



CARTAS AL DIRECTOR

¿Cómo podemos mejorar la atención de los pacientes con patología anorrectal benigna?



How can we improve the care of patients with benign anorectal diseases?

Sr. Director:

La patología anorrectal benigna es una patología de elevada prevalencia en la población general^{1,2}, que en la mayoría de ocasiones es atendida en primer lugar por especialistas en medicina familiar y comunitaria, los cuales derivan al especialista a los pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento inicial o en los cuales existen dudas diagnósticas³. El tiempo de derivación entre los centros de atención primaria (CAP) y el hospital general de referencia en muchas ocasiones se prolonga, con la consecuente alteración en la calidad de vida por la presencia de síntomas a veces muy desagradables⁴. En patologías que pueden asociarse a elevada morbilidad (cáncer colorrectal, patología coronaria, etc.) se han creado circuitos entre niveles asistenciales para mejorar el diagnóstico y/o el tratamiento, y minimizar los tiempos de espera hasta la atención especializada⁵.

Nuestra área sanitaria tiene una población de 123.303 habitantes y dispone de un hospital general y 9 CAP. Tras una serie de reuniones interdisciplinarias, se decidió elaborar un circuito asistencial para atender adecuadamente esta patología por la apreciación de que la demora provocaba una alteración importante en la calidad de vida de los pacientes. El circuito consistía en un sistema administrativo que permitía la derivación directa al especialista en patología anorrectal, sin interconsulta ni fax al hospital, de 4 pacientes a la semana si el motivo de consulta era un dolor anal intenso asociado o no a la presencia de rectorragias que no permitiera demorar la derivación por el circuito habitual.

Durante un periodo consecutivo de 11 meses, 55 pacientes fueron remitidos a través de este circuito asistencial. Los 3 motivos más frecuentes de derivación fueron: dolor anal intenso en el 51,3% de los casos, predominantemente rectorragias en el 23,1%, y ambos en el 20,5%. El intervalo de tiempo para ser visitado en la consulta especializada fue de 33,1 días de media (rango 2-74). Ese tiempo fue considerado en una encuesta cumplimentada por los pacientes como

Excelente en el 10,3% de los casos, *Muy bueno* en el 25,6% de los casos, *Bueno* en el 33,3%, *Regular* en el 25,6% de los casos y *Malo* en el 2,6%. En cuanto al resto de resultados de la encuesta de opinión respecto a la atención médica recibida con este circuito asistencial, destaca que la consideración de *Excelente* o *Muy bueno* en el 84,2% de los casos para el trato, en el 89,5% para la información y en el 46,1% para el tratamiento recibido, no observándose ninguna consideración como *Regular* o *Malo* en ninguno de estos 3 aspectos. A la pregunta final de si recomendarían una visita al especialista o únicamente consideran adecuado ser visitados por el médico de cabecera, el 84,6% consideran adecuada la visita al especialista.

Determinados procesos anorrectales benignos, como por ejemplo la fisura anal, provocan mucho dolor, y consecuentemente una importante alteración de la calidad de vida^{4,6}. Estas características fueron muy relevantes a la hora de diseñar un circuito asistencial de estas características entre el CAP y el hospital general, iniciativa que hasta donde llega nuestro conocimiento es única en nuestro medio. Quizá en un futuro próximo la utilización de tecnologías de la información (TIC) podrá mejorar los tiempos de derivación o incluso las patologías a derivar mediante este circuito asistencial.

Financiación

No se utilizó financiación para el estudio.

Bibliografía

1. Charles J, Miller G, Fahridin S. Perianal problems. *Aust Fam Physician*. 2010;39:365.
2. Estalella L, Lopez-Negre JL, Pares D. Hemorrhoidal disease. *Med Clin (Barc)*. 2012.
3. Goldstein ET. Outcomes of anorectal disease in a health maintenance organization setting. The need for colorectal surgeons. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:1193-8.
4. Martínez-Ramos D, Nomdedeu-Guinot J, Artero-Sempere R, Escrig-Sos J, Gibert-Gerez J, Alcalde-Sánchez M, et al. Prospective study to evaluate diagnostic accuracy in benign anal diseases in primary care. *Aten Primaria*. 2009;41:207-12.
5. Esteve M, Serra-Prat M, Zaldivar C, Verdaguer A, Berenguer J. Impact of a clinical pathway for stroke patients. *Gac Sanit*. 2004;18:197-204.

