

LOS NUEVOS ANTIBIOTICOS: COSTOSOS DISPAROS A CIEGAS

Casi desde el inicio de la era de los antibióticos, hace alrededor de tres décadas, de comenzó a hablar no sólo de su empleo, sino también del abuso con que se utiliza en incontables ocasiones, y por numerosas autoridades médicas se ha insistido -en nuestro país y en todo el mundo— sobre los riesgos y el costo del manejo inadecuado de estos agentes antifecciosos. Se predijo desde entonces lo que efectivamente está ocurriendo en nuestros días: que los antibióticos más efectivos y más baratos se harían a la larga inefectivos contra numerosas infecciones, puesto que las innecesarias y continuadas exposiciones a las diversas poblaciones bacterianas irían seleccionando artificialmente a las cepas más resistentes, al disminuir la competencia biológica de las cepas más sensibles. El caso de la penicilina G para los estafilococos patógenos, es sobradamente conocido; puede decirse que este excelente antibiótico es hoy prácticamente inefectivo contra las cepas de estafilococos que causan enfermedad clínica.

No obstante, el empleo inadecuado de los antibióticos hace 10 ó 15 años era mucho menos nocivo de lo que es hoy, que contamos con agentes muy poderosos, pero también mucho más caros y riesgosos.

El empleo de la penicilina G, por ejemplo, sólo tenía —y tiene— un riesgo importante, por lo demás, fácil de prevenir si se conoce: el *shock* anafiláctico. La tetraciclina y la eritromicina son antibióticos con reacciones secundarias de poca importancia, con la excepción de algunas

capaces de producirse por el empleo de la primera durante la gestación.¹ La dihidroestreptomicina, que dañaba de forma irreversible el órgano de Corti fue retirada del mercado hace varios años y sustituida por el sulfato de estreptomicina. Tan sólo el empleo del cloramfenicol ha tenido el gravísimo —aunque afortunadamente infrecuente— riesgo de la anemia aplásica de carácter irreversible. Esta complicación no fue tampoco un freno de importancia para que se hubiere utilizado con prolijidad y sin una indicación precisa años atrás, cuando estaba “de moda” por ser entonces el antibiótico de más amplio espectro.

Pero en los últimos años, con la introducción de las cefalosporinas (Ceporán), los aminoglicósidos (kanamicina, gentamicina) y las nuevas penicilinas para el estafilococo productor de penicilinas (metecilina, oxacilina); para gérmenes gramnegativos (ampicilina) para las pseudomonas y el proteus (carbenicilina) y otros antibióticos, la situación ha adquirido, como dijimos, caracteres más graves.

Kunin, Tupasi y Craig analizan el problema en el país capitalista económicamente más poderoso —Estados Unidos— donde el empleo indiscriminado de estos poderosos agentes ha llegado a ser, incluso, materia de audiencias senatoriales.

En el año 1972 se consumieron en Estados Unidos cerca de 2 400 000 kg de los ocho antibióticos más comúnmente utilizados,

cantidad suficiente para, tratar dos enfermedades infecciosas de mediana importancia a todos y cada uno de los habitantes de ese país. *Dowling* calcula que un habitante promedio (le E.U. debe tener una afección que requiera el empleo de antibióticos con una frecuencia no mayor de cada 5 ó 10 años.

La producción de antibióticos aumentó, en E.U., en la década de 1960-1970, en un 320% y el costo total de antibióticos a hospitales en un 130%.

Se citan los estudios de *Scheckhr y Bennett* y de *Roberts y Visconti*; los primeros estudiaron el empleo de antibióticos en siete hospitales, encontrando que el 62% de los casos en los que se utilizó antibióticos no mostraron evidencias de infección. *Roberts y Visconti* encontraron igualmente en otro hospital que el 65,6% de los pacientes que recibieron antibióticos no requerían el tratamiento o recibieron dosis inapropiadas.

