

4. Alós JL, Carnicero M. Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: «algo que te concierne». *Med Clin (Barc)* 1997; 109 (7): 264-270.
5. Orero A, González J, Prieto J. Antibióticos en los hogares españoles. implicaciones médicas y socioeconómicas. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 782-785.
6. Gil J. Automedicación en infección respiratoria aguda: ¿una estrategia a potenciar en educación para la salud? *Aten Primaria* 1998; 22: 262-263.

## Infecciones del tracto urinario en atención primaria

Antibióticos; Infecciones urinaria.

**Sr. Director:** Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las patologías más habituales en nuestra práctica diaria. Por tal motivo, decidimos realizar un estudio de las ITU de nuestro centro de salud, para conocer sus características y ver si los resultados eran similares o diferían con los de otras series.

Nuestros *objetivos* eran: ver la correlación entre la sospecha clínica y los resultados de los urocultivos, la antibioterapia empírica habitual, los microorganismos más frecuentes hallados en los urocultivos y las resistencias frente a antibióticos. Diseñamos un *estudio descriptivo*, tomando como ámbito de estudio el área de nuestro centro de salud. Incluimos en el estudio aquellos sujetos que tenían clínica sugestiva de infección urinaria. Se *excluyeron* aquellos que ya habían iniciado tratamiento y los urocultivos «contaminados». Para todo ello, utilizamos las historias clínicas y el archivo del centro de salud. En total, fueron 744 urocultivos solicitados durante 9 meses. Hemos obtenido los siguientes *resultados*: 744 urocultivos (559 mujeres, 185 varones); 316 (42,47%) positivos (239 mujeres, 78 varones). Tratamiento empírico en 208 (38,29% tuvieron urocultivo [+]) y 34,38 [-]). Urocultivos de control, 146: 5 positivos, 141 negativos. Microorganismos: *E. coli* (76,89%), *E. cloacae* (4,43%). Resistencias: ampicilina/amoxicilina, 33,86% (*E. coli*, 77,57%); pipemídico, 16,77% (*E. coli*, 90,56%); trimetoprim-sulfametoazol, 23,10% (*E. coli*, 72,60%); norfloxacino, 15,18% (*E. coli*, 60,41%); *E. faecalis*, 20,83%); ciprofloxacino, 9,16% (*E. coli*, 31,03%); *E. faecalis*, 34,48%); cefazolina, 6,01%; amoxiclavulánico,

3,16%. Tratamientos tras antibiograma: amoxiclavulánico, 26,82%; norfloxacino, 23%; pipemídico, 15,33%; cefuroxima, 11,49%. Cambio de tratamiento empírico tras urocultivo y antibiograma, 6,64%.

Hemos llegado a las siguientes conclusiones: la sospecha clínica se corresponde con urocultivo positivo en el 42,47%; los urocultivos positivos son más frecuentes en mujeres (75,63%) y negativos en varones (58,68%); el urocultivo de control fue negativo en un 96,57%; el tratamiento empírico más habitual es norfloxacino, amoxicilina-ácido clavulánico o fosfomicina. Los microorganismos más frecuentes son *E. coli* (78,89%) y *E. cloacae* (4,43%). Hay un importante número de resistencias frente a ampicilina/amoxicilina (33,86%), trimetoprim-sulfametoazol (23,10%), norfloxacino (15,18%). En general, el tratamiento empírico fue adecuado (93,36%).

En la bibliografía hemos encontrado que un 12,6% de los urocultivos remitidos desde el centro de salud eran positivos y un 25,3% de los pacientes hospitalizados. La distribución bacteriana era similar, excepto enterocooco y estafilococo coagulasa negativo, que eran más frecuentes en hospitalizados. Se aislaron: *E. coli* (69%), *Enterobacter* (4%) y *Pseudomonas* (4%). *E. coli* presentó resistencias frente a quinolonas, ácido pipemídico y nitrofurantoína, y alta sensibilidad frente a fosfomicina, cefuroxima y amoxicilina-ácido clavulánico<sup>1</sup>. Más del 50% de las infecciones en varones de más de 50 años eran complicadas; en mujeres, este porcentaje disminuía, especialmente si tenían menos de 50 años<sup>2</sup>. Se está produciendo un incremento en el número de resistencias a los antibióticos utilizados más frecuentemente. *E. coli* sigue siendo el patógeno más aislado, habiendo descendido la susceptibilidad frente a amoxicilina-ácido clavulánico al 65,9% en algunas series. Éste presenta una gran susceptibilidad a cefixima a la CIM, lo que sugiere que podría llegar a ser una alternativa en el tratamiento empírico de primera línea en las ITU no complicadas<sup>3</sup>. Meropenem es bacteriológicamente eficaz en el 90% de las ITU severas complicadas<sup>4</sup>. Las resistencias varían a lo largo de los años, según muestra un estudio para *E. coli* en 1991, 1994 y 1997, con las siguientes resistencias frente a ampicilina (30, 45 y 39%), carbenicilina (29, 42 y

