

## Uso inapropiado de antibióticos y educación

*Señor Editor:*

Queremos felicitar a Bernztein y col.<sup>1</sup> por su artículo sobre utilización de medicamentos de Remediar en bronquiolitis, con valiosos datos que reflejan el uso inadecuado de medicamentos, particularmente antibióticos, con su previsible consecuencia de resistencia bacteriana. Creemos que el principal hallazgo es la existencia y alta frecuencia de una práctica inadecuada.

Hasta junio de 2004 participamos en las actividades educativas de Remediar (no la época analizada por los autores), con un "taller de sensibilización" sobre "Uso racional de medicamentos", incluyendo uso inapropiado de antibióticos. Ya entonces, en la conducción del Programa, el Dr. Bernztein había detectado la sobreutilización de antibióticos en bronquiolitis. Esta información, disponible entonces en el sitio web del ministerio, era usada, al menos en nuestro equipo, para analizar el empleo de medicamentos, incluso, frecuentemente, con médicos que diagnosticaban infecciones respiratorias virales y prescribían antibióticos.

Nunca encontramos desconocimiento de la ineficacia del uso de antibióticos en virosis, de la frecuente etiología viral ni del riesgo de inducir resistencia. Los profesionales involucrados justificaban su prescripción por diversos motivos, usualmente externos a su decisión. El más común (como mencionan Bernztein y col.) era la presión del paciente o su familia, que consultan esperando un antibiótico, dudando de la profesionalidad del médico al no obtenerlo. Alternativamente, mencionaban que sin esa prescripción se dirigirían a otro profesional con iguales expectativas o directamente a la farmacia para automedicarse según sus hipotéticos conocimientos. A veces plantearon la conveniencia de prescribir un antibiótico por la distancia que el paciente debería recorrer para lograr asistencia y la imposibilidad de regresar ante una complicación por sobreinfección bacteriana; o las características de la consulta por guardia (escaso seguimiento del paciente), donde mayormente prescribirían un antibiótico como protección contra posibles demandas legales.

Además de esas presiones "externas", a veces percibíamos algo parecido a componentes "internos", incluyendo el deseo de prescribir para sentir que se hace algo (contrapuesto a la impotencia de contar con herramientas limitadas), la facilidad/rapidez de la prescripción (es más fácil prescribir que educar, y especialmente, menos desgastante

y frustrante que sentir que se lucha contra la corriente). Lo más desmoralizante no es saber que el paciente va a consultar a otro profesional, sino que ese otro médico le va a dar amoxicilina.

El denominador común era la presión sobre la decisión terapéutica de un prejuicio muy arraigado en la sociedad: es necesario consumir antibióticos ante cualquier cuadro supuestamente infeccioso, especialmente los respiratorios. Esta presión es probablemente más fuerte sobre los pediatras: incluso adultos que se comportan racionalmente al explicarles que padecen una enfermedad viral son completamente irracionales si el paciente es su hijo, donde el afán protector exige hacer "todo lo posible".

Todas esas excusas (en principio inaceptables) deberían ser contempladas por un programa educativo para resolver o aminorar el grave problema del uso inapropiado de antibióticos, que, creemos, aún está pendiente. Además de la inutilidad de utilizar antibióticos como amoxicilina en bronquiolitis, un componente importante deberían ser los efectos adversos de amoxicilina, un dato usualmente subestimado por la comunidad y los profesionales de la salud. Por ejemplo, en un estudio francés<sup>2</sup> en pacientes pediátricos ambulatorios, el uso de amoxicilina oral o ampicilina (con similar frecuencia de efectos adversos<sup>3</sup>) resultó en diarrea en 11% de los casos. Llevado a la población de Remediar, los más de 10.000 pacientes tratados en forma probablemente incorrecta con amoxicilina por bronquiolitis, podrían haber padecido alrededor de 1.100 episodios de diarrea asociada al antibiótico. Una limitación de la base de datos es que este preocupante problema queda indetectado. Por supuesto no se puede hacer una extrapolación directa, pero cifras parecidas aparecen incluso en países periféricos como Tailandia.<sup>4</sup>

Un dato llamativo, no medido apropiadamente pero fácilmente evidenciable, es que en nuestra gente, más que "antibiótico", resuena una marca comercial de amoxicilina (lo que probablemente contribuye a la magnitud del uso de amoxicilina). Probablemente se requiera no sólo un plan educativo "convencional" para profesionales de la salud, sino también acciones sobre la población general, como producir avisos publicitarios tendientes a reducir el uso de antibióticos, minimizar su empleo en forma no controlada y tal vez desarrollar una estrategia con los fabricantes para reducir su promoción del uso de antibióticos. Viendo el estado de situación que describe Bernztein o simplemente la práctica prescriptiva en

buena parte de los servicios de salud (no tan documentada), los esfuerzos hechos hasta ahora han sido como mínimo insuficientes. Esto genera una obligación para las autoridades (por ejemplo en el Ministerio de Salud de la Nación existe una Comisión de Uso Irracional de Medicamentos) y para organizaciones profesionales como la SAP o educativas, como las universidades. La prescripción irracional de medicamentos puede ser combatida y este tipo de iniciativas deberían ser continuas. Prácticas incorrectas, incluso muy arraigadas, pueden ser combatidas con información correcta y generando el ambiente apropiado. Empezar a revertir esa situación es una tarea pendiente para toda la sociedad. ■

Inés Bignone<sup>a</sup>, Analía Sabattini<sup>a</sup>,  
Martín D'Ambrosio<sup>a,b</sup>, Guillermina Melendi<sup>b,c</sup>,  
Dolores Verdi<sup>a</sup> y Roberta Diez<sup>a</sup>

- a. Segunda Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA.
  - b. Henry Ford Hospital, Detroit, MI, EE.UU.
  - c. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, EE.UU.
1. Bernztein R, Drake I, Elordi S. Variabilidad en el manejo de la bronquiolitis en el primer nivel de atención público en Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008;106:286-288.
  2. Turck D, Bernet JP, Marx J, et al. Incidence and risk factors of oral antibiotic-associated diarrhea in an outpatient pediatric population. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37:22-26.
  3. Petri WA Jr. Penicillins, cephalosporins and other  $\beta$ -lactam antibiotics. En: Goodman and Gilman's. The pharmacological basis of therapeutics, 11a edición. Compilado por Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Nueva York: McGraw-Hill, 2006. Págs. 1127-1154.
  4. Damrongmanee A, Ukarapol N. Incidence of antibiotic-associated diarrhea in a pediatric ambulatory care setting. *J Med Assoc Thai* 2007;90:513-517.