

## CARTAS AL DIRECTOR

### ¿Realmente tratamos bien los médicos de atención primaria las sobreinfecciones en la EPOC?

**Sr. Director:** Hemos leído con mucho interés el artículo titulado "Infección y uso de antibióticos en la EPOC en atención primaria" de Ruiz et al<sup>1</sup>, en el que se destaca que los médicos de atención primaria tienen un nivel de conocimientos óptimo sobre los gérmenes que provocan las sobreinfecciones respiratorias en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y utilizan predominantemente antibióticos de primera línea. Sin embargo, estos buenos resultados no se han refrendado en otros estudios realizados en nuestro ámbito, y por este motivo queremos puntualizar algunos aspectos de la metodología utilizada en dicho estudio. Los autores pasaron un cuestionario a una muestra de 15.000 médicos de atención primaria de toda España, aunque finalmente sólo recogieron bien cumplimentadas 1.852, lo que supuso el 12,3% de todas ellas, que constituye un porcentaje muy bajo de respuestas.

Si bien es cierto que los autores aluden a la limitación que representa la baja tasa de respuestas al iniciar la discusión del estudio, incurrir en diferentes errores, a nuestro entender, muy significativos. Comentan que los participantes desconocían el objetivo principal de la encuesta "infección bacteriana y uso de antibióticos en la EPOC". Se afirma al mismo tiempo que los resultados de la encuesta pueden ser útiles para estimar los conocimientos de estos profesionales sobre diversos aspectos de la EPOC. En absoluto; no sabemos qué hubiesen contestado los 13.148 médicos restantes que no devolvieron el cuestionario. Estamos de acuerdo con la afirmación de los autores de que el nivel de conocimiento que tienen los médicos sobre los gérmenes que intervienen en la infección bacteriana de la EPOC es alto, pero discrepamos de las razones explicitadas por ellos por las cuales se tienen tales conocimientos. Si bien es cierto que desde la atención especializada se promueven cursos de formación dirigidos a la atención primaria, en ésta se han formado grupos de trabajo y de investigación, tanto en EPOC como en infecciosas, que no sólo promueven la realización de cursos de formación y de jornadas. En este sentido, el grupo de infecciosas publicó el año pasado la tercera edición de una guía de utilización de antimicrobianos, que viene siendo utilizada masivamente por los médicos de atención primaria<sup>2</sup>.

En un estudio transversal realizado en 10 centros de salud de Cataluña en el año 1997, sobre la base de un muestreo aleatorio estratificado de todos los archivos de historias clínicas de estos centros, se revisaron un total de 2.896 historias, obteniéndose un total de 945 episodios infecciosos<sup>3</sup>. Se identificaron 58 procesos de sobreinfección respiratoria en EPOC, de los que en 25 casos se administraron macrólidos (43,1%); pero sólo un caso se documentó en la historia clínica de alergia a la penicilina. En segundo lugar, el antimicrobiano más utilizado fue la amoxicilina (12 casos; 20,7%), seguida de la asociación de

amoxicilina y ácido clavulánico (9; 15,5%), cefalosporinas (7; 12,1%) y quinolonas (5; 8,6%). Este empleo masivo de macrólidos en este proceso infeccioso, no observado en el estudio de Ruiz et al<sup>1</sup>, pero sí documentado en otros trabajos realizados en nuestro país, se justificaría porque en Cataluña el 20,2% de los antibióticos prescritos en el primer semestre de 2000 son macrólidos.

Por consiguiente, todo hace pensar que en este estudio se ha introducido un sesgo de no respuestas que los autores no han tenido en cuenta. Muy probablemente, los médicos que participaron estaban muy motivados por el tema, pero no sabemos qué opinaba el 87,7% restante. Para solucionar este problema tendrían que haberse tomado algunas medidas. La estrategia más común es enviar el cuestionario dos y hasta tres veces a los médicos que no lo devolvieron, y efectuar más tarde una llamada telefónica invitando a su cumplimentación y devolución; e incluso pasarles el mismo cuestionario telefónicamente<sup>4,5</sup>. Pero, antes de nada, deberíamos ser capaces de diseñar encuestas postales atractivas y que puedan ser percibidas como relevantes para la práctica de la medicina general, ser sensibles a las cargas de trabajo de los médicos, probablemente dirigiendo la investigación hacia áreas con menos carga asistencial, proporcionar retroinformación de los resultados obtenidos a los médicos participantes, si es necesario dar incentivos a los médicos por participar, aumentar la relevancia cualitativa del trabajo de investigación, diseñar encuestas muy simples y adoptar abordajes personalizados con un seguimiento bastante estricto de los médicos que no devuelven sus cuestionarios. No sólo no se ha adoptado ninguna de estas estrategias en el estudio de Ruiz et al<sup>1</sup>, sino que tampoco se explicó la finalidad exacta del estudio, razones todas ellas que explicarían este porcentaje tan bajo de cumplimentación. Evidentemente, los resultados obtenidos en este estudio no deberían ser tenidos en cuenta.

