

Estudio descriptivo de pacientes diagnosticados de esteatosis hepática no alcohólica relacionada con la obesidad

Objetivo. Describir las características de los pacientes con esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) relacionada con obesidad o sobrepeso.

Diseño. Estudio descriptivo, prospectivo

Emplazamiento. Zona rural.

Participantes. Se estudiaron 24 casos de relación entre EHNA y obesidad correspondientes a pacientes con hipertransaminasemia y un índice de masa corporal (IMC) ≤ 25 . Se excluyó a los pacientes bebedores y a los tratados con quimioterapia o fármacos hepatotóxicos.

Se recogieron los datos de la historia clínica: variables demográficas, IMC, factores de riesgo asociados; tipo de dislipidemia en los pacientes que la presentaban, y origen de la analítica que motivó el hallazgo. En estos pacientes se realizó una ecografía abdominal.

Mediciones. Revisión de los diagnósticos emitidos entre julio de 2002 y mayo de 2005.

Resultados. Observamos una relación por sexos 3:1 favorable a los varones y una edad media de 40 años (rango, 32-60 años). El 60% de los pacientes se encuentra en el rango de obesidad. Mientras que los pacientes con EHNA y sobrepeso son todos varones, al aumentar el IMC se incrementa el porcentaje de mujeres. El IMC medio fue de 34,4 en las mujeres, mientras que en los varones apenas sobrepasa el valor 30. Un 20% presenta como factor de riesgo añadido diabetes mellitus y un 40%, dislipidemia (diabetes mellitus y dislipidemia el 17%). De los pacientes con dislipidemia, todos tenían hipertrigliceridemia. En ningún caso la búsqueda de hipertransaminasemia fue intencionada (el 46% a través de una analítica de empresa).

Conclusiones. La serie revisada son muy heterogéneas¹⁻⁵. Los estudios más recientes⁶ presentan mayor porcentaje de varones y una edad media más joven. En nuestra serie, si excluimos los valores más desviados (3 pacientes entre 55 y 60 años), nos podemos acercar a esa tendencia. Los porcentajes de sobrepeso y obesidad son similares a los de otras series y también seguimos la tendencia marcada en la relación IMC-sexo, si bien lejos de los datos encontrados. El porcentaje de hipertrigliceridemias concuerda con la definición anatomopatológica de esteatosis hepática (acumulación grasa a partir de triglicéridos). El hecho de que todos sean hallazgos casuales nos hace pensar que hay un número importante de pacientes sin diagnosticar. Por ello, planteamos que si prestásemos más atención y controlásemos mejor los factores de riesgo podríamos evitar muchas EHNA y diagnosticarlas antes de que produjeran hipertransaminasemias, con lo que se evitarían posibles futuras complicaciones y gasto en pruebas complementarias.

I.K. Iríbar-Diéguez^a,
B. Villas-Miguel^b
y S. Herrero-Velázquez^c

^aServicio de Urgencias. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero. Burgos, España.

^bEnfermería. Centro de Salud de Riaza. Segovia, España. ^cDepartamento de Formación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León en Valladolid. Valladolid, España.

1. Cohen H, González M, Ramírez M. Etiología y diagnóstico de la esteatosis hepática. *Rev Med Uruguay*. 1997;13:4-11.
2. Pinol V, Bessa X, Bruguera M, Rodes J. Esteatosis y esteatohepatitis no alcohólica, un análisis comparativo. *Gastroenterol Hepatol*. 2000;23:57-61.
3. De la Mora G, Olivera M, De la Cerda R, Arista J, Kershenovich D, Uribe M. Hígado graso no alcohólico: 10 años de experiencia del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran. *Rev Invest Clin*. 1994;46:85-92.
4. Castellano G, Pérez Carreras M. Esteatosis y esteatohepatitis no alcohólica. Disponible en: www.aeeh.org/trat_enf_hepaticas/C-22.pdf 2004. p. 211-9.

