

Hernández I, Martínez Moragón O. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. Arch Bronconeumol 1998; 34 (9): 433-436.

3. Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A et al. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Aten Primaria 2000; 25 (1): 32-36.
4. Jiménez Ruiz CA, Rajas Naranjo A, Ramos Pinedo A, Flórez Perona S. Prevención y tratamiento del tabaquismo. Medicine 1997; 7 (45): 1995-2004.
5. Pardell H, Saltó E, Salleras LL. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ed. Panamericana, 1996; 120-132.
6. Becoña Iglesias E, Vázquez González FL. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson 1998; 87-104.

## Perfil del paciente con resistencia al tratamiento antituberculoso en una zona básica de salud

**Sr. Director:** El estudio sistemático de los patrones de resistencia a antituberculosos en una comunidad se hace necesario antes de establecer las pautas empíricas de tratamiento<sup>1</sup>. Resistencias que en la tuberculosis son secundarias a varios factores: déficit del sistema inmune (infección por el VIH, neoplasias, alcoholismo...), raza, edad, lugar de nacimiento, ingresos previos en prisión, albergues, participación en programas de desintoxicación y condiciones socioeconómicas.

Dado que España presenta una de las tasas más elevadas de tuberculosis, nos propusimos conocer el perfil del paciente con tuberculosis que presentaba resistencia al tratamiento, en nuestra zona básica de salud, que atiende a una población aproximada de 199.000 habitantes con un hospital comarcal de referencia dotado con 320 camas.

Para lograr nuestro objetivo, revisamos los 133 pacientes en tratamiento antituberculoso y control de sensibilidad mediante antibiograma, durante el período 1994-1998, por el servicio de microbiología y neumología de nuestro hospital. En general se practicaron 81 antibiogramas (60,7%), de los que 13 presentaron algún tipo de resistencia, 5 (38,46%) a un antituberculoso, 5 (38,46%) a dos y 3 (25,07%) a tres o más. La distribución de resistencias fue: rifampicina (R), 4 (30,7%); isoniacida (I), uno (7,6%); I + R, 3 (23,07%); I + R + pirazinamida, 2 (15,2%); I + R + rifabutina, 3 (23,07%). En nuestro seguimiento retrospectivo de los 13 pacientes, presentaban una edad media de 27,9 años, 9 eran varones y 6 manifestaban algún tipo de toxicomanía (3, alcoholismo; 2, usuarios de drogas por vía parenteral [ADVP]). Dos cepas fueron multirresistentes: una en paciente varón VIH positivo y tuberculosis pulmonar y la otra en paciente con tuberculosis pulmonar e ingreso previo en prisión.

Los pacientes con cepas multirresistentes presentan una elevada mortalidad, con un difícil tratamiento y peor pronóstico. Para el médico de atención primaria dos son las funciones principales frente a la infección por *Mycobacterium tuberculosis*: la sospecha de la enfermedad entre sus usuarios y su posterior seguimiento<sup>3</sup>. Los datos epidemiológicos adquieren una gran importancia en el control de estos pacientes, con una serie de factores de riesgos muy específicos (inmunodeficiencias, toxicomanías, tratamiento antituberculoso previo...). A pesar de obtener datos muy limitados, reseñamos la coinfección con VIH y los ADVP como pacientes con unas tasas de resistencias superiores a la población general. Cabe destacar cómo la sensibilidad en los antibiogramas continúa siendo elevada para asociación (I/R) en un 93,9%, presentado en

nuestro entorno la isoniacida una resistencia superior al 4%<sup>4</sup>. Posiblemente, un aumento del tamaño de nuestra muestra poblacional disminuiría este porcentaje, aportando con mayor exactitud otras variables predictoras sobre el desarrollo de resistencias.

**J.C. Parra Rodríguez<sup>a</sup>,  
R.M. Ramírez Gavira<sup>b</sup>,  
M.J. Morales Acedo<sup>c</sup>  
y A. López Téllez<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>MIR de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Básico de Antequera (Málaga). <sup>b</sup>Pediatra FEA en Centro Salud Las Albarizas. Marbella (Málaga). <sup>c</sup>Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General Básico de Antequera (Málaga). <sup>d</sup>Médico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad el Cautivo (Málaga).

1. Grupo de Estudio de la Tuberculosis Multirresistente de Madrid. Estudio transversal multihospitalario de tuberculosis y resistencia en Madrid (octubre de 1993-abril 1996). Med Clin (Barc) 1998; 106: 1-6.
2. De March P. Tuberculosis y sida. Situación en España. Perspectivas. Rev Clin Esp 1992; 186: 356-368.
3. Alcaide J, Domínguez A, Albiñana, Parrón I. Situación de la tuberculosis en España. Una perspectiva sanitaria en precario respecto a los países desarrollados. Med Clin (Barc) 1996; 107: 239.
4. Pérez del Molino ML, Pardo F, Carballo E, Gutiérrez MC. Resistencias de *Mycobacterium tuberculosis* a fármacos en un área de tuberculosis endémica. Rev Esp Quimioterap 1994; 7: 137-141.

## Elevación de tensión arterial por atenolol genérico

**Sr. Director:** Desde la implantación de la política de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) y la salida al mercado de las primeras EFG en octubre de 1997, los profesionales de atención primaria contamos con prin-