



Red Española de Atención Primaria

Apartado de Correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)
correo-e: secretario@reap.es

Abril - Junio 2004

volumen **3**
número **2**

Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González

Miembro de:



sumario

Monográfico de las IX Jornadas de la REAP

A Coruña, 7 y 8 de mayo de 2004

Conclusiones de las IX Jornadas de la REAP

A Coruña, 7 y 8 de mayo de 2004

Comité Organizador y Científico de las IX Jornadas de la REAP

1. La experiencia piloto sobre la unidosis en antibióticos, desarrollada en Galicia durante los últimos seis meses, tiene ventajas: ajustar el número de dosis a tomar a la duración del tratamiento, evitando que queden antibióticos sobrantes en los hogares y predispongan a la automedicación. También se evita su escasez y el incumplimiento terapéutico, que favorece el aumento de las resistencias bacterianas. Pero hay que solventar algunos problemas como la retribución del esfuerzo que recae sobre el farmacéutico comunitario, pero se demuestra que es posible hacer un cambio en el hábito de prescripción y de dispensación.
 2. España es el segundo país en prescripción de antibióticos "per cápita" y el 42% de los pacientes incumple el tratamiento. Esto provoca un aumento de resistencias, de las que España es el principal exportador. Se calcula que en España mueren cada año 2.000 personas víctimas de estas resistencias.
 3. Se detectan tres grandes problemas en relación con los antibióticos: el almacenamiento en los hogares (45% del total y hasta el 60% si hay niños en la casa), el mal cumplimiento del tratamiento por no terminarlo o tomarlo de forma inadecuada, y que uno de cada tres antibióticos se adquiere directamente en la farmacia sin la obligatoria receta médica.
 4. Los pacientes españoles son los que más demandan antibióticos en las consultas médicas después de Francia y son los que peor perciben el riesgo de su uso y cumplen peor el tratamiento. La comunicación interprofesional y la formación continuada benefician al paciente y favorecen la prescripción adecuada y el cumplimiento del tratamiento.
 5. Cuando el conocimiento aumenta en los pacientes se mejora el cumplimiento terapéutico. La mayor fuente de resistencias es precisamente usar un tratamiento antibiótico a bajas dosis y por tiempo prolongado. Los profesionales sanitarios tienen la obligación de formarse y estar al día para mejorar su servicio al paciente, pero para que un antibiótico que ha demostrado su eficacia llegue a producir su efecto en el enfermo, se necesita que todos estemos involucrados: el médico con su prescripción, el farmacéutico con su dispensación, el enfermero con su aplicación y el propio enfermo cumpliendo adecuadamente el tratamiento.
 6. A éstos hay que añadir la Administración que legisla y hace las normas para que facilite el acceso a los tratamientos en las condiciones idóneas. También la industria farmacéutica y agroalimentaria deben concienciarse y tomar medidas respecto al problema de salud pública que suponen las resistencias bacterianas.
 7. Cuando los implicados en la terapéutica antibiótica (médicos, farmacéuticos, enfermeros, odontólogos, veterinarios y pacientes) trabajan juntos se mejoran los resultados y se ahorra dinero.
 8. Es importante que se revitalice el papel de la receta médica y se le conceda la importancia que tiene como medio de información del médico al farmacéutico, para beneficio del enfermo.
- En la Red Española de Atención Primaria, por ser una organización multidisciplinar formada por profesionales sanitarios de las distintas ramas (médicos, enfermeros y farmacéuticos), nos encontramos en una situación idónea para abordar el problema de la antibioterapia promoviendo la formación y la investigación sobre este tema. De éstas Jornadas saldrán distintos proyectos de investigación que darán luz sobre las dudas y sobre algunos aspectos oscuros o controvertidos en relación con la terapia antibiótica.*





Mesa Redonda I

Experiencia en Galicia del plan piloto de antibióticos en dosis unitarias

Berta Cuña Estévez • Farmacéutica

El Ministerio de Sanidad y Consumo hace una autorización excepcional para la puesta en marcha del programa piloto de dispensación de antibióticos en dosis unitaria y el 26 de marzo de 2003 se produce la suscripción del convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas.

En la Comunidad Autónoma de Galicia el día 21 de abril de 2003 se suscribe el convenio de colaboración entre el SERGAS y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos (comienzo 5 de mayo).

Se pacta una duración de 6 meses y el 5 de noviembre de 2003 se firma una prórroga del convenio de colaboración para otros 6 meses.

Durante este tiempo, se ha trabajado para estudiar la viabilidad del programa piloto, se ha diseñado y elaborado el material educativo dirigido al paciente y se ha discutido la metodología para el análisis y evaluación de los resultados.

1. Viabilidad del programa: Se ha contado con Centros de Salud de las 7 áreas de A.P.
 - Ubicación: medio semiurbano.
 - Prescripciones mayoritariamente dispensadas en las oficinas de farmacia del ámbito de influencia del centro de salud.

En estos Centros, se ha contado con 49 unidades de A.P.

El total de Oficinas de farmacia de su ámbito de influencia fueron 168.

De un total de usuarios del Sergas de 2.659.688 personas, los usuarios teóricos del programa de Dosis Unitaria serían 433.649.(16%).

2. Metodología para el análisis y evaluación de resultados.

A los 3 meses desde el inicio y al finalizar el programa piloto y prórroga, se han medido.

- Nº de tratamientos dispensados en dosis unitaria (usuarios activos/pensionistas).
- Nº de tratamientos dispensados que no se ajustan a envases normalizados (usuarios activos/pensionistas).