Incidencia de diabetes mellitus gestacional en el área sanitaria de Avilés (Asturias) en el año 2003. Asociación con la morbilidad maternofetal (estudio preliminar)

Introducción. La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa que se detecta por primera vez durante la gestación. Aunque es variable en función de los criterios diagnósticos utilizados y de otros factores, la incidencia de DMG en la población caucásica de los países industrializados oscila entre el 2 y el 5%¹. En nuestro país se han realizado varios estudios de incidencia de DMG, con distintos métodos y en diversas áreas geográficas, aunque no se cuenta con datos de la mayoría de las comunidades autónomas. La DMG, por otra parte, se ha asociado con complicaciones obstétricas y morbilidad fetal en estudios de cohortes a gran escala realizados hace una década^{2,3}.

Objetivo y diseño. El objetivo principal de este trabajo es conocer la incidencia de DMG en el área de Avilés (Asturias), que comprende una población aproximada de 160.000 habitantes, en el año 2003. El objetivo secundario fue establecer la asociación de esta enfermedad con la morbilidad maternofetal en el ámbito referido. Para ello se ha diseñado un estudio de cohortes retrospectivo.

Emplazamiento y participantes. A partir de los registros del Servicio de Bioquímica del Hospital San Agustín (HSA) de Avilés, se identificaron los tests de cribado (O'Sullivan [TOS]) (n = 899) y de diagnóstico (sobrecarga oral de glucosa [SOG]) (n = 191) de la DMG efectuados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2003. Se comprobó que ninguna de las 899 gestantes había realizado más de 1 TOS.

Mediciones principales. Las mediciones principales, además de la incidencia de DMG, fueron: a) parámetros clínicos (raza, edad, paridad y número de abortos) y

Palabras clave: Esteatosis hepática. Obesidad. Pacientes sin diagnosticar.

Palabras clave: Diabetes mellitus gestacional. Incidencia. Morbilidad maternofetal.

TABLA 1. Parámetros obstétricos de las gestantes

	Grupo DMG (n = 38)	Grupo no DMG (n = 38)
Semana del parto (IC del 95%)	39,3 (38,9-39,8)	39,4 (38,9-39,9)
Parto por cesárea (%)	18,4	13,2
Morbilidad materna (%)	26,3	34,2
Tipo de morbilidad (%)		
APP	10,5	7,9
HTA	5,3	2,6
Preeclampsia	0	2,6
Otras*	10,5	21,1

DMG: diabetes mellitus gestacional; grupo DMG: gestantes con DMG; grupo no DMG: gestantes sin DMG; APP: amenaza de parto prematuro; HTA: hipertensión arterial.

*Otras: anemia posparto, placenta retenida, mioma uterino, enfermedad de Basedow.

Ninguna de las diferencias entre cohortes resultó estadísticamente significativa. (prueba de χ^2)

TABLA 2. Parámetros neonatales

	Grupo DMG (n = 38)	Grupo no DMG (n = 38)
Apgar 1 min (7/8/9) (%)	5,3/7,9/ 86,8	2,3/10,5/86,8
Apgar 5 min (9/10) (%)	7,9/92,1	10,5/89,5
Apgar global (1 + 5 min) (diferente de 9 + 10/ 9 + 10) (%)	13,2/86,8	13,2/86,8
Peso, g (IC del 95%)	3.119 (3.009-3.229)	3.164 (3.009-3.318)
Malformaciones (%)	5,3	5,3
Tipo de malformaciones (%)		
Hipoplasia pulmonar	0	2,6
Megauréter bilateral	0	2,6
Plagiocefalia	2,6	0
Coana no permeable	2,6	0
Morbilidad (%)	15,8	13,2
Tipo de morbilidad (%)		
Ictericia	10,5	2,6
Hipoglucemia/hipocalcemia/infecciones	0	0
Síndrome de distrés respiratorio	0	5,3
Otras*	5,3	5,3

DMG: diabetes mellitus gestacional; grupo DMG: gestantes con DMG; grupo no DMG: gestantes sin DMG.

*Otras: bradicardia, crecimiento intrauterino retardado.

Ninguna de las diferencias entre cohortes resultó estadísticamente significativa (pruebas de χ^2 y t de student).

obstétricos (semana, vía del parto y morbilidad) de las gestantes, y b) parámetros de bienestar de los recién nacidos (test de Apgar, peso, malformaciones congénitas y morbilidad).

