

El porcentaje de cultivos positivos de *N. gonorrhoeae* obtenido (1,5%) es bajo si lo comparamos con lo que citan otros autores que informan prevalencias que oscilan en el 11-42%, aunque también hay estudios que informan prevalencias tan bajas como un 0,05%³. Según el Servicio de Salud Pública del Área 11 la evolución de esta enfermedad durante el período 1989-1999 ha sido descendente. Se declaró un caso de infección por *N. gonorrhoeae* en el Área 11 y 18 casos en la Comunidad de Madrid en el año 1998 y 3 casos en el Área 11 y 15 en la Comunidad de Madrid en 1999⁴. Hay varias razones que expliquen cifras aparentemente tan dispares. Por un lado, el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual (ETS) es diferente según el país, e incluso varía dentro de una misma ciudad. Los factores que influyen en ello son múltiples: grupo de población estudiado (alto riesgo, planificación familiar, población no seleccionada, etc.), existencia de programas y campañas de prevención, etc. Por otro lado, tal como se observa en este estudio, la mayoría de los casos de uretritis por *N. gonorrhoeae* llegan a los servicios de atención primaria (tabla 1) donde, en la mayoría de los casos, se obtiene un diagnóstico de sospecha, susceptible de tratamiento ya en la primera visita, sin enviar muestras para estudio al laboratorio de microbiología. Posiblemente, muchos de los casos no hayan sido notificados al Sistema de Vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). La toma de la muestra en los 13 casos se realizó en el propio laboratorio de microbiología y éste es un dato importante, ya que, aunque no podemos saber qué hubiese ocurrido de no hacerse así, hay que insistir en la correcta toma de la muestra y en su procesamiento inmediato con cultivo e incubación en los medios selectivos ade-

cuados. Por todo ello, se estaría ante una situación de infradiagnóstico.

La producción de betalactamasa en 33,4% de los casos confirma la tendencia al alza de estas cepas, tal como se refleja en numerosos estudios⁵. La total sensibilidad observada frente a cefotaxima, tetraciclina y ciprofloxacina, incluidos en las guías y protocolos terapéuticos, apoyan su uso como tratamiento. No se ha observado resistencia a ciprofloxacino a pesar de ser uno de los antimicrobianos más utilizados actualmente. Sin embargo, hay que señalar que en este estudio no se ha realizado determinación de concentración mínima inhibitoria (CMI), y no podemos observar si existe o no una tendencia al aumento de las CMI que podría llevar en un futuro a un fracaso terapéutico, como señalan Deguchi y otros autores⁶.

Es por tanto imprescindible mantener un alto nivel de vigilancia por parte del laboratorio de microbiología para detectar posibles cambios en el patrón de sensibilidad de *N. gonorrhoeae*, y para ello es fundamental que los médicos de atención primaria, aunque tengan un diagnóstico claro y un tratamiento empírico eficaz, envíen muestras significativas al laboratorio para realizar así los estudios microbiológicos adecuados.

M. Alonso-Sanz y M.I. Abad

CEP Carabanchel. Área 11.
Laboratorio de Análisis Clínicos-Sección
de Microbiología. Madrid.

1. Mensa J, Gatell JM, Jiménez de Anta MT, Prats G. Guía de terapéutica antimicrobiana 2000. Barcelona: Masson, 2000.
2. Ison CA, Woodford PJ, Madders H, Claydon E. Drift in susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* to ciprofloxacin and emergence of therapeutic failure. *Antimicrob Agents Chemother* 1998; 42: 2919-2922.
3. Iglesias García J, Nebreda Mayoral J, Rodríguez Hernández J, García Ro-
- dríguez JA. Incidencia de enfermedades de transmisión sexual detectada en un centro de planificación familiar. *Rev Esp Microbiol Clin* 1992; 7: 176-179.
4. Boletín Epidemiológico del Servicio de Salud Pública Área 11, Marzo 2000. Vol 1, núm. 4.
5. Perea EJ, García-López JL, Martín R, Calmet M, Cisterna R, Estébanez V et al. Sensibilidad a antimicrobianos de 402 cepas de *Neisseria gonorrhoeae* aisladas en 7 ciudades de España. *Enferm Infect Microbiol Clin* 1991; 9: 619-623.
6. Deguchi T, Yasuda M, Asano K, Tada H, Iwata H, Komeda H et al. DNA gyrase mutations in quinolone-resistant clinical isolates of *Neisseria gonorrhoeae*. *Antimicrob Agents Chemother* 1995; 29: 561-563.

¿Es importante un control adecuado de la tuberculosis?

Sr. Director: La tuberculosis (TB) continúa siendo la enfermedad infecciosa humana más importante, calculándose en todo el mundo unos 1.700 millones de personas infectadas, 8-10 millones de casos nuevos y unos 3 millones de muertes anuales. Varias han sido las causas que han contribuido a invertir el descenso de incidencia experimentado hasta 1985. Entre ellas destacan la pandemia de infección por el VIH, el aumento de las poblaciones de alto riesgo, así como el descuido de los programas antituberculosos¹. En nuestro país datos obtenidos recientemente por el Área de Trabajo Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) señalan una tasa/10⁵ habitantes de 28,5 durante el año 1998². En nuestra provincia, y más concretamente en la comarca del Bierzo, se ha observado un descenso progresivo de la tasa de incidencia de TB desde 1997, con 40 casos/10⁵ en 1998 y 30/10⁵ en 1999. Descen-

