

función de los peregrinos argumentos utilizados, consideramos que la investigación biomédica requiere como mínimo rigor metodológico, sean estudios convencionales o realizados con técnicas cualitativas, como podría ser el caso del presente trabajo, aunque los autores no lo detallan específicamente. Cuando estas condiciones no se cumplen, es preferible no aspirar a publicar resultados sesgados y realizar estudios con metodología correcta².

J.M. Baena^a, N. Assens^a,
J. Martí^b y M. García^a

^aMédicos de Familia. ^bPediatra
En representación de todos los médicos y
pediatras del ABS Dr. Caries Ribas
(Barcelona).

1. Tizón JL, Pañella H, Maldonado R. ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Aten Primaria* 2000; 25: 479-488.
2. Argimón Pallas JM, Jiménez Villa J. *Métodos de Investigación*. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1991.

Respuesta de los autores

Histeria; Método investigación;
Publicaciones.

Sr. Director: Gracias por remitirnos previamente la interesante carta que comentaba nuestra publicación (¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Aten Primaria* 2000, 25: 479-488) y nuestro trabajo. Intentaremos hacer una serie de comentarios, necesariamente breves y esquemáticos, sobre los principales puntos que plantea la citada carta. En primer lugar, unos comentarios metodológicos:

1. Acerca del supuesto sesgo de selección que señalan los firmantes, por tener un porcentaje del 58% de «no respuestas» de profesionales y faltar un sistema de muestreo para asegurar la representatividad de la muestra, cabe repetir que el tipo de diseño elegido es de casos y controles. En estos diseños, los casos no han de ser representativos: son los de la entidad que se estudia. Respecto a los controles, deben cumplir las condiciones de no ser casos encubiertos, hecho que en el estudio se garan-

tiza, al seleccionarlos a partir de las personas que no habían seguido tratamiento. Otro requisito es que provengan de la misma población que los casos, cosa que también se garantizó en el estudio.

2. Respecto a la posibilidad de que los casos anteriores fueran de escabiosis, hay que partir de la realidad de que es posible que hubiera casos de escabiosis en algún momento, pero entre los casos declarados y entre aquellos con lesiones dérmicas revisados *en el momento de la intervención no hubo ninguno*. Incluso posteriormente a la misma se produjo otro diagnóstico más que se comprobó que tampoco lo era. En definitiva, que pudiera haber habido casos de escabiosis antes o después de la intervención de los técnicos del IMS es, desde luego, posible, pero no un brote de esta enfermedad en el tiempo investigado.

3. Los casos previos al momento de la intervención se investigaron a partir de los nombres que se nos facilitaron y de los centros donde se remitieron, mediante las historias clínicas, donde constan los diagnósticos. También gracias a los informes del pediatra o el médico que había visitado al individuo. Los siguientes casos, a partir de la visita de un dermatólogo con experiencia en esta enfermedad.

4. Respecto al otro sesgo de información aducido, el de la «baja representatividad de las entrevistas hechas a los profesionales sanitarios», cabe recordar que la entrevista se realizó a todos los profesionales que vieron a algún paciente, en el período de estudio, al que diagnosticaron de escabiosis. El resto de profesionales, maestros y otros médicos, fueron entrevistados bajo el criterio que hubieran visitado o se hubieran visitado, o bien hubieran tenido relación con el brote investigado.

5. Las picaduras de insecto fueron objeto de otra investigación. Se descartó la existencia de insectos picadores en las viviendas, lugar común de convivencia para todas las edades. En consecuencia, para explicar la afectación predominantemente infantil había que postular que esos insectos se encontraban en las zonas donde los niños jugaban.