39%), tetraciclinas (29, 40 y 23%) y T-S (15, 32 y 15%) (S). Las resistencias frente a ciprofloxacino han ido aumentando. Algunas series: *E. coli* 18%, *Krebsiella* sp., 19% y *Pseudomonas* sp., 30%<sup>6</sup>.

**I. Ibarburu Valbuena,  
J. Labracá Sánchez, M. Lerma  
Lucas y B. Solanas Mateo**

Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento.  
Alicante.

1. Atienza MP, Castellote FJ, Romero C. Urinary tract infection and antibiotic sensitivity in the South of Albacete, Spain. *An Med Intern* 1999; 16 (5): 236-238.
2. Kumamoto Y, Tsukamoto T, Hirose T. Comparative studies on activities of antimicrobial agents against causative organisms isolates from patients with urinary tract infections (1997) II. Background of patients. *Jpn J Antibiot* 1999; 52 (2): 130-145.
3. García-Rodríguez JA. Bacteriological comparison of cefixima in patients with noncomplicated urinary tract infection in Spain. Preliminary results. *Chemotherapy* 1998; 44 (Supl 1): 28-30.
4. Lopatkin NA, Derevianko II, Khodyrev LA. Efficacy of meropenem in the treatment of severe complicated urinary tract infection. *Antibiot Khimioter* 1999; 44 (3): 19-21.
5. Dyer IE, Sankary TM, Dawson JA. Antibiotic resistance in bacterial urinary tract infections, 1991 to 1997. *West J Med* 1998; 169 (5): 265-268.
6. Iqbal J, Rahman M, Kabir MS. Increasing ciprofloxacin resistance among prevalent urinary tract bacterial isolates in Bangladesh. *Jp J Med Sci Biol* 1997; 50 (6): 241-250.

## La evaluación terapéutica centrada en... el fármaco

Fármacos genéricos;  
Prescripción farmacológica;  
Uso racional medicamentos.

**Sr. Director:** A lo largo del pasado año 1999, se han publicado en su revista algún editorial y carta al director relacionados con la prescripción racional en atención primaria, que nos sugieren algunos comentarios ligados a nuestra experiencia de médica de familia y a la docencia con los residentes (de MFyC) sobre dicho tema. El concepto de prescripción racional tiene en cuenta desde el punto de vista del fármaco la eficacia, seguridad y coste, completándose la «racio-

nalidad» en función de la necesidad e idoneidad de aquél según el proceso y paciente a tratar<sup>1</sup>.

A partir de ese concepto, resulta imposible llevar al ánimo de los residentes de nuestra especialidad la asunción de los indicadores farmacéuticos que sobre la prescripción de los equipos de atención primaria se reciben según las comunidades autónomas y administraciones sanitarias correspondientes. Indicadores centrados en el fármaco, y especialmente en su repercusión económica sobre el sistema sanitario público.

Los médicos residentes son conscientes de la distancia del acto de prescribir a la medición externa de «calidad» del mismo: «Como si fuera fácil cambiarle al Sr. X su pastilla para el dolor»; «Dile a la Sra. Z que le vas a quitar las pastillas del riego...»; «Con eso de que deben recetar más barato...» y a continuación, «¿Estas sesiones se las dais a los de otras especialidades?, porque en los diferentes servicios hospitalarios de esto no saben nada y ¡cambia lo que le han dado en el hospital!...». En resumen, se hace real aquello de que «no hay enfermedades sino enfermos», con todas sus circunstancias (creencias, experiencias previas con la enfermedad o con el fármaco, expectativas diversas...).