Resultados obtenidos (mayo 2003-febrero 2004)

Tratamientos dispensados: 30.641

Tratamientos dispensados que no se ajustan a la presentación de mercado: 60,45%

Unidades dispensadas: 550.635

Unidades ahorradas: 100.833

% de ahorro en unidades: 15,47%

% de ahorro económico: 34,01%

Conclusiones

1. ¿La prescripción, en nº y tamaño de envases normalizados, se ajusta a las necesidades reales del paciente (posología y duración de tratamiento)? NO SE AJUSTA
2. Buena aceptación de los implicados:
 - Médico: Puede prescribir el medicamento, posología y nº de unidades adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente.
 - Farmacéutico: Potencia la atención farmacéutica individualizada al paciente.
 - Paciente: Concienciación de la importancia terapéutica del medicamento y de su uso racional.

Floro Andrés Rodríguez • Farmacéutico

Prescripción: De las recetas susceptibles de ser prescritas en DU (Dosis Unitarias), algo más de un 20% lo fue realmente. De este 20%, un 46% de las prescripciones coincidieron con presentaciones comerciales ya existentes. De este 10% en que no hay coincidencia, más de un 86% se agrupan en tres pautas de dosificación por presentación (p. ej. amoxicilina 750 comp. en que se prescribieron 21 comp. en el 82,95% de los casos). Nos preguntamos si dichas pautas presentan una ventaja clínica frente a las presentaciones comerciales existentes. En caso afirmativo, creo que la industria tendría en sus manos soluciones simples.

Información al paciente: Se ha cuantificado la información proporcionada por el médico al paciente sobre DU, observándose que, al comienzo del estudio piloto, un 45% de los pacientes recibían información verbal, mientras que en la última etapa del estudio, sólo un 12% de los pacientes recibían información sobre DU por parte de los médicos.

No tenemos conocimiento de que se haya realizado ningún análisis objetivo e independiente de la respuesta del paciente.

Se ha intentado comprobar también si la dispensación de antibióticos en envases no convencionales favorecía los diversos factores

que se engloban bajo el concepto "uso racional del medicamento".

El presunto "despilfarro": En las farmacias que dispensan DU el número medio de unidades de toma por receta es de 19,98, mientras que en las farmacias que dispensan envases convencionales el número medio de unidades de toma por receta es de 17,34. Numerosos estudios informan que pautas más largas provocan mayor incumplimiento, por lo que las probabilidades de que un mayor número de medicamentos terminen en el SIGRE son mayores.

El supuesto "menor coste": Por un lado, se han seleccionado presentaciones de los principios activos en forma de las EFG en envase clínico de precio más bajo. De esta forma podremos obtener siempre un teórico ahorro sin necesidad de recurrir a DU. Por otro lado, no se han considerado los costes añadidos para el farmacéutico. De todas formas, el precio medio por receta en DU es de 12,21 euros, mientras que en especialidades convencionales es de 10,59 euros.

La "mejora" del cumplimiento terapéutico: Se estudió en dos grupos de pacientes cuyo tamaño muestral fue establecido estadísticamente el cumplimiento de los tratamientos prescritos en

función de que recibieran la medicación en dosis unitarias (grupo DU) o en envases convencionales (grupo EC). Se protocolizó el procedimiento de dispensación, incluyendo la entrega de información verbal y escrita al paciente. A la conclusión de la duración del tratamiento, se realizó una llamada telefónica al paciente con el fin de registrar el número de unidades restantes.

Consideramos cumplidores a los pacientes que han completado el tratamiento (100% de cumplimiento) y no cumplidores al resto. Las condiciones establecidas son estrictas al haber una intervención farmacéutica explícita.

El cumplimiento del tratamiento observado en el grupo DU fue del 62.07%, frente al 73.40% en el grupo EC, lo que refleja una diferencia del 11.33% en el cumplimiento entre ambos grupos ($c2=2.66$, $p=0.1025$). No hay diferencias significativas en el cumplimiento dependiendo del sexo ($p=0.6017$), grupo de edad ($p=0.7913$) y antibiótico prescrito ($p=0.5925$).

Miguel Santiago Boullón • Médico

El Servicio de Atención Primaria de Narón fue uno de los elegidos por Sanidad para aplicar el Plan Piloto de dispensación de antibióticos en dosis unitaria. Se trata de un municipio con alto índice de crecimiento, actualmente alrededor de 35000 habitantes, con un único Servicio de Atención Primaria y dos consultorios periféricos rurales, en el que prestan servicio 18 médicos generales y 3 pediatras, con servicio de urgencias las 24 horas del día. Es un Servicio que tiene docencia de pre y posgraduados (estudiantes y MIR de Medicina de Familia y Comunitaria, y de Enfermería) en el que se encontró un buen ánimo de colaboración a la propuesta.

Como bien sabemos, los antibióticos incluidos en el Plan Piloto eran la amoxicilina, amoxicilina clavulánico, cefuroxima axetil, ciprofloxacino, y claritromicina, en presentaciones en comprimidos/cápsulas y sobres, excluyendo las presentaciones líquidas.

En el período de mayo a diciembre de 2003 se dispensaron 1375 recetas de dosis unitarias, de las que 806 correspondían a amoxicilina/clavulánico, 224 a amoxicilina sola, 144 a ciprofloxacino, 109 a claritromicina y 92 a cefuroxima axetil. En el caso de la amoxicilina/clavulánico, el coste de los tratamientos sin programa unidosis sería de 11.515 euros, que se redujo a 8.281 euros al aplicar el programa de unidosis, lo que supuso un ahorro de 3.234 euros (un 28%).