Resultados. La incidencia acumulada de DMG en 2003 en el área de Avilés fue del 4,67%, según los criterios de interpretación de la SOG de O'Sullivan y Mahan¹. El número de nacimientos en el área sanitaria

entre el 1 de abril de 2003 y el 31 de marzo de 2004 fue de 981. El número de TOS, que por protocolo se efectúa de modo universal entre las semanas 24 y 28 de gestación, en 2003, constituye un 91,6% de esta cifra de población diana.

Se recogieron datos de las 38 (90,5%) pacientes diagnosticadas de DMG (n = 42), en cuya historia clínica figuraban registros relacionados con el embarazo (grupo

DMG). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre este grupo y una muestra 38 gestantes sin intolerancia a la glucosa (grupo no DMG) respecto a las mediciones obstétricas referidas a la madre (tabla 1) y las mediciones principales del recién nacido (tabla 2). El grupo no DMG se obtuvo de la población gestante con TOS negativo, mediante un muestreo aleatorio con reemplazamiento. La raza (caucasiana en el 100%) y los antecedentes obstétricos (paridad y número de abortos) fueron similares en ambos grupos; la edad fue significativamente mayor en el grupo DMG (media, 33,2 frente a 31,1 años; intervalo de confianza [IC] del 95% de la diferencia de la media, 1,87-2,34; p = 0,025).

Discusión y conclusiones. La incidencia de DMG hallada en este estudio es totalmente superponible a la encontrada por Gorgojo Martínez et al⁴ en la zona suroeste de Madrid en 1999 (4,8%), o por la Unidad de Diabetes y Embarazo del Hospital La Paz de Madrid en 1989 (4,5%)⁵, y algo superior a la estimada por Jiménez-Monleón et al⁶ en Granada en 1995 (2,5%).

En conjunto, parece que en la población autóctona española, en gestantes no seleccionadas y con los criterios clásicos (O'Sullivan y Mahan) de interpretación de la SOG, la incidencia de DMG oscila entre el 3 y el 5%. Los datos aportados por este trabajo permiten confirmar que la incidencia de la enfermedad en el área de Avilés se sitúa dentro de ese rango.

La mayoría de los grandes estudios sobre DMG refieren un aumento de la probabilidad de parto por cesárea entre 2,0 y 2,5 veces en el grupo de pacientes expuestas a la hiperglucemia^{7,8}. En el HSA, la tasa sobre el total de nacimientos en el año 2003 fue del 21%, según consta en la Memoria del centro⁹. De modo apriorístico consideramos que la tasa de cesáreas en pacientes con DMG, en nuestro medio, podría situarse en torno al 50%. En estas condiciones, la potencia del estudio para detectar diferencias, con una confianza del 95%, sería de un 85,2% en un contraste unilateral y de un 76,3% en un contraste bilateral. En realidad, la cesárea se practicó en un 13,2% de los nacimientos del grupo no DMG y en un 18,4% de los del grupo

DMG (diferencia estadísticamente no significativa). Estos porcentajes difieren ampliamente de los asumidos para el cálculo de la potencia estadística del estudio.

En una revisión de la Biblioteca Cochrane realizada en 2004 se alude a que la única complicación de la que se informa casi sistemáticamente en la DMG es la macrosomía neonatal¹⁰. Sin embargo, la relación causa-efecto entre las anomalías de la tolerancia a la glucosa y el aumento de peso al nacer no está clara todavía para los revisores. Los estudios en nuestro país no muestran diferencias entre las cohortes expuesta y no expuesta en cuanto a macrosomía¹¹, partos distócicos⁶, resultados del test de Apgar⁴ o malformaciones. Cabe considerar la relevancia que un buen seguimiento obstétrico y endocrinológico pueda tener en la prevención de posibles complicaciones de la DMG. En este sentido, las condiciones de la atención sanitaria pueden ser muy diferentes entre países.