**C. Llor Vilà<sup>a</sup> y C. Bayona Faro<sup>b</sup>**

Médico de familia. <sup>a</sup>DAP Tarragona-Valls.

<sup>b</sup>EAP Cornellà-3. Barcelona.

Grupo de Estudio y Recomendaciones en Enfermedades Infecciosas en la Atención Primaria.

Sociedad Catalana de Medicina Familiar.

1. Ruiz Manzano J, Fernández-Martínez P, Morera J, Prats MS, Rosell A, Andreo F. Infección y uso de antibióticos en la EPOC en atención primaria. Arch Bronconeumol 2000; 36: 326-333.
2. Sociedad Catalana de Medicina Familiar. Terapéutica de las infecciones de las vías aéreas bajas. Recomendaciones sobre el uso de antimicrobianos en la atención primaria (3.ª ed.). Barcelona: EdiDe, 1999; 25-39.
3. Vila A, Llor C, Rosich I, Ardèvol M. Idoneïtat i adequació dels antibiòtics prescrits en l'atenció primària. But Soc Cat Med Familiar 1999; 17: 6-10.
4. Argimón JM, Jiménez J. Cuestionarios. En: Argimón JM, Jiménez J editores. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma, 1991; 135-148.

5. Kaner EF, Haighton CA, McAvoy BR. "So much post, so busy with practice-so, no time!": a telephone survey of general practitioners, reasons for not participating in postal questionnaire surveys. Br J Gen Pract 1998; 48: 1067-1069.

### Réplica

**Sr. Director:** Agradecemos a los Dres. Llor y Bayona que hayan leído "con mucho interés" nuestro artículo sobre "Infección y uso de antibióticos en la EPOC en atención primaria". A pesar de que Llor y Bayona no lo aprecian así, el objetivo de nuestro trabajo era claro y se expone en el primer apartado de "Material y método": conocer la opinión de médicos de atención primaria del territorio español sobre distintos aspectos diagnósticos y terapéuticos de la EPOC.

Obviamente, estamos de acuerdo con ellos en que el índice de respuesta que obtuvimos fue bajo y no sabemos la opinión de quienes no contestaron. Este punto ya se comentó ampliamente en la "Discusión". No obstante, y con las consabidas limitaciones, insistimos en que no es despreciable conocer la opinión de los 1.852 médicos que contestaron; cifra que, por otra parte, es muy superior a la de la mayoría de las encuestas sobre el tema publicadas<sup>2-5</sup>.

Los autores discrepan de que amoxicilina-ácido-clavulánico sea el tipo de antibiótico empleado en atención primaria para la infección en la EPOC. Para su argumentación, presentan los resultados sobre 58 procesos de "sobreinfección respiratoria" en la EPOC obtenidos en Cataluña mediante un muestreo realizado sobre historias clínicas. En su estudio, los macrólidos son los antibióticos empleados mayoritariamente (43%) en este proceso. Está claro que, con el tamaño de la muestra que utilizan, no es prudente emitir conclusiones tan definitivas ni extrapolar que su empleo justifique el elevado porcentaje de macrólidos que según ellos, se prescriben en Cataluña. Es cierto que el uso de antibióticos en atención primaria alcanza cifras desorbitadas pero, por los datos obtenidos de la industria farmacéutica española, los más utilizados son las penicilinas de amplio espectro, si bien en los últimos años se ha incrementado en sobremanera el uso de cefalosporinas, macrólidos y especialmente quinolonas. Por lo que a la utilización de antibióticos en la infección de la EPOC se refiere, las preferencias varían según los estudios. En el estudio EOLO<sup>2</sup>, que incluyó a 1.001 pacientes visitados por 201 médicos, los tres más empleados fueron amoxicilina-ácido-clavulánico (31%), cefalosporinas (22%) y macrólidos (21%). En otro estudio, el DAFNE<sup>3</sup>, en el que participaron 268 médicos y 2.354 pacientes, cefixima fue el más utilizado con diferencia, seguido de amoxicilina-ácido-clavulánico y macrólidos. En un estudio multicéntrico europeo, los médicos españoles situaron a los macrólidos en la primera posición<sup>4</sup>. En cualquier caso, no creemos trascendente esta discusión, puesto que tanto amoxicilina-ácido clavulánico como los macrólidos son antibióticos adecuados para el tratamiento de la infección bacteriana en la EPOC.