En el caso de la claritromicina, el número de recetas en dosis unitaria fue de 109, casi la octava parte que la anterior, sin embargo el ahorro económico fue del 43%, al tratarse de un fármaco de precio más elevado.

CONCLUSIONES

De lo anteriormente expuesto se concluye que la dispensación de medicamentos en dosis unitarias no consigue una mejora en el "uso racional del medicamento", por lo que, desde nuestro punto de vista, no está justificado el cambio a un sistema de prescripción/dispensación que no aporta una mejora apreciable. Se debería conseguir de la Industria Farmacéutica la adecuación de los envases convencionales existentes a las necesidades reales de la práctica clínica y de los protocolos empleados en Atención Primaria.

Los problemas derivados del uso inadecuado de los antibióticos no dependen exclusivamente de que se entregue al paciente la cantidad exacta de unidades de toma que debe utilizar. Creemos que el problema es multifactorial, y debería abordarse desde otros puntos de vista, de manera conjunta entre todos los profesionales sanitarios implicados, y acordar entre todos soluciones razonables y realistas.

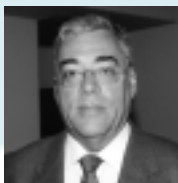
En total, se han prescrito 1375 recetas en dosis unitarias, dispensándose 28466 unidades, cuando las que se dispensarían de no existir el programa serían 32934. El coste de los tratamientos sin programa unidosis sería de 23.917 euros, que se redujo a 15743 euros al aplicar el programa. Se han ahorrado un total de 4468 unidades, lo que supuso un ahorro económico de 8174 euros (34.2%) y un 13.6 % de unidades ahorradas.

Si bien el ahorro económico no es significativo en cifras globales durante el período estudiado (8.174.67 euros) sobre el total del gasto farmacéutico en la comunidad, creo que si pueden valorarse otras cosas como positivas del plan:

- 1.- La concienciación de los profesionales sobre la necesidad de planificar la duración del tratamiento por la patología del paciente por el período de tiempo que creamos necesario y no sobre el número de unidades que traen los envases.
- 2.- La concienciación del paciente respecto a que el tratamiento que se le prescribe es personal, solo aplicable a él, con la dosis, la duración y la presentación que su patología concreta en ese momento necesita, y que no necesariamente va a ser la misma en otra persona o circunstancia
- 3.- Evitar "sobras" de antibióticos que puedan servir para iniciar tratamientos en automedicación, en muchos casos innecesarios, contraindicados, en mal estado o caducados.
- 4.- Implicar a los profesionales de oficina de farmacia en la aplicación de hábitos de prescripción y dispensación correctos y aumentar la comunicación entre éstos y los médicos.

Conferencia Avances en antibioterapia

Jesús Honorato Pérez • Médico



Los avances en antibioterapia que se han producido últimamente y desde la perspectiva de un farmacólogo clínico pueden enfocarse desde diversos puntos de vista, pero todos ellos deben ir centrados sobre la base de una utilización racional de los antimicrobianos que potencie su eficacia y minimice sus inconvenientes.

Un aspecto fundamental es la convicción a la que se ha llegado en los últimos años de que la aparición de resistencias puede condicionar de forma importante el manejo de antimicrobianos y reducir de una forma significativa su eficacia. Por ello merece la pena reflexionar sobre las cifras de consumo de antibióticos en atención primaria, revisar sus indicaciones y valorar con detenimiento las razones de cada una de las prescripciones que se realizan.

Un segundo punto interesante que se está desarrollando en los últimos tiempos es la valoración de las relaciones que existen entre la farmacocinética y la farmacodinamia de muchos antimicrobianos. El conocimiento de esta relación lleva a la utilización de esquemas posológicos basados en evidencias claras que racionalizan las pautas

de administración y las dosificaciones con lo que se consigue una mayor eficacia, más comodidad para el paciente, reducción del consumo y una menor inducción de resistencias.

Los antimicrobianos que más recientemente se han puesto a disposición del médico suponen avances relativamente limitados y fundamentalmente, salvo alguna excepción, son de utilización intrahospitalaria. De todas formas los médicos de atención primaria deben conocer sus características no solo para enfocar mejor el tratamiento de los pacientes sino también porque alguno de ellos puede ser utilizado en pautas de terapia secuencial con lo que los tratamientos son llevados en parte en régimen extrahospitalario. Pasamos revista a algunas de las características más interesantes de estos últimos fármacos incluyendo entre ellos: moxifloxacino, caspofungina, voriconazol, telitromicina, linezolid, ertapenem, etc.

Por último parece interesante hacer algunas consideraciones sobre cual puede ser el futuro de la investigación de nuevos antimicrobianos considerando la posibilidad de buscar nuevas dianas terapéuticas, mecanismos de acción diferentes y formulaciones galénicas innovadoras.



