

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»<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. 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 Galán 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-

cian con un aumento de la mortalidad por neumonía neumocócica»<sup>2</sup>. Como sucede muchas veces, la eficacia (resultado *in vitro*, teórico), no se corresponde con la efectividad (resultado práctico en los pacientes, mortalidad). En este mismo trabajo se comenta el alarmante problema de la resistencia a las cefalosporinas, que crece conforme se promueve su uso.

En otro ejemplo, sobre una patología más frecuente, la cistitis, 6 ensayos clínicos demostraron la mayor eficacia de la cefalosporina frente al trimetopín/cotrimoxazol (resolución más rápida de las cistitis). Pero hubo más recaídas tras el uso de la cefalosporina, y más efectos adversos (vaginitis, en general). Flaca eficacia, pues, la de la cefalosporina. Si se tienen en cuenta las recaídas y las vaginitis por candidas, el perfil del éxito es del 67% para el trimetopín/cotrimoxazol, del 42% para la nitrofurantoína y del 28% para el cefadroxil/cefalexina<sup>3</sup>. De todo ello no dicen nada, claro, los resultados de resistencia *in vitro*.

La cuestión de fondo: ¿debe prescribir el médico general el antibiótico para el que hay menos resistencias locales?, no tiene respuesta fácil ni directa, y el buen clínico puede seguir utilizando antibióticos de probada eficacia sin temor a obtener malos resultados, pese a las resistencias *in vitro*. Aunque nos «vendan» lo opuesto.

Respecto a la meningitis, el texto al que alude el Dr. Garrido Díez<sup>4</sup> es más bien conservador. Aunque recomienda las cefalosporinas de tercera generación, al analizar las resistencias de los 3 gérmenes más habituales: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, pide que al prescribir se considere «el grado de resistencia a la penicilina, el lugar de la infección, la resistencia a otros agentes, la gravedad de la infección y la presencia de enfermedades subyacentes». Por todo ello, hay que llevar penicilina en el maletín de urgencias y de avisos a domicilio, e inyectarla al tiempo de derivar ante la sospecha de enfermedad meningocócica, sobre todo en presencia de un exantema hemorrágico<sup>5</sup>. Además, la meningitis tiene cierto parecido con la pielonefritis, pues en ambas gran parte de las lesiones se deben a la inflamación atribuible a las bacterias y a la respuesta del huésped; a medida que mueren las bacterias se liberan poli-

sacáridos y se inducen citotoxinas, con lo que no está claro que sea deseable una muerte «rápida» de las bacterias (que conlleva mayor producción de citotoxinas), si lo que se busca es el menor daño posible y no la rápida eliminación de la infección (son objetivos claramente diferentes, como demuestra el ejemplo anterior de la cistitis).

Otra cosa es la necesidad de, por ejemplo, ceftriaxona en atención primaria, pues hay casos muy concretos, como gonococia y quimioprofilaxis en la meningitis meningocócica A-C (en las embarazadas) en que su uso está justificado. Pero la Administración sigue minusvalorando a los médicos generales/de familia sin encontrar respuesta ni de asociaciones científicas, ni de sindicatos ni de colegios oficiales de médicos.

J. Gérvas

Equipo CESCA. Madrid.

1. Gérvas J. La resistencia a los antibióticos, un problema de salud pública. *Aten Primaria* 2000; 25: 589-596.
2. Pallares R, Liñares J, Vadillo M, Cabello C, Manresa F, Viladrich PF et al. Resistance to penicillin and cephalosporin and mortality from severe pneumococcal pneumonia in Barcelona, Spain. *N Engl J Med* 1995; 333: 474-480.
3. Davey P, Steinke G, McDonald T, Phillips G, Sullivan F. Not so simple cystitis: how should prescribers be supported to make informed decisions about the increasing prevalence of infections caused by drugs-resistant bacteria? *Br J General Pract* 2000; 50: 143-146.
4. Daza RM. Resistencia bacteriana a antimicrobianos: su importancia en la toma de decisiones en la práctica clínica diaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1998; 22: 57-67.
5. Colbridge MJ, Baily GG, Dunbar EM, Ong ELC. Antibióticos contenidos en los maletines de urgencia de los médicos generales: cuatro años después. *BMJ* (ed. esp.) 1995; 10: 84-85.

## Algunas consideraciones sobre AMPA y MAPA

Automedición presión arterial; Hipertensión arterial; Monitorización ambulatoria presión arterial.

**Sr. Director:** Hemos leído atentamente la revisión de Coll de Tuero et al sobre AMPA, publicada en su revista (*Aten Primaria* 2000; 25: 644-649). Quisiéramos añadir algunas

consideraciones que nos parecen de interés sobre varios de los puntos tratados, y en especial en el apartado referente al MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial).

Es cierto que nuestro conocimiento actual sobre el diagnóstico y tratamiento de la presión arterial (PA) es un tema controvertido, puesto que la valoración sigue haciéndose de forma ocasional, en la mayoría de los casos, midiéndose casualmente en la consulta médica o en la comunidad. Esto plantea una serie de desventajas, como son los errores de precisión por la falta de metodología empleada (que se hace patente incluso en algunos evaluadores), la variabilidad de la PA, la imposibilidad de estimar la PA durante la actividad habitual o durante el sueño del paciente, o incluso su carencia de reproducibilidad, con un coeficiente de correlación muy pequeño respecto a tomas repetidas a la semana/mes<sup>1</sup>.

Otras técnicas de medida en la actualidad son: a) *la medida automática en farmacias u otros establecimientos*, que se caracteriza por la falta de rigor en la validación/calibración de los resultados; b) *automedida de la PA (AMPA) por el paciente/familiares en el domicilio*, que aporta una serie de ventajas sobre las anteriores, y c) *el MAPA*, técnica que nos parece actualmente de elección, a pesar de su todavía alto coste y el hecho de que hoy día no existe un consenso claro para definir la hipertensión arterial (HTA) por estos aparatos.

El MAPA surge de la necesidad de obtener un registro fiable de la PA que no interfiera con la actividad diaria del paciente, fácil y cómodo de llevar, y con una gran resolución. Esto se traduce en una disminución del tiempo para obtener un informe fiable sobre la PA del individuo, y por tanto, a la larga, en una disminución del coste que supone realizar un estudio exhaustivo con múltiples medidas de la PA<sup>2</sup>.

Todo ello ha promovido la aparición de más de 20 registros ambulatorios actualmente, evaluando la PA ambulatoria, o bien en combinación con un registro simultáneo electrocardiográfico, hasta algunos más complejos que evalúan otros parámetros cardiovasculares. La validación de los equipos de registro se hace en tres fases, por medio del esfigmomanómetro de mercurio Hawksley, o mediante la presión central aórtica en el