Otro aspecto de nuestro estudio que critican es el diseño de la encuesta. Aceptamos que, como todas, la nuestra también es mejorable y que incluso es posible que hubiésemos mejorado los resultados aplicando alguna de sus soluciones, pero en lo que no estamos de acuerdo es que fuese compleja o difícil de responder, puesto que se podía completar en poco menos de 10 minutos.

Entendemos y apoyamos que Llor y Bayona reclamen el papel de los médicos de atención primaria en su formación continuada y les felicitamos por la publicación de las guías para el uso de antibióticos. No obstante, permítanos dudar de su vehemente aseveración de que son seguidas masivamente por los médicos de asistencia primaria. Es un hecho conocido que, en general, los médicos de asistencia primaria, tanto nacionales como internacionales, prestan poca atención a las guías y normativas publicadas por las diferentes Sociedades científicas. Las correspondientes a la EPOC no son una excepción<sup>2,5,6</sup>. Sin embargo, a tenor de la situación actual, la atención a los pacientes con EPOC por parte de los profesionales de atención primaria podría y debería mejorarse. Para ello es necesario que tanto la atención especializada como la primaria estrechen sus relaciones, y que sean capaces de consensuar pautas comunes de actuación. Pero su función no debería finalizar con los protocolos, sino que se deberían crear grupos de trabajo para comprobar su cumplimiento y para realizar evaluaciones periódicas de los mismos.

**J. Ruiz Manzano, P. Fernández -Martínez<sup>a</sup> y J. Morera**  
Servicio de Neumología.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.  
Badalona. Barcelona.  
<sup>a</sup>Centro de Atención Primaria  
Gran Vía. Barcelona.

1. Ruiz Manzano J, Fernández-Martínez P, Morera J, Prats MS, Rosell A, Andreo F. Infección y uso de antibióticos en la EPOC en atención primaria. Arch Bronconeumol 2000; 36: 326-333.
2. Miravittles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL, on behalf of the EOLO Group. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. Respir Med 1999; 93: 173-179.
3. Grupo DAFNE. Estudio farmacoeconómico del tratamiento antibiótico de las agudizaciones de la bronquitis crónica en atención primaria. Aten Primaria 2000; 25: 153-159.
4. Huchon GJ, Gialdroni-Grassi G, Léophon-te P, Manresa F, Schaberg T, Woodhead M. Initial antibiotic therapy for lower respiratory tract infection in the community: a European survey. Eur Respir J 1996; 9: 1590-1595.
5. Naberan Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. Aten Primaria 1994; 13: 112-116.
6. Kesten S, Chapman KR. Physician perceptions and management of COPD. Chest 1993; 104: 254-258.

## Tuberculosis osteoarticular en el hombro derecho

**Sr. Director:** La afección osteoarticular en la tuberculosis se presenta en el 1 al 5% de los casos. La localización vertebral es la más frecuente (60%), y en menos del 1% de los enfermos se afecta la región del hombro, siendo excepcional la localización en la escápula<sup>1</sup>.