Mesa Redonda 2

Problemas derivados de la utilización de antibióticos

Vicente Palop Larrea • Médico

El consumo exagerado de ATB en AP está condicionado por la irracionalidad en la prescripción médica, la dispensación sin receta por los farmacéuticos y el uso indiscriminado que realizan los pacientes. La administración sanitaria conoce estos problemas, los factores que condicionan la aparición y transmisión de las RBA y las estrategias para combatirlas; sin embargo, en España estas medidas están por desarrollarse lo que condiciona algunos de los problemas relacionados con los ATB: a) la presión asistencial; b) el uso de los nuevos ATB; c) las especialidades farmacéuticas no están adaptadas a las pautas más comunes de la duración de los tratamientos; d) no control eficiente de las campañas de publicidad de la industria farmacéutica; e) no información adecuada en los prospectos; f) no control eficiente de la dispensación en oficinas de farmacia; g) no control eficiente en veterinaria; h) no proporcionar mapas de RBA actualizados; i) no control eficiente de la prescripción inducida; j) no iniciativa clara en el desarrollo de "programas sobre el uso racional de ATB" para sanitarios y población general, y k) salvo limitadas experiencias en alguna comunidad autónoma, no ha creado ni desarrollado "políticas de uso racional de ATB en AP.

Las campañas de promoción de ATB de la industria farmacéutica se realizan con el fin de influir sobre los prescriptores y incrementar el volumen de ventas. La prescripción inadecuada

por parte de los médicos, el 36,5% de las prescripciones de ATB en AP son inapropiadas y hay una falta importante de información al paciente. El médico adopta un papel pasivo en las políticas de uso racional, no controla la automedicación inducida, ni el cumplimiento. La dispensación de ATB sin receta por los farmacéuticos es frecuente en España, cercana al 32%. La automedicación y el incumplimiento terapéutico por parte del paciente es otro problema añadido, el 26,4% de los piensa que sólo debe continuar el tratamiento con ATB mientras tiene síntomas y ésta es la principal causa (54,5%) de abandono. La actitud confiada y pragmática de los españoles ante los ATB condiciona, en parte, la automedicación y el incumplimiento y está en relación con la falta de información.

El esfuerzo notable, tanto en términos de tiempo como económicos, que supone el desarrollo de un medicamento debe corresponderse con una verdadera aportación -potencialidad de uso- al campo de la salud; en el caso de los ATB que nacen con un elevado valor intrínseco (eficacia para una indicación), debido a su mala utilización hace que en muy poco tiempo se pierda su valor y con ello los esfuerzos realizados en investigación. La concienciación de los problemas relacionados con los ATB deberá permitir una mejor utilización de los mismos con una vida prolongada de su valor intrínseco sin pagar el precio de las RBA.

Alfonso Rodríguez Pascual • Farmacéutico

La percepción del riesgo de reacciones adversas a antibióticos por parte de pacientes y población en general es baja, lo que trae como consecuencia un aumento de la demanda de tratamientos antiinfecciosos dirigida hacia el médico y el farmacéutico. No obstante, los antibióticos no están exentos de problemas de seguridad importantes, en los últimos cinco años se han tomado medidas reguladoras relacionadas con antibióticos que han traído como consecuencia la suspensión de comercialización o la comunicación a profesionales sanitarios de nuevos riesgos asociados a algunos antibióticos concretos.

Las estrategias de mejora de la utilización de antibióticos deben basarse en objetivos concretos para prevenir los problemas derivados de su utilización y deben acompañarse de acciones específicas dirigidas a cada uno de los agentes que intervienen en la misma, teniendo en cuenta sus necesidades y



los factores influyentes en el uso inadecuado. Es necesario establecer políticas de antibióticos en Atención Primaria basadas, no solamente en facilitar la información y herramientas necesarias para una adecuada selección de tratamiento antibiótico por parte del médico, sino también en acciones dirigidas a la correcta dispensación, la información que recibe el paciente sobre su tratamiento, el cumplimiento terapéutico y la educación sanitaria de la población. A la vez, la formación continuada en patología y tratamiento antiinfeccioso de todos los profesionales sanitarios, así como la implicación de las administraciones sanitarias, ya sean locales, regionales o nacionales, como elemento coordinador y de control de la promoción inadecuada de antibióticos por la industria farmacéutica, constituyen elementos claves si queremos obtener resultados a medio plazo de una clara, además de necesaria, política de uso racional de antibióticos.

Mesa Redonda 3



Demanda de prescripción y demanda de dispensación de antibióticos

Luis Salar Ibáñez • Farmacéutico

Uno de cada 5 antibióticos (22%) se demanda sin receta, aunque no todos ellos pueden considerarse automedicación.

En poco más de la mitad de las peticiones sin receta (55%) puede considerarse que ha sido prescrito por un médico, faltando nada más la prueba documental de ello (la receta), pero en la otra mitad (45%) si podemos hablar de automedicación. Esto viene a ser una de cada 10 demandas de antibióticos con o sin receta. O sea, el 10 % de los antibióticos demandados en farmacia comunitaria lo es para automedicación.

En la mitad de estos casos de automedicación (51%) el farmacéutico ha conseguido evitarla simplemente hablando con el paciente y ofreciéndole información.

La quinta parte (19%) de las demandas de antibióticos con receta presentaba algún problema, que en la mayoría de los casos (84%) se solucionaba simplemente informando al paciente.

En un 0'34 % de las demandas con receta había posibilidad de que el paciente fuera alérgico al antibiótico prescrito. Por lo menos así nos lo decían los pacientes, pero dado el diseño del estudio fue imposible confirmarlo en ningún caso.

En cuanto a los antibióticos demandados podemos observar que la automedicación se concentra en la amoxicilina. Mientras que este principio activo es el segundo más demandado con receta representando el 17% de la prescripción, llega al 57% en la automedicación. También es el que más se prescribe de forma oral (31%) y el que más se pide para continuar el tratamiento (40%).