En cuanto a los *aspectos generales* tratados en la carta y en el artículo quisieramos recordar que, desde el principio del mismo, afirmamos que todo trabajo clínico, y más a nivel poblacional, contendrá deficiencias metodoló-

gicas. Desde el primer párrafo de nuestro reconocíamos sus insuficiencias. Siempre que hacemos asistencia, lo principal es la atención clínica: normalmente, sólo *a posteriori* podemos plantearnos criterios de «excelencia metodológica» —porque aplicarlos «de entrada» tal vez hubiera hecho sufrir innecesariamente a los consultantes y a los comunicantes—. De todas formas, reflexionar sobre lo que vemos en la asistencia, a pesar de admitir insuficiencias metodológicas, siempre es útil. Además, probablemente es imposible —y peligroso— aplicar a una situación de demanda clínica —o de demanda poblacional y clínica— métodos como el experimental o el correlacional estricto. Y menos si hay presiones o urgencias que atender. Pero siempre es posible aplicar el método observacional en sus diversas variantes. La actividad clínica se halla sujeta a importantes incertidumbres metodológicas y de validez externa de los datos. Pero, ¿se puede aprender tanto de ella! Por ejemplo, las exploraciones y la «*investigación biomédica*», como dicen nuestros comunicantes, pueden ser peligrosamente iatrogénicas a nivel psicológico, psicopatológico y psicosocial: la asistencia a los pacientes somatizadores, hipocondríacos e histéricos en nuestras sociedades es una buena muestra. Entre otras cosas, porque tal vez la investigación de la cual los firmantes querían hablar es de la investigación *médica* o, mejor aún, *sanitaria*. Pero ambas, y más en casos como los estudiados, han de ser *biopsicosociales*, no reduccionistamente *biomédicas*, como a menudo nos siguen enseñando y presionando en nuestra formación. Nuestro trabajo era un nuevo intento para que, gracias a los pacientes que sufrían y consultaban al equipo —que también sufría, tal como pudo comunicarnos en las sesiones de grupo—, nos replanteáramos el absolutismo del «descartar lo orgánico». Porque el problema es ¿cuándo «encartar» lo psicológico y lo psicosocial? Ese es el gran reto de la atención sanitaria moderna (que no de la «*biomedicina*» moderna).

La psicología y la psicopatología llevan más de un siglo estudiando y comprobando los sesgos idiosincrásicos en las observaciones y mediciones, incluso las más instrumentales, en todas las ciencias y técnicas. Se ha estudiado el tema en astronomía, en física, en geografía, psicología, psicopatología, trabajo social... ¿Va-

mos a ser los médicos la excepción a esa realidad?

Emociones, ansiedades y conflictos interfieren con nuestra percepción, nuestra categorización, nuestros resultados. Es una ventaja que una atención primaria no reduccionista nos propone o facilita aprender. Por cierto que, en su interesante carta, los firmantes nos proporcionan una certera muestra de esa realidad –que en la asistencia cotidiana *nos afecta a todos* y no sólo a ellos–. Cuando dicen –y citamos textualmente *«al margen de la lógica indignación de que se trate a unos profesionales como “histéricos” en función de los peregrinos argumentos utilizados, consideramos que la investigación biomédica requiere...»*. Pues bien, eso está escrito. Y el artículo, también. Son ya *datos empíricos*. Y, sin embargo, en nuestro trabajo, como puede comprobarse con un simple relectura rápida:

1. Nunca se trata a esos profesionales –ni a ningún otro– como «histéricos».
2. Sino que se habla en repetidas ocasiones a favor de sus capacidades, conocimientos, dedicación y actitudes.
3. Nunca se les identifica.
4. La tesis fundamental del trabajo –¡desde el propio título!– es que ni siquiera a nivel conceptual las situaciones descritas deben ser englobadas con el término de «histeria de masas» o similares y, menos aún, con el de «histeria».

Las emociones vividas en la asistencia y en las relaciones humanas afectan nuestra percepción. De todos. De los firmantes, la nuestra y la de todo profesional. Y existen vías, métodos y técnicas para intentar tratar esos «contagios» no biomédicos pero sí médicos. Porque todos tendemos a incurrir en ellos ante las presiones (emocionales) de la clínica.

Quisiéramos terminar dando de nuevo gracias a los firmantes por su interesante comunicación, que nos ayudará a replantear los medios y técnicas para afrontar situaciones similares que, en otros casos –y afortunadamente no en éste– han llevado a cerrar campamentos, colegios, estaciones ferroviarias... e incluso hospitales.

**H. Pañella, R. Maldonado
y J.L. Tizón**

Instituto Municipal de Salud Pública.
Unidad de Salud Mental de Sant Martí.
Barcelona.

