

pará que es más fácil que estas condiciones de seguridad se cumplan en una única base de datos que en 300 bases distribuidas por toda nuestra geografía. O ¿es aca- so opinión de su revista que los datos de los pacientes de una población de 1.000 habitantes nece- sitan un nivel de seguridad menor, por ser menos, que los de los pacientes de una población de 30.000 habitantes, que por ser más tienen la fortuna de pertene- cer a un eficiente y modelo equipo de atención primaria?

F. Urbano Ispizúa

Jefe de Servicio Subdirección Atención Primaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Uso inadecuado de cefalosporinas de tercera generación en atención primaria

Sr. Director: Los antimicrobianos son fármacos de utilización fre- cuentemente empírica y, sin duda, aquellos de uso más aleatorio e irracional en la práctica médica. Se trata de un hecho de suma im- portancia en nuestro país, España es ampliamente reconocida en la comunidad científica como uno de los países con mayores tasas de re- sistencias bacterianas, sobre todo en los patógenos de origen comunitario¹. La actual situación de re- sistencia puede estar en relación con el consumo excesivo de estos medicamentos, especialmente en la atención comunitaria o extra- hospitalaria, ya que es la respon- sable de alrededor del 92% del con- sumo total de antimicrobianos^{1,2}. Así, se ha relacionado el aumento en la resistencia de *S. pneumoniae* a cefalosporinas con un aumento en España del consumo extrahos- pitalario de dichos antibióticos³. Además su uso inapropiado conlle- va retrasos diagnósticos, interac- ciones medicamentosas, efectos se- cundarios y un importante e inútil gasto farmacéutico.

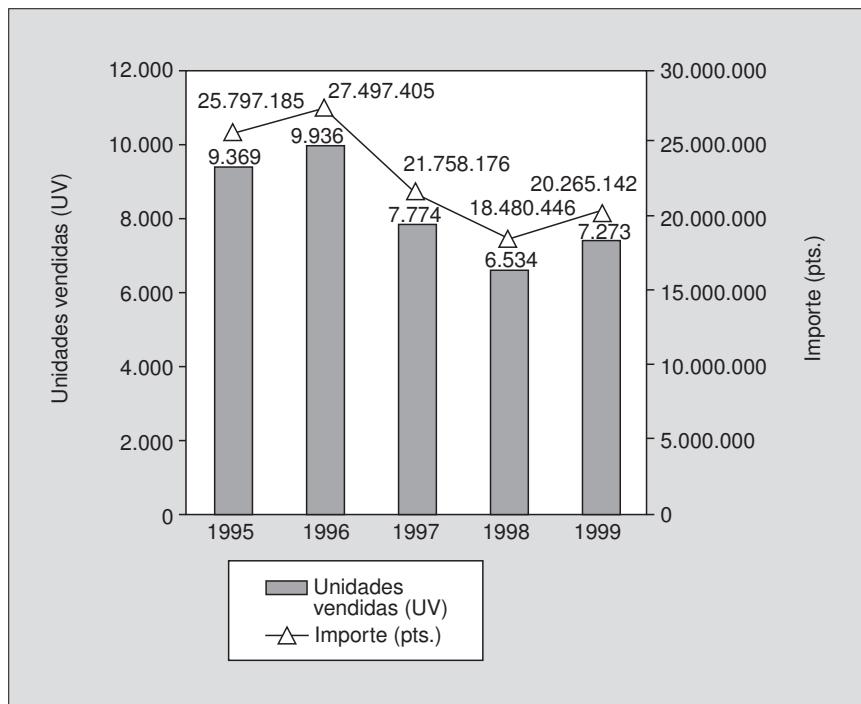


Figura 1. Consumo de cefalosporinas de tercera generación sometidas a estudio durante los 5 años. Número total de unidades vendidas e importe en pesetas.

Para la OMS la prescripción ra- cional de medicamentos se produ- ce cuando un médico, con una adecuada información, haciendo uso de su mejor criterio, prescribe un medicamento bien selecciona- do, a la dosis adecuada, durante un tiempo apropiado y con el me- nor coste para el sistema.

Nuestro estudio quiere acercarse principalmente al problema eco- nómico que ocasiona el uso inade- cuado, valorando el gasto farma- céutico de cefalosporinas de terce- ra generación y su evolución du- rante los años 1995-1999, en aten- ción primaria (AP) del Área Sanitaria de Plasencia, que englo- ba 29 zonas básicas de salud y tie- ne una población de 223.000 habitan- tes.

Se han elegido estos antimicrobia- nos por constituir un grupo que nunca es de elección como tra- tamiento empírico, con la excepción de cefotaxima y ceftriaxona en de- terminados procesos (meningitis y gonococia), por lo que ambos se han excluido del estudio.

Se solicitó a la Unidad de Farma- cia de la Gerencia de Atención Pri- maria de Plasencia y de la cinta de facturación del Colegio de Farmacéuticos de Cáceres los lis- tados de consumo de estos anti- microbialios: cefixima, cefpodoxi- ma, ceftazidima y ceftibuteno, du- rante los años 1995-1999.

Los indicadores utilizados para el estudio del consumo fueron: unida- des vendidas (UV) o número de en- vases que han sido prescritos, dis- pensados y facturados a la Seguri- dad Social en cada año, valor PVP en pesetas y DHD expresada como dosis diaria definida (DDD)/1.000 habitantes y día.

Las cefalosporinas de tercera ge- neración sometidas al presente es- tudio han supuesto un gasto de 40.886 UV durante todo el perío- do, con un gasto medio de 8.177,20 UV/año. El valor en pts. (PVP) de los 5 años fue de 113.798.354 con un importe medio de 22.759.671 pts./año que representa un 4,90% del valor total de antibióticos prescritos en nuestra zona. En la

figura 1 se recogen los datos de consumo para cada año en UV y valor en PVP expresado en pesetas de los 4 antimicrobianos.