sos que rondan el 10-12% anual hacen pensar que las medidas específicas tomadas para combatir la enfermedad están siendo efectivas. Sin embargo, y a pesar del descenso del número de caso nuevos, existe en la actualidad preocupación por el aumento de resistencias a los fármacos habituales, así como por la mayor complejidad de estos tratamientos debido a la existencia de efectos secundarios. Desde este punto de vista, es importante que en el control del tratamiento de estos enfermos se siga un protocolo de actuación que minimice los riesgos y nos permita un tratamiento completo, adecuado y coordinado. En este papel deben de actuar conjuntamente los especialistas de medicina familiar y comunitaria, así como los especialistas en neumología, manteniendo un contacto directo para controlar sobre todo aquellos casos con efectos secundarios por el tratamiento o resistencias a éste. Por ello analizamos los datos de las tuberculosis diagnosticadas en nuestra área de salud durante los últimos 4 años, en los cuales, mediante un control más estricto, se incluía a los pacientes en el protocolo de seguimiento recomendado por la SEPAR³, que aconseja pruebas de función hepática y estudio microbiológico (baciloscopía y cultivo) al inicio y a los 2 y 4 meses de tratamiento. Esto nos ha permitido observar efectos secundarios diversos, siendo el más destacado la hepatotoxicidad⁴, así como valorar la curación microbiológica y la detección precoz de resistencias. De los 217 casos analizados, 6 (2,76%) presentaron una elevación de enzimas hepáticas 5 veces superior al valor normal, lo que obligó a la supresión del tratamiento. Cuatro de ellos eran TB de localización pulmonar y 2 pleurales. Con una edad media de 57 años, 5 varones y una mujer, no destacaban factores de riesgo hepático salvo ingesta enólica moderada en uno de ellos. El tiempo de

normalización de transaminasas en todos los casos, salvo uno, fue inferior a 2 semanas, consiguiéndose la reintroducción del tratamiento en un período que osciló entre las 2 (4 casos) y las 4 semanas con rifampicina e isoniazida en 4 pacientes y rifampicina y etambutol en 2. Fueron asimismo registradas 6 (2,76%) cepas resistentes a un único fármaco. Todas ellas aisladas en muestra respiratoria salvo una en líquido cefalorraquídeo, destacando la resistencia a isoniazida y estreptomicina con 2 casos, respectivamente (0.92%) y uno a rifampicina (0,46%). Tasas de bacilos resistentes de cerca del 2% hacen suponer un éxito terapéutico superior al 97%⁵. Por lo que consideramos desaconsejado, en nuestro medio, la instauración inicial de 4 fármacos para el tratamiento de la tuberculosis. A la vista de los resultados, y teniendo en cuenta la tendencia descendente de la tasa de incidencia en nuestra área, podemos considerar imprescindible la protocolización del seguimiento terapéutico así como la colaboración entre atención primaria y especializada. Con el fin de comprobar la eficacia de la medicación, la adhesión al tratamiento, así como la detección precoz de toxicidad o resistencias, contribuyendo todo ello a un mejor control de la enfermedad, sin olvidar las medidas preventivas⁶ como función primordial de nuestro quehacer diario en los centros de salud. Ya que de sobra es conocido que en tuberculosis el mejor médico, el mejor programa, es el que consigue evitar casos.

L.A. Rodríguez Arroyo^a, J. Ortiz de Saracho^b, L. Pantoja Zarza^b y R. López Medrano^b

^aCentro de Salud Ponferrada II. León.

^bHospital del Bierzo. León.

1. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 703-707.
2. Caminero Luna JA. Estado de la infección y la enfermedad tuberculosa en España, 1998. Resultados de las encuestas desarrolladas por el Área de Trabajo Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR). Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) (datos no publicados).
3. Vidal R, Rey R, Espinar A, De March P, Melero C, Pina JM et al. Tratamiento y retratamiento de la tuberculosis. En: Caminero Luna JA, Fernández Fau L, editores. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma, 1998; 251-274.
4. Thompson NP, Caplin ME, Hamilton MI, Gillespie SH, Clarke SW, Broughs AK et al. Anti-tuberculosis medication and the liver: dangers and recommendations in management. *Eur Respir J* 1995; 8: 1384-1388.
5. Alberte Castiñeiras A, Pérez Pascual P y Grupo de Microbiólogos de Castilla y León. Resistencias primarias de *Mycobacterium tuberculosis* en diez hospitales de la Comunidad de Castilla y León. *Rev Clin Esp* 1999; 199: 132-135.
6. Caylá JA, Galdós-Tangüis H, Jansà JM. Prevención y control de la tuberculosis. En: Caminero JA, Fernández L, editores. Actualizaciones SEPAR. Barcelona: Prous Editores, 1995; 33-60.

Hipertransaminasemia: lo más frecuente es más frecuente que lo infrecuente

Sr. Director: Un aforismo médico que nos enseñaban en la universidad decía: «Las manifestaciones menos frecuentes de las enfermedades frecuentes son más frecuentes que las manifestaciones frecuentes de las enfermedades menos frecuentes.» Veamos al respecto un caso en el que nos entusiasmamos buscando enfermedades raras y nos olvidamos de este principio.

Se trata de una mujer de 33 años, sin antecedentes personales de interés, a la cual se realizó una analítica de rutina en la que se detectó hipertransaminasemia (AST,

1. Rey R, Ausina V, Casal M, Caylá J, De March P, Moreno S et al. Situación actual de la tuberculosis en España.