Los datos de este trabajo coinciden con las estimaciones más recientes de los grupos españoles. Sin embargo, sería necesario aumentar el número de gestantes con DMG evaluadas para poder confirmar los resultados sobre la asociación entre DMG y morbilidad maternofetal perinatal. Bien mediante una selección multicéntrica, bien mediante la captación de pacientes a lo largo de varios años, un estudio con cohortes más numerosas permitiría obtener conclusiones definitivas y evaluar otros factores (origen étnico, peso materno) que pueden influir en los resultados.

**A. Ronzón-Fernández^a,
A. de la Maza-López^a, C. Maciá-Bobes^b, C. García-Bao^c
y M.J. Gómez-Castro^d**

^aMedicina de Familia. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. España. ^bUnidad de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. España. ^cServicio de Bioquímica. Hospital San Agustín. Avilés. España. ^dUnidad Docente. Medicina Familiar y Comunitaria. Asturias. España.

- hop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1998;21 Suppl 2:161-7.
2. Sermer M, Naylor CD, Gare DJ, Keshole AB, Ritchie JWK, Farine D, et al. Impact of increasing carbohydrate intolerance on maternal-fetal outcomes in 3637 women without gestational diabetes. The Toronto Tri-Hospital Gestational Diabetes Project. Am J Obstet Gynecol. 1995;173:146-56.
3. Koukkou E, Tabú N, Jackson P, Metcalfe G, Cameron M, Lowy C. Difference in prevalence of gestational diabetes and perinatal outcome in an innercity multiethnic London population. Obstet Gynecol. 1995;59:153-7.
4. Gorgojo Martínez JJ, Almodóvar Ruiz F, López Hernández E, Donnay Candil S. Incidencia de la diabetes mellitus gestacional según distintos criterios diagnósticos en la zona suroeste de Madrid. Influencia del diagnóstico sobre los parámetros maternofetales. Rev Clin Esp. 2002;202:136-41.
5. Díez JJ, Grande C, Pallardo LF, De la Morena ML, Ibars MT. Detección de la diabetes gestacional con la prueba de 50 g de glucosa: prevalencia y factores de riesgo. Med Clin (Barc). 1989;93:41-5.
6. Jiménez-Monleón JJ, Bueno Cavanillas A, Jiménez Aguilar MC, García-Martín M, Lardelli Claret P, Gálvez Vargas R. Prevalencia de diabetes mellitus gestacional. Un estudio de base poblacional. Tokyo-Gin Pract. 2002;61:255-63.
7. Jensen DM, Sorensen B, Feilberg-Jorgensen N, Westergaard JG, Beck-Nielsen H. Maternal and perinatal outcomes in 143 Danish women with gestational diabetes mellitus and 143 controls with a similar risk profile. Diabet Med. 2000;17:281-6.
8. Svare JA, Hansen BB, Molsted-Pedersen L. Perinatal complications in women with gestational diabetes mellitus. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001;80:899-904.
9. Hospital San Agustín. Memoria de actividades. Avilés, 2003. Disponible en: <http://www.hsa.es/docs/memorias/2003/index.htm>
10. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
11. Ricart W, Bach C, Fernández-Real JM, Biarnés J, Sabrià J. Impacto de un cribado selectivo de la diabetes gestacional en una población española. Med Clin (Barc). 1999;113:331-3.

Los profesionales sanitarios de atención primaria aconsejan más a varones que a mujeres fumadoras

Introducción. El 40% de los fumadores intenta abandonar cada año el tabaco, aunque la mayoría de ellos no lo consigue¹. A pesar de esto, más de la mitad de los fumadores que dejan de fumar lo hacen por sí mismos, sin ayuda de profesionales sanitarios y sin utilizar los tratamientos disponibles que actualmente son reconocidos como efectivos^{1,2}. Las deficiencias del sistema sanitario público en la atención al fumador dan como resultado un alto coste sanitario directo e indirecto, todavía mayor del que se había estimado en un principio^{3,4}. El marco ideal para prestar ayuda al fumador es la atención sanitaria, por su accesibilidad y la continuidad de la asistencia. Debemos tener en cuenta que el 70% de los fumadores entra en contacto con el ámbito sanitario cada año, lo que implica que hay numerosas oportunidades que no se deben desaprovechar para emitir mensajes motivadores a los fumadores¹. Los fumadores citan el consejo de un médico como un aspecto motivador importante para dejar de fumar². Sin embargo, la realidad es que fuera del ámbito de la investigación muy pocos profesionales mantienen esfuerzos sistemáticos de consejo y ayuda a los fumadores. Con los datos disponibles se acepta que solamente el 30-40% del total de los fumadores de la comunidad es aconsejado por su médico de cabecera, mientras que la estimación en nuestro medio es del 32% según el estudio de efectividad del PAPPS⁵. De todos modos, es evidente la discordancia entre el registro de la historia y lo referido por el usuario⁶. La atención primaria es el recurso sanitario más capaz en cuanto a cobertura para ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco, y la intervención breve es un imperativo ético para los profesionales sanitarios².