6. Jimeno J, Vallverdu H, Tubella J, Sánchez-Pradell C, Comajuncosas J, Orbeal R, et al. Prospective analysis of clinician accuracy in the diagnosis of benign anorectal pathology: The value of clinical information. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012;104:122–7.

Jessica Correa^a, Jose Luis Lopez-Negre^a, Carmen Barrio^b y David Parés^{a,*}

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^b EAP Camps Blancs, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.pares@pssjd.org (D. Parés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.011>

Should we always improve adherence to antimicrobial treatment? I don't think we should



¿Debemos siempre mejorar la adherencia al tratamiento antimicrobiano? Yo no creo que debamos

Dear Editor,

In a recent paper, Bernabé Muñoz E et al. state that lack of treatment adherence and self-medication are two of the biggest problems in antibiotic misuse among patients.¹ I fully agree with the latter but clear evidence about the former is lacking, since most of the antibiotics currently used at least in respiratory tract infections are unnecessary. The authors base their study on the WHO Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance statement which encourages prescribers and dispensers to educate patients on the proper use of antibiotics and the importance of completing the prescribed treatment. However, this strategy was published in 2001 and is only intended in those cases in which antibiotic therapy is necessary.

Primary care accounts for >80% of all human antimicrobial use, with 60% being prescribed for mainly self-limiting respiratory tract infections (RTI).² More specifically, in acute respiratory tract infections, usually defined as an acute cough with at least one of the following criteria – sputum, chest pain, shortness of breath, and/or wheeze – between 52% and 100% (median 88%) of patients are currently prescribed an antibiotic.³ Cochrane Collaboration systematic reviews and meta-analyses conclude that the benefits of antibiotic use are marginal at best in acute bronchitis, otitis media, common cold, influenza, and are outweighed by the risk for adverse drug events. Other recently published clinical trials have reached similar conclusions. This has forced some societies and scientific communities to endorse more stringent guidelines. For instance, in the United States, since 2005, a Healthcare Effectiveness Data and Information Set measure for patients aged 18–64 years states that the antibiotic prescribing rate for acute bronchitis should be zero, not to mention the goals for the upper respiratory tract infections, it means

that the percentage of unnecessary antibiotics prescribed is overly underestimated.

Widespread use of antibiotics has led to the increasing problem of antibiotic resistances. No new class of antibacterial has been discovered in the last 26 years, and while the pharmaceutical industry is running out of options to develop new antibiotics, the only way to decrease the extending pressure is to handle the antibiotic prescriptions more cautiously and appropriately. In a recently published book, the UK Chief Medical Officer Prof Sally Davies stated that we are losing the battle against infectious diseases, since bacteria are fighting back and are becoming resistant to modern medicine so that, in short, antibiotics will not work.⁴ And antimicrobial use is the key driver of resistance.⁵

General practitioners should be more aware of how big the problem of antimicrobial resistance is. How many times are we requested to prescribe an antibiotic recommended by another clinician, bought in the pharmacy or previously taken by the patients themselves? And how many times do we attend patients who are taking antibiotic courses that should never have been initiated? We have always been told that an antibiotic course should always be completed even in unappropriated cases. This is one of the numerous medical myths that should be debunked. Now we know that the longer the patient takes an unnecessary antibiotic the greater the antimicrobial resistance is. In the last years semFYC is recommending the primary care physicians to stop unnecessary antibiotic courses and this should be our main goal.⁶ Only by doing this and prescribing these drugs if indicated will we be able to preserve these drugs. Obviously, I do agree that adherence should be improved, but only when antibiotic treatment is warranted.

Conflict of interest

I report having a grant from the Fundació Jordi Gol i Gurina for a research stage at the University of Cardiff. I also report receiving research grants from the European Commission (Sixth and Seventh Programme Frameworks) [grant numbers 044154, 518226, and 282512], Catalan Society of Family Medicine [2012/1], and Instituto de Salud Carlos III (Spanish Ministry of Health) [PI11/02471].