La resistencia a los antibióticos: un problema de salud pública

Antibióticos; Enfermedades infecciosas; Resistencias.

Sr. Director: He leído con interés el trabajo del Dr. J. Gérvas recientemente publicado en su revista, «La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública»¹, y compartiendo prácticamente todo su contenido quisiera comentar algunos aspectos del mismo. Se indican cuatro facetas respecto al mal uso de antibióticos en atención primaria: *a)* uso innecesario (en situaciones en que no se precisan); *b)* selección inapropiada (de un antibiótico inadecuado, aunque se precise el tratamiento antibiótico); *c)* uso incorrecto en vía de administración, dosis y/o duración, y *d)* falta de uso (en condiciones en que se precisa), estableciendo en este último punto dos ejemplos.

Cuando en el apartado «¿Qué hacer?» el autor propone adaptarse a las situaciones locales en que se desee intervenir sobre las resistencias bacterianas, incumple dicha sugerencia, unas líneas antes al recomendar la penicilina benzatina en los casos sospechosos de meningitis meningocócica. Históricamente la penicilina ha sido el tratamiento de elección, circunstancia que ha cambiado en nuestro país desde 1985 al detectar resistencias a la penicilina que hacen aconsejable la utilización en el momento actual de cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima o ceftriaxona) para esa situación².

El otro aspecto que debería quedar claro es que la falta de tratamiento de las infecciones genitales por *Chlamydia* spp. no se debe a que la cuestión sea ignorada en España, sino a que su tasa de infección es baja (1,8%)³.

Por último, pese a que una de las indicaciones empíricas reconocidas de las cefalosporinas de tercera generación en atención primaria es el tratamiento urgente de la sospecha de enfermedad meningocócica, los médicos de atención primaria de zonas rurales alejadas del hospital no disponemos lamentablemente de aquéllas, con las graves consecuencias que ello puede acarrear.

A.J. Garrido Díez

MFyC. Centro de Salud Montehermoso.
Cáceres.

1. Gérvas J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. Aten Primaria 2000; 25: 589-596.
2. Daza Pérez RM. Resistencia bacteriana a antimicrobianos: su importancia en la toma de decisiones en la práctica diaria. Revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1998; 22: 57-67.
3. Sánchez Romero I, Hernández F, Gómez O, Izquierdo F, Blanco Galan MA. Enferm Infect Microbiol Clin 2000; 18 (Supl 1): 166.

Respuesta del autor

Sr. Director: Agradezco la ponderada e ilustrativa carta del Dr. Garrido Díez acerca de mi texto sobre la resistencia de las bacterias a los antibióticos¹. La cuestión que plantea sobre las clamidias no se resuelve con un estudio en una área madrileña. Aunque es de esperar que la prevalencia haya sido menor en España que en otros países, la actual libertad y actividad sexual de las jóvenes españolas debe hacernos pensar con más frecuencia en las infecciones por clamidias, sobre todo en menores de 20 años promiscuas (nótese que no he hablado en ningún momento de cribado para su detección precoz, sino de sospecha y tratamiento clínico).

Respecto a las meningitis, como a las neumonías en la comunidad y otras infecciones, la resistencia *in vitro* a la penicilina, en cuanto tal, dice muy poco al médico clínico de a pie, y esa es la cuestión de fondo a la que me referiré. Se alude a ello en el texto original al escribir que «muchas publicaciones incitan a la prescripción de antibióticos al dar respuesta a la pregunta equivocada»; dicen: «qué antibiótico debe elegirse», en lugar de «como norma general, ¿se necesita algún antibiótico en esta situación clínica?»¹. Los resultados *in vitro*, sin contexto, sirven de sostén a la «guerra» contra las bacterias, esa actitud de ir seleccionando progresivamente más antibióticos y más nuevos, más potentes y más caros, de apagar fuegos con gasolina.

Sobre la resistencia a la penicilina –y a la cefalosporina–, con concentraciones mínimas inhibitorias de 0,12-4,0 µg/mm, en casos de neumonía, en Barcelona, se concluye que: «Los niveles actuales de resistencia a la penicilina y a la cefalosporina de *Streptococcus pneumoniae* no se aso-