La defensa de la prescripción de genéricos se complica también lo suyo, están obsesionados por alcanzar ese porcentaje descrito para «los mejores» que tan difícil lo ponen. Que tiene importancia y aspectos cualcuantitativos de interés prescribir por principio activo no se puede poner en duda. Anteriormente nadie se cuestionaba si la copia dejaría algo que desear respecto al original; con las especialidades genéricas todo son dudas sobre bioequivalencia, pero la reducción del problema a una cuestión de economía resulta poco defendible cuando se valora la guerra de precios entre marcas y genéricos, si se dispone de otra galénica más idónea para el paciente, mayor comodidad de administración, menor número de dosis en un envase para período corto de tratamiento, mayor conocimiento y experiencia de su terapia habitual... R. Córdoba<sup>2</sup> se hace eco de un problema vivido personalmente, el cambio del genérico en la propia oficina de farmacia. Teniendo

en cuenta la edad y limitaciones de muchos de nuestros usuarios y consumidores habituales de medicinas, nos exponemos a riesgos importantes.

En un reciente editorial sobre la terapia de las enfermedades infecciosas en atención primaria, el grupo firmante<sup>3</sup> vuelve a citar el marco histórico de mal uso en cuanto a indicaciones y perfil antibiótico en el ámbito nacional, a pesar de los cambios producidos por una mejor formación y una mayor selección de la oferta de nuestro Vademécum. A este nivel se ha puesto en evidencia la necesidad de medidas que no atañen al prescriptor solamente, con el efecto de los diversos PROSEREME.

Possiblemente fuese necesario un abordaje inicial del perfil de prescripción como el que se ha hecho, pero en la actualidad urge plantear otras opciones para la evaluación terapéutica en atención primaria:

– Formar el espíritu crítico de las nuevas promociones de *todas las especialidades vía MIR* en función de los planteamientos sugeridos por J. Soto, al hablar de farmacoeconomía (medir costes y resultados)<sup>4</sup>. El Dr. Córdoba sugiere también soluciones en función de mejoras de formación, en la línea del anterior, y con probables efectos a más largo plazo que las hasta ahora tomadas por la Administración, partiendo de que la primera valoración es la necesidad del fármaco en base al proceso diagnosticado.

– En ese sentido, también interesan la promoción y potenciación de los estudios de indicación-prescripción/prescripción-indicación de los que esta revista se ha ido haciendo eco (resultado de un esfuerzo importante por los propios equipos de atención primaria, de acuerdo a mi propia experiencia), estudios de DHD periódicos ligados a prevalencia/incidencia de procesos atendidos en la zona básica o mayores núcleos de población (mejor multicéntricos), ensayos clínicos en atención primaria...; en fin, una estrategia distinta, ligada al diagnóstico y episodio atendido con su registro en la historia clínica, demandada ya por algunos gestores<sup>5</sup> en la que no pueden estar ausentes las diferentes sociedades científicas para encauzar y coordinar nuevos criterios de evaluación.

– Sería deseable que los grupos que lideren temas en relación con la mejora de la prescripción en atención primaria, al contemplar el panorama de nuestras necesidades, no pasen por alto la actividad en el medio rural, donde el paciente y los familiares expresan su deseo de no desplazarse a los centros hospitalarios y donde las edades avanzadas y enfermedades/pluripatología degenerativa: demencias, terminales... complican algo más la tarea de los profesionales sanitarios por efecto de la legislación vigente (oxigenoterapia a prescribir por médicos especialistas, medicamentos de uso hospitalario con galénicas adecuadas que no es posible obtener...), y merecería la pena que desde estas actividades se impulsasen cambios legislativos en la Administración que repercutan en nuestra competencia profesional.

– Por último, no queremos dejar de lado que una de nuestras mejores armas terapéuticas, la relación médico-paciente, es con frecuencia olvidada en este maremágnum de indicadores y criterios de calidad, y debe ser considerada muy de cerca en la docencia de los MIR (*también de todas las especialidades médicas*).

**M.P. Arroyo Aniés**

Centro de Salud de Huarte (Pamplona).

1. Taylor RJ. Towards better prescribing. J Royal Coll Gen Practition 1978; 28: 263-270.
2. Córdoba García R. Especialidades farmacéuticas genéricas: no es oro todo lo que reluce. Aten Primaria 1999; 24 (7): 387-389.
3. Grupos de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Balear, Catalana y Valenciana de Medicina de Familia y Comunitaria. Aten Primaria 1999; 24 (10): 553-555.
4. Soto Álvarez J. Farmacoeconomía: ¿una nueva actividad para el asesor de medicamentos en atención primaria? Aten Primaria 1999; 23 (4): 250-252.
5. Guerra Aguirre J. Cartera de servicios y costes en atención primaria. MEDI-FAM 1999; 9 (6): 372-379.

(“...en la vida no hay soluciones, sino fuerzas en marcha. Es preciso crearlas, y las soluciones vienen.”)

A. de Saint-Exupéry