Probablemente la automedicación siga la misma tendencia que la prescripción. Al no ser medicamentos publicitarios el paciente solo puede obtener información sobre antibióticos de prescripciones anteriores. Tras algunas prescripciones repetidas el paciente decide utilizar la amoxicilina por su cuenta. De ser cierta esta tendencia veremos que en unos años la amoxicilina-clavulánico desplaza a la amoxicilina como primer antibiótico utilizado en automedicación salvo que consigamos evitarlo.

Otros antibióticos que también se piden mucho para automedicación son la amoxicilina-clavulánico, fosfomicina, eritromicina, norfloxacin, espiramicina y espiramicina-metronidazol. La amoxicilina-clavulánico es el segundo más demandado, lo que puede confirmar la tendencia anteriormente señalada. Los otros citados tienen menor peso en la demanda para automedicación, pero sus porcentajes superan a la demanda con receta. Salvo la eritromicina, los otros se usan tradicionalmente para infecciones urinarias o infecciones dentales.

Hay 4 antibióticos que tienen más peso en la indicación médica oral que en la petición con receta. Son la amoxicilina, norfloxacin, espiramicina y espiramicina-metronidazol. En los dos últimos casos llega a ser 9 y 7 veces más respectivamente. Estos dos, junto con la amoxicilina son los antibióticos que más prescriben los dentistas. Al no ser cubiertas estas prescripciones por el Sistema Nacional de Salud el paciente y el médico sienten menos necesidad de utilizar la receta.

En cuanto a la petición para continuar el tratamiento, los más demandados son la amoxicilina y la amoxicilina-clavulánico. Posiblemente porque el tratamiento estándar necesita dos envases. Otros antibióticos que también superan en peso porcentual a la prescripción con receta son las espiramicinas solas o asociadas. De nuevo los dentistas.

Otro antibiótico que solo aparece en este caso es la doxiciclina. Posiblemente debido a su uso para el acné en tratamientos largos y muchas veces prescritos por dermatólogos particulares. En este caso vuelve a no apreciarse la necesidad de la receta.

Este estudio demuestra la existencia de un problema de mal uso de los antibióticos. Bien porque al paciente le falta información o porque el paciente decide automedicarse. En los dos casos el farmacéutico está muy bien situado para intervenir y tiene capacidad para ayudar a solucionarlo.

También se demuestra en este estudio que aproximadamente en la mitad de las peticiones de antibióticos sin receta si ha habido una prescripción médica. Sin embargo, la sensación que parecen tener algunos pacientes y algunos médicos de que la receta médica es solo un trámite burocrático pone en una difícil situación al farmacéutico.

Miguel A. Ripoll Lozano • Médico

Según los resultados del Grupo URANO, el 32% de las personas que adquirió un antibiótico en la farmacia lo hizo sin receta médica, y en el 46% de los hogares existentes antibióticos en el botiquín casero, cifra que aumenta al 67% en el caso de hogares con niños. El 98% de los episodios de infección en los niños reciben tratamiento farmacológico (antibióticos en el 68% de los casos), a pesar de que el 70% son procesos de vías respiratorias altas, la mayoría de presumible origen vírico.

En la prescripción de antibióticos influyen múltiples factores. Con frecuencia el médico los prescribe por una actitud

de defensa ante la incertidumbre, o por complacencia al percibir que el paciente los desea (percepción que se ha señalado como uno de los factores que más influyen a la hora de prescribirlos).

Según los resultados del estudio PACE, en los pacientes españoles se observa una elevada tendencia a consultar tempranamente al médico ante una infección respiratoria leve-moderada, aún cuando el impacto en la vida diaria sea escaso, y la expectativa de recibir antibióticos cuando acuden a la consulta médica es muy elevada (42% en adultos y 47% en niños), superior a la de los países de nuestro entorno. El tra-

tamiento se considera en general efectivo, sobre todo en relación a la rapidez de acción (mejoría, curación) y la duración del tratamiento. Existe correlación entre la satisfacción global del paciente y la confianza en el médico, la efectividad del tratamiento y el tiempo de consulta. En este trabajo se observa que no todos los pacientes son iguales respecto a su relación con el médico, clasificándolos en cinco grupos: defentes, involucrados, ignorados, críticos, y no clasificables.

Existen pocos datos a nivel global referentes a la demanda de antibióticos por parte del paciente, pudiendo efectuarse por requerimiento explícito al médico, por la severidad de las quejas, o por circunstancias no médicas. Dicha demanda puede variar en su forma según las características del paciente, del médico, y de su relación. La demanda explícita es infrecuente; a veces tiene como justificación el haber obtenido ya el fármaco en la farmacia y deber la receta. Lo más habitual es la transmisión al médico, de una forma más o menos patente, el deseo de recibir antibióticos (ej, diciendo que en situaciones previas similares lo que le ha ido bien es tal antibiótico, o que al final tuvo que tomarlo porque no mejoraba, o que sin el empeoró, etc). En otras ocasiones, se exageran los síntomas para aumentar la presunta gravedad de la infección o simplemente para darle al médico las claves con las que el paciente sabe que aumenta mucho la probabilidad de que se le prescriban antibióticos (ej. la madre que refiere que su hijo ha tenido fiebre alta y mucosidad purulenta, aunque haya tenido una décimas y la mucosidad sea clara). En determinadas circunstancias se solicita la prescripción, para tener disponible el antibiótico en caso de que pueda necesitarse (por dificultad de acceso a los servicios médicos y/o a la farmacia,

situación no infrecuentes en medio rural o en caso de personas con dificultad para abandonar sus obligaciones laborales o escolares, en caso desplazamientos a lugares que no son la residencia habitual del individuo, etc).