Pacientes y método. Se trata de un estudio descriptivo y transversal para describir la situación basal antes de poner en marcha

Palabras clave: Prevención. Género. Tabaquismo.

1. Metzger BE, Coustan DM. Organizing Committee. Summary and Recommendations of the Fourth International Works-

TABLA 1. Resultados de la intervención

Variable	Varones fumadores (n = 838)	Mujeres fumadoras (n = 759)	p
Media cigarrillos/día	19,37 ± 12,40	16,01 ± 10,18	< 0,001
Media de edad, años	45,57 ± 16,74	36,12 ± 10,87	< 0,001
Desean dejarlo en 6 meses	381 (45,46%)	383 (50,46%)	NS
Han hecho un intento de dejarlo el último año	359 (42,84)	370 (48,74%)	NS
Reciben consejo médico	485 (57,87%)	342 (45,05%)	< 0,001
Reciben consejo de enfermería	314 (37,47%)	193 (25,42%)	< 0,001

consultas de deshabituación de tabaco en atención primaria. Se evaluó a un total de 21 centros de salud, lo que supone el 17,5% de un total de 120 centros de salud de Aragón. El total de población asignada > 16 años en estos centros es de 336.506, lo que supone el 28% de la población. Se hicieron un total de 5.758 entrevistas a los usuarios de los centros de salud. Los usuarios fueron seleccionados aleatoriamente y encuestados en las salas de espera durante al menos 3 días de una semana del mes de noviembre de 2002. Los encuestadores fueron médicos residentes instruidos que no tenían responsabilidades asistenciales directas con los usuarios entrevistados en los centros donde realizaban las encuestas. La encuesta recogía un número reducido de datos de tipo demográfico, consumo de tabaco y estadios del cambio, y se basaba en otros cuestionarios validados y utilizados previamente para este tipo de estudios.

Resultados. El total fumadores estudiados fue de 1.601 en 21 centros de salud. El porcentaje de fumadores en la población demandante fue del 27,8%. Esto permite hacer la estimación de que un cupo estándar de 1.500 atiende a 400 fumadores consultantes habituales, aunque están adscritos al cupo unos 525 fumadores en función de la prevalencia esperada en la población general. Por este motivo, podemos afirmar que, en esta población, el 76% de los fumadores acude al menos una vez al año a la consulta.

Del total de fumadores, eran varones el 52,6% y mujeres el 47,4%. La media de cigarrillos fumadores era de 17,7 al día. La media de edad era de 41,03 años y el 51,6% tenía criterios de dependencia de la nicotina moderada-severa. Los resultados de la intervención se presentan en la tabla 1.

Discusión. La edad de las mujeres fumadoras es, en promedio, 10 años menor que la de los varones fumadores. Aunque en el grupo de edad más joven las prevalencias están igualadas en función del sexo, en edades medias sigue habiendo importantes diferencias que tienden a disminuir con el paso de los años. No hay diferencias entre varones y mujeres en su actitud respecto a la idea de dejar de fumar, aunque las mujeres fuman de promedio un 20% menos de cigarrillos. Sólo uno de cada 2 fumadores es aconsejado por su médico de cabecera, aunque se aconseja con mayor frecuencia a los fumadores de más edad. Sólo uno de cada 3 fumadores es aconsejado por su profesional de enfermería. Los varones fumadores son más aconsejados que las mujeres fumadoras, tanto por el médico como por su enfermera, lo cual iría en relación con mayores tasas de cesación observadas en edades medias de la vida entre los varones. Aunque estas diferencias no se observan en el conjunto de la población fumadora ni en todos los estudios, nuestros hallazgos deben ser un motivo para la reflexión y refuerzan la idea de tener en cuenta la perspectiva de género en la prevención del tabaquismo⁷.

