratégicas

Además de la responsabilidad evidente del prescriptor, en el documento específico de *Objetivos de mejora prioritarios en Atención Primaria (Pediatria)* elaborado por el PRAN ([http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content\\_images/objetivos\\_de\\_mejora\\_prioritarios\\_ap\\_pediatria.pdf](http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/objetivos_de_mejora_prioritarios_ap_pediatria.pdf)), se señalan factores que intervienen en el consumo y que escapan a su responsabilidad. Entre ellos, la dispensación sin receta en farmacias, la administración por las familias sin consejo médico, la alta presión asistencial que impide una buena comunicación y educación sanitaria, la falta de control de la hiperfrecuentación, la escasa y aleatoria disponibilidad en las consultas de test de diagnóstico rápido, la falta de acceso a la formación continuada y la ausencia en la historia informatizada de sistemas de ayuda a la toma de decisiones.

Y se establecen objetivos claros para los prescriptores:

1. Disminuir la cantidad global de prescripción
2. Disminuir la prescripción en procesos no bacterianos
3. Mejorar la adecuación en procesos concretos

Para cada objetivo se proponen una serie de medidas, a veces comunes, para su consecución: disminución de la presión asistencial (aumentando el tiempo de consulta por paciente), dotación de métodos de diagnóstico rápido para la consulta, provisión de herramientas de precisión diagnóstica (otoscopia neumática y/o timpanometría para otitis), disponibilidad de los datos de prevalencia concreta de gérmenes y resistencias microbianas del área geográfica, implantación de sistemas de ayuda integrados para la toma de decisiones en la historia clínica electrónica, y formación continuada independiente y ligada a incentivos de productividad y curriculares.

En nuestra población aún persisten creencias erróneas sobre uso y utilidad de los antibióticos. Según el eurobarómetro de 2016 el 48% de los españoles dice que matan a los

virus y el 45% cree que son efectivos contra resfriados y gripes. Probablemente este estado de opinión supone presión para el prescriptor, pero la forma de revertirlo es a través de la educación sanitaria, que compete a las campañas de información emprendidas por las administraciones, y también a la comunicación médico/paciente (en nuestro caso pediatra/familiares) que se ha de establecer en nuestras consultas.

Disponemos de múltiples guías de práctica clínica, procesos en salud, vías clínicas y consensos de sociedades científicas para orientar una adecuada prescripción. Contamos con un sistema de historia electrónica informatizada en general eficiente, que podría permitir integrar la información de estas guías o consensos en la historia, en forma de algoritmos diagnósticos y terapéuticos, y en forma de alertas ante prescripciones inadecuadas.

Finalmente, respecto a la prescripción antibiótica pediátrica en AP, los objetivos concretos a conseguir para el PRAN serían:

1. Disminuir la prescripción en procesos no bacterianos (catarros, laringitis, faringoamigdalitis no estreptocócica, bronquitis)
2. Disminuir al mínimo el tratamiento antimicrobiano de las faringoamigdalitis víricas en general y en menores de 3 años en particular
3. Disminuir el uso de macrólidos y de amoxicilina-clavulánico en amigdalitis
4. Disminuir el tratamiento de la infección urinaria sin confirmación diagnóstica adecuada
5. Disminuir los tratamientos antibióticos en otitis media aguda, considerando en un buen número de casos la pauta de espera vigilante con tratamiento analgésico/antiinflamatorio y con la posibilidad de prescripción diferida condicionada a la evolución y/o reevaluación
6. Evitar el tratamiento antibiótico en bronquitis/bronquiolitis en niños pequeños

La mayoría de las prescripciones antibióticas en nuestros niños se hacen en AP, y debemos ser conscientes de que con nuestra prescripción podemos contribuir a generar más resistencias o por el contrario a disminuir las tasas de las existentes. Es mucho lo que nos jugamos.

## Bibliografía

1. Balaguer Martínez JV, del Castillo Aguas G, Gallego Iborra A, Grupo de Investigación de la AEPap y Red de pediatras Centinela PAP.en.Red. Prescripción de antibióticos y realización de pruebas complementarias en función de la frecuentación y de la fidelización en Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89:197-204.
2. Youngster I, Avorn J, Belleudi V, Cantarutti A, Díez-Domingo J, Kirchmayer U, et al. Antibiotic Use in Children: A Cross-National Analysis of 6 Countries. *J Pediatr*. 2017;182:239-44.
3. Malo S, Bjerrum L, Feja C, Lallana MJ, Poncel A, Rabanaque MK. Prescripción antibiótica en infecciones respiratorias agudas en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2015;82:412-6.