Además de los aspectos estrictamente clínicos del paciente, y de la posible petición de antibióticos, otros son los factores que pueden influir en su prescripción:

- Expectativa del paciente (o su percepción)
- Toma previa de antibióticos
- Momento de consulta (horario, día) y lugar
- Consulta primera o sucesivas
- Dificultad acceso a los servicios sanitarios
- Experiencia previa negativa sin prescripción de antibióticos
- Publicidad reciente de antibióticos.
- Proyectos a corto plazo
- Temor de gravedad/riesgo por el paciente y/o el médico
- Exageración síntomas por parte del paciente

El individuo normalmente no demanda directamente un tratamiento antibiótico, pero de una u otra forma es capaz de transmitir sus expectativas al médico; y lo habitual es que éste tienda a satisfacerlas, salvo que esté convencido de su inadecuación y disponga de los medios y el tiempo necesario para convencer de ello a la persona que le consulta. Para disminuir la demanda de prescripción de antibióticos, es imprescindible disminuir las expectativas de la población hacia este grupo de fármacos (informándoles de sus beneficios y riesgos tanto a nivel individual como colectivo), y disminuir la permisividad de los médicos hacia su prescripción en casos innecesarios.



Mesa Debate

Estrategias para el uso racional de antibióticos

Juan Gérvas Camacho • Médico

Introducción

Estar al día en el uso de antibióticos exige constancia en el estudio y en la práctica. Constancia en el estudio, para confirmar y asegurar lo que ya se sabe y para aprender lo nuevo. Constancia en la práctica, para no dejarse arrastrar por las novedades que llegan a los pacientes a través de mil canales, desde las urgencias a los periódicos.

No es fácil tener constancia ni en el estudio ni en la práctica. Quizá ello explica el altísimo uso de antibióticos que caracteriza a España. El sistema de pago y de incentivos arrastra a médicos y farmacéuticos a la utilización abusiva e innecesaria de los antibióticos. Hay que reconocerles, además de la gran aceptación profesional, un buen "perfil público", pues para los pacientes son tan de casa como la aspirina. De hecho, la automedicación se basa en el uso confiado de antibióticos acumulados en el botiquín doméstico, más que en la dispensación sin receta. Es lógico este positivo perfil de aceptación profesional y por el público, pues la penicilina fue el primer medicamento que curó, y muy espectacularmente. Bien cierto es que le precedió el opio, con uso probado de milenios, y la citada aspirina, pero más como consuelo que como curación. Si hay algo que curesmos, y que lo hagamos espectacularmente, son algunas infecciones agudas.

Constancia en el estudio

Los médicos recibimos una formación farmacológica muy defectuosa, orientada hacia la teoría y no hacia la decisión. Por ejemplo, sabemos que la mayoría de las infecciones respiratorias son víricas y que no responden a los antibióticos, pero no sabemos cómo responder a la exigencia de su prescripción por unos padres con un hijo febril. Hay publicaciones al respecto, pero no son cosas que se traduzcan ni que se difundan por la industria farmacéutica. Los padres llegan a saber presentar el cuadro del niño en forma adecuada para que prescribamos antibióticos, cuando lo hacen al tiempo que sugieren un diagnóstico; en otro caso, si sólo quieren apoyo y aclaración, presentan el caso como cuadro sintomático.

El uso continuo e incontrolable de antibióticos lleva a la aparición de resistencias, que los médicos aprenden a superar con nuevos antibióticos. Todo lo que se necesita, pues, es estar al día. Estar al día en el sentido de conocer y emplear lo nuevo, no en el sentido de asegurar y confirmar lo que ya se sabe. Así, los médicos terminan preocupados por saber qué antibiótico será eficaz en las otitis media de su comunidad, dado un perfil de infección y de resistencia, y se olvidan de que los antibióticos no suelen ser necesarios en las otitis media. Lo mismo

sucede en las amigdalitis agudas, en las que lo que procede es el uso de penicilina (fenoxi-metil), porque ningún nuevo antibiótico ha demostrado más eficacia.

Lo lógico es estar al día en los estudios que confirman lo que ya se sabe, y en las pocas novedades que aportan algo nuevo.

Constancia en la práctica

La práctica diaria termina comiendo al más santo y científico de los médicos y de los farmacéuticos. Si uno sabe que los nuevos antibióticos se introducen en urgencias, y en neumología y otras especialidades, ¿por qué no terminar aceptando las cosas e introducirlos en nuestra propia práctica, a iniciativa propia, para que al menos nuestros pacientes no pierdan la confianza en nuestros conocimientos?.

Hay soluciones, pero exigen voluntad férrea y determinación. Por ejemplo, ante la visita reiterada de una madre con su niño por catarro de vías altas, al llegar el viernes y amenazar con llevarlo a urgencias, "donde seguro que le mandan ese antibiótico que sólo hay que tomar tres días", más vale prescribir la vulgar ampicilina, igualmente ineficaz, pero menos peligrosa. Desde luego, lo fácil es recetar la azitromicina el primer día y pensar "total, si no lo receto yo lo recetará otro".