R. Córdoba-García, J.L. Álvarez,
A. Monreal-Hijar
y F.J. Pablo-Cerezuela

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Servicio Aragonés de la Salud. Zaragoza. España.

1. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical Practice Guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA. 2000;283:3244-54.

2. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. Thorax. 2000;55:987-99.
3. Ruiz E, Elguezabal M. En profundidad: coste sociosanitario del tabaquismo. Prevención Tabaquismo. 2001;3:251-6.
4. Becoña E, Córdoba R, Díaz-Maroto JL, López V, Jiménez Ruiz C, Planchuelo MA, et al. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT); 2001.
5. Subías P, García-Mata JR, Pélula L, y grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC. Aten Primaria. 2000;25:383-9.
6. Lumbreras G, Mena MD, Calvo I, Pérez I, Sánchez J, Molina J, et al. Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro de la historia clínica y lo referido por el usuario. Arch Bronconeumol. 2002;38:317-21.
7. Informe Tecnic sobre l'habit tabàquic femení a Catalunya. Dona I Tabac. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.

Análisis de la dispensación de antibióticos en pacientes ambulatorios según el proceso infeccioso

Objetivos. Conocer los motivos y las características de la dispensación de antibióticos (ATB) en farmacias comunitarias donde los alumnos de farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, realizaron sus prácticas profesionales, formándolos para realizar promoción del uso racional de éstos y para introducirlos en los fundamentos de atención farmacéutica en la antibioterapia.

Diseño. Se realizó un estudio transversal mediante planillas estructuradas, donde los alumnos, supervisados por el farmacéutico instructor de prácticas, recolectaron los datos. Los métodos estadísticos utilizados fueron descriptivos; porcentajes absolutos y

Palabras clave: Antibióticos.
Farmacia comunitaria. Infecciones bacterianas.

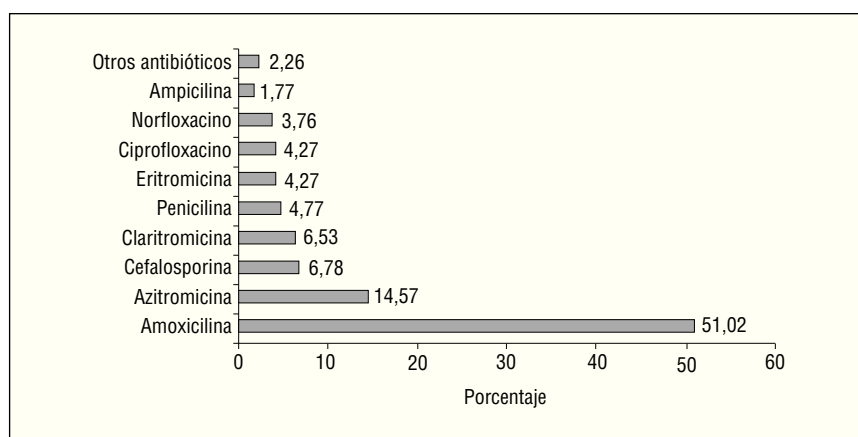


FIGURA 1. Descripción de los antibióticos prescritos en las 3 infecciones que generaron el mayor número de consultas.

relativos (margen de confianza del 95,5%, con un error estadístico < 3%).

Emplazamiento. En total, 48 oficinas de farmacia comunitarias de la Ciudad de Córdoba.

Participantes. Pacientes ambulatorios.

Mediciones principales. Datos del consumo de antibióticos (edad y sexo, diagnóstico, antibiótico prescrito, dosificación, pauta posológica, duración del tratamiento y terapia asociada).

Resultados. Se obtuvo información de 649 pacientes. De estas prescripciones médicas, se observó que el 73% de las solicitudes describía el diagnóstico presuntivo y el 27% restante lo omitía, con un 93% de procesos infecciosos, distribuidos en infecciones respiratorias (75,33%), urinarias (7,69%), dentarias (7,01%), dérmicas (3,16%) y otras (6,81%).