Con una media de 0,0400 DHD, cefixima fue el principio activo más utilizado durante todo el período de estudio, seguido de ceftibuteno con 0,0135; el tercer lugar lo ocupó cefpodoxima, con una media de 0,0012 DHD, y ceftazidima, en último lugar, presentó un consumo irrelevante ($< 0,0001$) en los dos primeros años y nulo en el resto.

De estas cefalosporinas, cefixima, ceftibuteno y cefpodoxima presentan entre otras características su administración oral, en 1 o 2 dosis diarias según presentación, generalmente bien toleradas y con «fama de seguras», lo que les confiere una comodidad a la hora de su prescripción, que no justifica su empleo, además de presentar pocas ventajas sobre las anteriores en la patología habitual en AP. Las cefalosporinas de tercera generación pueden y deben utilizarse fuera del medio hospitalario para determinadas indicaciones muy concretas⁴.

El consumo de estos antimicrobianos en nuestra zona es menor al de estudios previos, como el realizado en AP de la provincia de Zaragoza⁵ en 1994, donde se incluían con sus respectivas DHD cefixima: 0,3431 DHD; ceftibuteno: 0,0944 DHD; cefpodoxima: 0,0223 DHD, y ceftazidima: 0,0002 DHD, y el realizado en el Área Costa de Ponent (Barcelona)⁶ durante 1993-1996 con una media para cefixima: 0,593 DHD, y ceftibuteno: 0,143 DHD. Durante el período estudiado en nuestra zona encontramos una estabilidad en el consumo, pese al incremento que se produjo en el año 1996.

Independientemente de los resultados obtenidos, este gasto no estaría justificado al excluirse el ocasionado por cefotaxima y ceftriaxona, que sí presentan indicación empírica y consideramos, por

tanto, este consumo como inadecuado. La realización de estudios en países europeos demuestra que la reducción en el consumo de antibióticos consigue disminuir el porcentaje de resistencias a determinados antimicrobianos³. Una información continua a los profesionales sanitarios sobre datos locales de resistencia bacteriana frente a antibióticos y el consumo de los mismos, con una facilidad en el acceso de los médicos de AP al diagnóstico microbiológico, evitaría un importante e inútil gasto sanitario, una disminución del nivel de resistencias a antimicrobianos, retrasos diagnósticos, interacciones medicamentosas y efectos secundarios.

Agradecimientos

A Emilio Fuentes y José Ramón Álvarez, de la Unidad de Farmacia por su colaboración.

A.J. Garrido Díez^a, M. de la Cal López^a, J.F. de Aramburu Pataut^a, V.I. Velasco Merino^a, M.A. Lamas López^a e I. Montes Martínez^b

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Área de Plasencia.

^bEspecialista de Microbiología. Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.

1. Baquero F, coordinador et al. Informe sobre resistencia microbiana: ¿qué hacer? Panel de expertos. Ministerio de Sanidad y consumo. Med Clin (Barc) 1996; 106: 267-279.
2. Pérez Gorracho B, Baquero F. Estrategias de uso y consumo de antibióticos. Med Clin (Barc) 1986; 86: 547-549.
3. Liñares J, Tubau F. Resistencia a cefalosporinas en infecciones por *Streptococcus pneumoniae*. Med Clin (Barc) 1998; 110 (Supl 1): 21-24.
4. Grupo de Expertos de la SEIMC. Utilización extrahospitalaria de las cefalosporinas de tercera generación. Enf Infec y Microbiol Clin 1990; 8: 1-6.
5. Goldacarena Tanco M, Aza Pascual-Salcedo M, Bárcena Caamaño M, Fustero Fernández MV. Consumo extrahospitalario de antiinfecciosos en

dosis diaria definida por mil habitantes y día. Aten Primaria 1996; 18: 357-361.

6. Millet Medina FJ, Gracia Aguirre S, Madridejos Mora R, Solé López J. Consumo de antibióticos (1993-1996) en la atención primaria de un área sanitaria con una tasa elevada de resistencias bacterianas. Aten Primaria 1998; 21: 451-457.

Hoja de crónicos: mejorando registros, evaluaciones y educación para la salud

Sr. Director: Si bien la práctica de la medicina ha tenido siempre un carácter dinámico y cambiante, en los últimos años estos cambios se van desarrollando a más velocidad y nos vemos forzados a adaptar todo lo que nos resulta eficaz para mejorar nuestra práctica clínica.

Presentamos la hoja de crónicos que utilizamos, con las últimas modificaciones que le hemos realizado, y que creemos puede resultar útil para otros profesionales de atención primaria. Esta hoja es una modificación de la elaborada por el EAP del Centro de Salud de Estella (Navarra).

Como toda hoja de crónicos, nos sirve para evaluar nuestra actividad con el enfermo y su situación clínica, y también para realizar educación sanitaria con él. Todo ello sin olvidar su utilidad en la atención urgente de pacientes por personal sanitario diferente al suyo de «cabecera», en centros como el nuestro que disponen de atención continuada 24 horas diarias. Nos parece una hoja integradora y novedosa por varios motivos:

1. Hemos incorporado el parámetro saturación de oxígeno al disponer en el centro de pulsioxímetro, como va ocurriendo en el resto de los EAP de nuestra comunidad y suponemos ocurrirá en las demás comunidades. Hay autores que sugieren la pulsioximetría como la «5.ª constante vital» en la valoración de los