Los pacientes aprenden, de nosotros mismos, de los que nos han precedido y de otros médicos contemporáneos. Así, resulta difícil no prescribir ciprofloxacino a una paciente con cistitis, por más que muchas no sean infecciosas o sean víricas, y que

se puedan tratar con más ventajas (por falta de resistencia y por menores recidivas), con nitrofurantoina, o con trimetoprim. Si uno es tranquilo y constante puede lograr que su población aprenda acerca de resistencias bacterianas, y que sepa aguantar antes de empezar el tratamiento antibiótico. Pero no es fácil, ni está pagado, ni es bien visto. Lo mismo se aplica a médicos que a farmacéuticos.

Para tener constancia en la práctica es fundamental considerar al paciente como persona, que no podemos despreciar desechándola con un antibiótico cuando no hay necesidad del mismo.

La dignidad del paciente es la nuestra. El refugio en la deficiente práctica colectiva no nos sirve de excusa ética ante el uso irracional de antibióticos, un desprecio más entre los muchos que recibe el paciente en el sistema sanitario. Tampoco es refugio la insistencia o exigencia del paciente, pues de todo ello somos colectivamente responsables los profesionales.

Conclusión

La estrategia para la prescripción racional en la práctica cotidiana exige constancia, conocimientos y respeto al paciente. La exigencia ética que nos lleva a ver al paciente como persona exige que no cedamos a la comodidad de prescribir antibióticos sin ton ni son, nuevos o conocidos, pero innecesarios en muchos casos.

Francisco Abal Ferrer • Médico

El que prescribe

España, después de Francia, es el país con más prescripciones de antibióticos. Su consumo va disminuyendo desde el máximo alcanzado en 1996 de manera que en el año 2002 se vendieron casi la mitad de envases que en 1976.

El 92 % de los antibióticos son prescritos por médicos de Atención Primaria. El 70 % de Médicos Generales y el 20 % de Pediatras. En menos del 5 % de los casos el médico de atención primaria cuenta con un estudio de sensibilidad para empezar el tratamiento antibiótico.

El 40% de las prescripciones de antibióticos en Atención Primaria son inadecuadas y la adecuación clínica entendida en términos de indicación o prescripción obtenida en un estudio de idoneidad fue del 56 %. En los hospitales tienen utilización inadecuada el 30% de los casos de uso terapéutico y el 75% de los casos de uso preventivo.

¿Qué influye en el médico para prescribir un antibiótico? No cabe duda de que lo primero es el paciente que con sus síntomas y signos hacen sospechar infección que posiblemente mejorará o desaparecerá con un tratamiento antibiótico.

¿Pero por qué un antibiótico u otro? Pues entre otros influyen las características de la infección, su localización, el germen que se sospecha de forma empírica por esa epidemiología clínica que vamos acumulando en nuestro cerebro, el paciente y sus características, la experiencia previa positiva o negativa con el principio activo, el conocimiento sobre el tema y las "evidencias", la presión del paciente y la eficacia del trabajo de difusión de la industria farmacéutica.

El que dispensa

Los antibióticos en España se dispensan a través de receta médica y se adquieren en las farmacias. Esto supone que, en teoría, para conseguir un antibiótico el paciente ha de pasar por el médico y el farmacéutico. Pese a esta normativa en los años 90 el 25,5 % de los antibióticos fueron dispensados sin receta y por ello se hicieron propuestas correctoras en este sentido.

¿Qué se puede hacer en una farmacia? Comprobar antecedentes de alergia, corroborar dosis, duración, pauta y presen-

tación o cerciorarse de que el paciente ha comprendido la información son, entre otras muchas, las posibilidades que ofrece la Oficina de Farmacia. Dar información escrita en la farmacia mejora el cumplimiento terapéutico.

El que consume

La persona enferma sabe que los antibióticos curan su dolencia. Vivimos un momento en que se pide la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud. Eso no es fruto de la casualidad y responde también a una evolución desde una práctica paternalista del sistema a una práctica en la que al paciente se le hace responsable y, una vez informado, debe decidir sobre su plan terapéutico.

¿Qué ocurre con el paciente? El paciente como receptor de la medicación adquiere el mayor protagonismo. Si al farmacéutico se le achaca la dispensación sin receta en el paciente se encuentran, entre otros, la automedicación, el mal cumplimiento de la pauta o la insuficiente duración del tratamiento.

Nuestra cultura tiende a no soportar ni valorar el sufrimiento y de esta manera se buscan soluciones inmediatas para acortar la duración de un proceso. Si la enfermedad tiene una historia natural de varios días de evolución lo más probable es que el enfermo recorra distintos servicios médicos mientras ésta dure, buscando una solución que acaba llegando de la misma manera que si se hubiera limitado a esperar.

La población ve los antibióticos como un riesgo poco temido y beneficioso para su salud. Por eso hay unas altas expectativas de recibir un antibiótico cuando se acude a una consulta. Sin embargo la información y las campañas para reducir su consumo dan resultados satisfactorios.

La automedicación se ha definido como "el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico". Una definición más positiva es "la voluntad y la capacidad de las personas para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen".