Se seleccionaron las 3 infecciones más frecuentes para su evaluación y se relacionó la medicación antimicrobiana expedida en estas enfermedades. Se observó que la amoxicilina y asociada con el ácido clavulánico fue el antibiótico más solicitado (51,02%). Le siguieron la azitromicina y las cefalosporinas (el 14,57 y el 6,78%), respectivamente (fig. 1).

En las infecciones respiratorias se observó la utilización de 15 antibióticos diferentes, la mayoría incluidos en 3 grupos de antimicrobianos: betalactámicos, macrólidos y quinolonas. Se realizó otro análisis respecto a las infecciones urinarias, que mostró la utilización de 9 antibióticos diferentes. Se

observó una baja prescripción de betalactámicos y un aumento destacado en la dispensación de quinolonas. Para el tratamiento de las infecciones dentarias se utilizaron 6 antibióticos diferentes incluidos en 2 grupos de antimicrobianos, con un destacado uso de amoxicilina. Se analizó la dispensación de antibióticos por grupo antimicrobiano, según el tipo de infección, y se observó que los betalactámicos fueron indicados fundamentalmente en las infecciones dentarias (55%) y respiratorias (43%) y tuvieron menos impacto en las urinarias (2%). Se observó que la amoxicilina fue el antibiótico prescrito con mayor frecuencia en este grupo. Para el grupo de macrólidos se observó un 75% de indicaciones para infecciones respiratorias, con el mismo porcentaje de indicaciones de azitromicina y claritromicina. Se evaluó el uso como única indicación de los macrólidos, la claritromicina para las infecciones dentarias, que no fueron indicados en las infecciones urinarias. El 95% de las prescripciones de quinolonas fue destinado al tratamiento de las infecciones urinarias. Ciprofloxacino fue la única quinolona indicada (5%) cuando la localización infecciosa fue de origen respiratorio.

Discusión y conclusiones. Al analizar los datos globales del presente estudio se observó una marcada dispensación de amoxicilina con respecto a los otros antibióticos. El motivo de consulta más frecuente en las prescripciones recibidas en las oficinas de farmacias fueron las infecciones

respiratorias. En el caso de las neumonías de la comunidad, se utilizó amoxicilina como betalactámico y azitromicina, que permite dar cobertura antibiótica a los 3 microorganismos (*Streptococcus pneumoniae*, *Chlamydia* sp. y *Mycoplasma* sp.) que con mayor frecuencia desarrollan este tipo de infección en nuestra comunidad. Se observó el uso de norfloxacino como el antibiótico más indicado en las infecciones urinarias, seguido del ciprofloxacino, antibiótico reservado para infecciones urinarias altas con recidiva. También se indicó trimetoprima-sulfametoxazol. En las infecciones de la cavidad bucal se dispensaron betalactámicos debido a la presencia de flora microbiana mixta, aerobia y anaerobia. Los grupos de antibióticos más utilizados fueron los betalactámicos, las quinolonas y los macrólidos.

El porcentaje de formularios recetados en las oficinas de farmacia sin especificación diagnóstica indica un déficit de información que impide evaluar el uso racional de antibióticos y permite destacar la importancia del fármaco en la atención farmacéutica en la antibioterapia.

Estos estudios permiten analizar la enfermedad infecciosa en la comunidad, donde el fármaco aporta datos epidemiológicos que contribuyen al conocimiento, la prevención y el control de las enfermedades infecciosas y al uso racional de los antibióticos¹. Los antibióticos pueden considerarse como una de las herramientas terapéuticas más eficientes cuando se utilizan con criterios de racionalidad².

A.I. Barnes y M.G. Paraje

Departamento de Farmacia. Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad Universitaria. Córdoba. Argentina.

1. Saturno PJ. Monitorización del uso de medicamentos para mejorar la calidad de la prescripción. Problemas, métodos e indicadores. Aten Primaria. 1996;18:331-8.
2. Bantar C. El milagro de los ATB. Descubrimiento, uso y abuso. Boletín 2002. Buenos Aires: Ediciones Britania; 2002.