

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. Gervas recientemente publicado en su revista, «La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública»<sup>1</sup>, 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 situación<sup>2</sup>.

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%)<sup>3</sup>.

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. Gervas 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 Infecc 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 antibióticos<sup>1</sup>. 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?»<sup>1</sup>. 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-