DOLMEN

El analgésico,
antitérmico y
antiinflamatorio de
alto rendimiento



Un clásico de confianza financiable por la Seguridad Social

COMPOSICIÓN. Composición por comprimido efervescente: ácido acetilsalicílico, 100 mg; codeína fosfato (hemihidrato), 10 mg; ácido ascórbico (DCL) (Vitamina C), 250 mg. Excipientes: ácido cítrico anhidro, benzoato de sodio E211, bicarbonato sódico, citrato metacálcico anhidro, naranja nuclearoma J2N-1, povidona K-30, sacarina sódica. **INDICACIONES.** Tratamiento o alivio sintomático del dolor (dolores de cabeza, dentales, menstruales). Tratamiento de la fiebre. (En todas estas indicaciones la administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse la medicación). Tratamiento de la inflamación no reumática (dolor musculoesquelético, lesiones deportivas, burnita, capsulitis, tendinitis y tenosinovitis aguda no específicas). Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis juvenil, osteoartritis y fiebre reumática. En base a su efecto antiagregante plaquetario está indicado en la profilaxis del infarto e reinfarto de miocardio en pacientes con historia previa del mismo o con angina de pecho inestable. Prevención de la actuación del bypass aorto coronario. Tromboembolismo post-operatorio en pacientes con prótesis vasculares biológicas o shunts arteriovenosos. Tromboembolia y riesgo de trombosis arteriales. Tratamiento de los ataques isquémicos transitorios en varones con aterosclerosis coronaria transitoria para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Estas indicaciones requieren siempre un control médico. **POSOLÓGIA.** Dosis media recomendada: Adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 4 ó 6 horas. Niños de 6 a 12 años: 1/2 a 3/4 de comprimido por toma. Niños de 4 a 6 años: 1/4 a 1/2 comprimido por toma. Niños de 2 a 4 años: 1/4 de comprimido por toma. En niños, hasta un máximo de 4 tomas en 24 horas. La administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse esta medicación. **CONTRAINDICACIONES.** Úlcera gástrico-duodenal, gastritis. Hipersensibilidad a salicilatos. Hemofilia o problemas de coagulación sanguínea. Terapia conjunta con anticoagulantes orales. Insuficiencia renal y/o hepática. No administrar durante los últimos tres meses de embarazo, ya que puede prolongar el parto y aumentar el riesgo de hemorragia. **PRECAUCIONES.** En caso de administración continuada, prevenir al médico u odontólogo ante posibles intervenciones quirúrgicas. No administrar sistemáticamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones. Se evanta con la leche materna. Alleva la sangre plaquetaria. En condiciones normales no es preciso administrar durante el embarazo dosis superiores a 100 mg de vitamina C al día y en cualquier caso, siempre por indicación del médico. Aunque no hay evidencia de efectos perjudiciales, no se ha establecido la seguridad fetal cuando se administra a dosis altas. En diabéticos, por su contenido en vitamina C, pueden producirse resultados erróneos en la determinación de glucosa en orina, incluyendo las pruebas por tira reactiva. Administrar con precaución en pacientes debilitados, ancianos, o con lesiones intracraniales, hipotirodismo, insuficiencia suprarrenal, hipertrofia prostática, asma y otras enfermedades obstructivas pulmonares. Debe tenerse precaución al conducir vehículos, manejar maquinaria peligrosa y en general, en aquellas actividades donde la falta de atención suponga un riesgo. **INTERACCIONES.** Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antiabéticos orales. No administrar con fármacos potencialmente uteroagregados (alcoholes, corticoides, antiinflamatorios no esteroideos). Evitar administrar junto con probenecid. Administrado junto con metotrexato puede producir una depresión tóxica de la médula ósea. Si uso simultáneo de anticolinérgicos y codeína puede ocasionar obstrucción intestinal. Puede potenciar el efecto sedante de los depresores de S.N.C. como analfesicos, antipsicóticos, antitansmínicos y alcohol. La utilización de antidepresores tricíclicos e IMAO junto con codeína puede ocasionar un aumento de los efectos de ambos. **ADVERTENCIAS:** Uso en deportistas: Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado analítico de control del dopaje como positivo. Advertencia sobre excipientes: Este medicamento por contener 100 mg/comprimido efervescente de benzocaína de sodio puede irritar ligeramente los ojos, la piel y las mucosas y aumentar el riesgo de coloración amarillenta de la piel (ictericia) en recién nacidos. **REACCIONES ADVERSAS.** Irritación gastrointestinal. Erupciones cutáneas. Dificultad respiratoria. Somnolencia. Vértigos. Hepatitis por salicilatos después de administrar dosis terapéuticas a pacientes con artritis reumatoide. La ingesta del ácido acetilsalicílico, entre otros factores, se ha relacionado con el Síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. Es por ello que se recomienda consultar con su médico antes de administrárselo a niños y adolescentes en casos de procesos febriles, gripe o varicela. Si se presentan vómitos o heces debe interrumpirse el tratamiento y consultar inmediatamente al médico. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO.** La sintomatología de sobredosificación incluye: tinnitus, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, náuseas, vómitos y ocasionales diarreas. El tratamiento es sintomático, incluyendo: emesis provocada, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodiálisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En caso de sobredosis o ingestión accidental consultar con el Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 2420. **PRESENTACIÓN Y PVP FARM. DOLMEN.** envase de 30 comprimidos efervescentes, 2,00 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. J Uriach & Cia, S.A. Pol. Ind. Prens de Caldes. Avda. Carl Rial 51-57, 08164 Palau-solità i Plegamans (Barcelona).



Grupo Uriach

www.uriach.com

RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Junta directiva

Presidente: Luis Miguel Palomo Cobos
Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González
Secretario: Raimundo Pastor Sánchez
Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

notas de la redacción

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considere oportuno.

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 - 48014, BILBAO - BIZKAIA • E-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net

Déposito legal: BI-2573-92 / Diseño: DOS MEDIA / Imprime: Vascograf