En el Hospital de la Universidad de Virginia, en 1969, se hicieron estudios que demostraron que en más de la mitad de los pacientes a los que se indicó antibióticos, o el antibiótico era innecesario o se eligió una droga inapropiada.²

Kunin y cois, llaman a los nuevos antibióticos “las drogas del miedo” porque son agentes que permiten al médico calmar sus propios temores de no dar al paciente la droga supuestamente más poderosa, no sólo en las infecciones severas, sino también cuando ellas no existen, o solo hipotéticamente se espera que puedan presentarse. En nuestro medio la frase más usada para este tipo de conducta es “cubrir con antibióticos” al paciente. Los autores mencionados proponen severas medidas de control en el Hospital de la Universidad de Winsconsin.

Por otra parte, estos antibióticos— aunque indudablemente han salvado muchas vidas— no pueden resolver los problemas

de las infecciones hospitalarias, ni pueden ser efectivos en muchos pacientes que tienen graves enfermedades de base o tienen suprimida o atenuada su inmunidad natural, y que son, por demás, los enfermos más susceptibles a infecciones severas por gérmenes gramnegativos.

En nuestro país, que hoy realiza un esfuerzo importante por el desarrollo económico y social y que debido a una concepción revolucionaria y humana, nuestro gobierno no escatima cuantos esfuerzos *sean necesarios* para cuidar o recuperar la salud de nuestro pueblo, el empleo adecuado de los medicamentos en general, y y de los antibióticos en particular, se torna un deber ineludible para el médico cubano, sobre todo teniendo en cuenta el carácter totalmente gratuito de nuestra asistencia médica hospitalaria.

Señalemos las que creemos son las causas más frecuentes de estos costosos disparos a ciegas, que desafortunadamente todavía observamos en nuestra práctica médica:³

1. Desconocimiento de las indicaciones actuales de los antibióticos.
2. Desconocimiento de sus reacciones secundarias principales.
3. Empleo de antibióticos en infecciones virales (catarro común, gripe o influenza, neumonitis viral y otras).
4. Empleo de antibióticos ante cualquier síndrome febril de corta o larga duración, antes de conocer su etiología.
5. Empleo de antibióticos con carácter profiláctico.
6. La tendencia ansiosa a utilizar el último antibiótico que salió al mercado, sin otro criterio que los reclamos del fabricante, la llamada “falta de exposición” de los gérmenes, o las

- apreciaciones de carácter subjetivo o empírico comunicadas por otros médicos.
7. Ceder a las presiones del paciente o de sus familiares.
 8. Empleo inadecuado del laboratorio de microbiología.
 9. En caso de infecciones graves, el no coordinar su estudio o analizar el caso conjuntamente con el microbiólogo.
 10. Las "combinaciones del miedo" destinadas a dar al médico una falsa sensación de seguridad frente a casos graves, a veces con olvido de otras medidas higienicodietéticas, quirúrgicas o medicamentosas no menos importantes. Estas combinaciones no tienen en ocasiones ni siquiera un fundamento clínico.
 11. Los cambios de antibióticos demasiado rápidos, que no dan tiempo a la acción adecuada del medicamento. A veces ocurre lo contrario, y el tratamiento
1. El temor a las reacciones secundarias en los casos verdaderamente graves, que frena el uso del fármaco o de dosis adecuadas del mismo.
 2. Los tratamientos insuficientes en dosis o en tiempo.
- Proponemos que los colectivos hospitalarios estudien esta situación, y propongan las medidas de control que se estimen oportunas, además de provocar coloquios o seminarios sobre indicaciones, dosis, mecanismo de acción, absorción, niveles terapéuticos y otros aspectos de la terapia por antibióticos entre el personal médico de cada institución.

Por el Prof.:

Luis RODRÍGUEZ RIVERA*

* Jefe del departamento de medicina del hospital militar docente "Carlos J. Finlay", Marianao, La Habana, Cuba.

REFERENCIAS

1. —Efficacy of antimicrobial and anti-fungal agents. *Med Clin North Am.* 54: 1181, Sept. 1970.
2. —Kunin, C. M. *et al.* Use of antibiotics. *Ann Int Med* 79: 555, Oct. 1973.
3. —Rodríguez Rivera, L. Uso de los agentes antimicrobianos. Serie: Información de Ciencias Médicas. CNICM No. 21, 1973.