Paciente de 71 años con artritis reumatoide desde la juventud. Había realizado quimioprofilaxis tuberculosa con isoniacida y, posteriormente, tratamiento antituberculoso (10 meses) 7 años antes por tuberculides papulonecroticas. Presentaba dolor e impotencia funcional en el hombro derecho desde hacía un año y anorexia, que se atribuyeron a la artritis reumatoide. En la exploración física presentaba un hábito asténico, estaba afebril y se apreciaban signos de degeneración articular en las manos y los pies, destacando de forma llamativa una gran tumefacción en el hombro derecho, con enrojecimiento local y fluctuación (fig. 1). En la analítica estaban alteradas la hemoglobina (10,70 g/dl) y la VSG (52 mm en la primera hora). La radiografía de tórax era normal, y los cultivos de esputo y orina para micobacterias resultaron negativos. La radiografía del hombro derecho evidenció un aumento del espacio articular y de partes blandas con tenues calcificaciones en su interior. También se apreciaba una destrucción del acromion, así como erosiones en la cortical de la cabeza del húmero. En la punción del absceso de partes blandas se obtuvieron 750 ml de un líquido purulento, que se cultivó para bacterias aerobias, anaerobias, hongos y micobacterias, aislándose únicamente *Mycobacterium tuberculosis*.

La afección osteoarticular puede ser la única manifestación de la enfermedad, y en un 50% de los casos se presenta de forma concomitante con afección pulmonar<sup>2</sup>. En el caso que describimos la enfermedad tuberculosa se localizaba exclusivamente en el hombro derecho. El primer síntoma suele ser el dolor nocturno local y, posteriormente, la pérdida de la función de la articulación glenohumeral. Existen dos formas de afección extraaxial: la ósea (16%) y la osteoarticular (84%). Esta última suele ser monoarticular, y radiológicamente pueden observarse lesiones líticas, osteopenia, destrucción articular y, algunas veces, esclerosis marginal, reacción perióstica<sup>3</sup> y tumor de partes blandas (absceso frío), como en el caso que presentamos. En el diagnóstico diferencial deben considerarse las artritis bacterianas y las metástasis óseas, ya que radiológicamente presentan lesiones líticas similares a las de la artritis tuberculosa. También debe tenerse en cuenta la artritis reumatoide cuando es de inicio monoarticular. El aislamiento de *M. tuberculosis* en el líquido sinovial o en los tejidos confirma el

diagnóstico. Dado que las manifestaciones clínicas y sistémicas son escasas e inespecíficas, el retraso diagnóstico suele ser considerable (2 años por término medio desde el comienzo de los síntomas)<sup>4</sup>. Por este motivo es importante un alto índice de sospecha clínica, ya que la recuperación funcional de la articulación depende de la precocidad de instauración del tratamiento<sup>5</sup>.

**I. Parra Parra, M.A. Remacha Esteras<sup>a</sup> y J.A. Herrera Rubio<sup>b</sup>**  
Servicios de Neumología, <sup>a</sup>Microbiología y <sup>b</sup>Medicina Interna.  
Hospital Monte San Isidro. León.

1. Sahoo M, Sahai K, Nayak VM. Scapulohumeral tuberculosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. Acta Cytol 1998; 42: 435-436.
2. González-Gay MA, García-Porrúa C, Cereijo MJ, Rivas MJ, Ibáñez D, Mayo J. The clinical spectrum of osteoarticular tuberculosis in non-human immunodeficiency virus patients in a defined area of northwestern Spain (1988-1997). Clin Exp Rheumatol 1999; 17: 663-669.
3. Hugosson C, Nyman RS, Brismar J, Larson SG, Lindahl S, Lundstedt C. Imaging of tuberculosis. V Peripheral osteoarticular and soft-tissue tuberculosis. Acta Radiol 1996; 37: 512-516.
4. Antti-Poika I, Vankka E, Santavirta S, Vastamäki M. Two cases of shoulder joint tuberculosis. Acta Orthop Scand 1991; 62: 81-83.
5. Garrido G, Gómez-Reino JJ, Fernández-Dapica P, Palenque E, Prieto S. A review of peripheral tuberculous arthritis. Semin Arthritis Rheum 1988; 18: 142-149.

## Prueba broncodilatadora en pacientes con EPOC estable

**Sr. Director:** He leído con interés la revisión de Heredia Budó y Rodríguez-Carballeira sobre la prueba broncodilatadora (PBD) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable<sup>1</sup>. Sin entrar en otras cuestiones, me gustaría puntualizar algunos aspectos sobre la interpretación de la PBD.

Como señalan los autores, hay multitud de métodos de expresión de la respuesta a un broncodilatador (RBD). A mi modo de ver, las características de estos métodos que se deberían analizar son: normalidad de la dis-



**Fig. 1. Fotografía del hombro derecho. Se aprecian las lesiones producidas por el absceso tuberculoso.**