

Lo que nos preocupa más son las aseveraciones que sobre aspectos científicos del consenso exponen en su carta los citados doctores. Plantean 3 objeciones que, de acuerdo con lo establecido por la ciencia, consideramos que son inexactas: *a)* cuestionan la utilización de los criterios de Anthonisen en pacientes ambulatorios con bronquitis crónica (BC) moderada o leve; *b)* consideran que no deben incluirse los macrólidos entre las pautas de tratamiento de las exacerbaciones de la BC dado que el 35% de los neumococos y el 30% de las cepas de *Haemophilus influenzae* son resistentes a ellos, y *c)* dudan de la eficacia e indicación de la telitromicina en el tratamiento de las exacerbaciones de la BC.

Según Llor y Naberan, la validez de los criterios de Anthonisen sólo se ha establecido en enfermos con BC moderada o grave reclutados en ambiente hospitalario. Sin embargo, leída la citada publicación, se advierte que los pacientes de este estudio, tal como exponen Anthonisen et al¹ en el apartado de Material y métodos, recibieron tratamiento en régimen ambulatorio de acuerdo con el juicio de su médico de cabecera y de una enfermera especializada. En segundo lugar, en el mencionado estudio se incluyó a pacientes mayores de 35 años con el diagnóstico clínico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y un volumen espiratorio máximo en 1 s inferior al 70%; por ello, los resultados del estudio son aplicables a cualquier paciente que cumpla estos criterios de inclusión.

El trabajo no analiza la relación entre el valor del volumen espiratorio máximo en 1 s y el beneficio del tratamiento antibiótico, ni establece ninguna clasificación de la gravedad de la BC en función del volumen espiratorio máximo en 1 s.

Sorprende que el Dr. Llor cuestione la validez de estos criterios cuando él mismo, en una publicación reciente², aconseja su empleo sin tener en cuenta la gravedad de la BC ni establecer diferencias en función del valor del volumen espiratorio máximo en 1 s. Por otro lado, en la citada publicación Llor y Mayer recomiendan el tratamiento con eritromicina como alternativa a la amoxicilina.

Respecto a la inclusión de los macrólidos en el tratamiento empírico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada, nos gustaría recalcar que existe un efecto antiinflamatorio beneficioso y demostrado de los macrólidos en las infecciones respiratorias que no debe olvidarse.

Hay estudios que demuestran que en la neumonía bacteriémica causada por neumococos resistentes a los macrólidos el tratamiento con éstos origina un mayor porcentaje de fracasos terapéuticos^{3,4}. Sin embargo, esto no está demostrado en absoluto en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

A nuestro juicio, todo ello justifica la inclusión de los macrólidos sólo como tratamiento alternativo en la reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, como puede leerse en la página 63 del documento ("Los macrólidos deben considerarse un tratamiento alternativo en los casos en que, por cualquier motivo, no puedan emplearse las otras recomendaciones").

Por lo que se refiere a telitromicina, es sabido que con la posología recomendada, 800 mg/día, se obtiene una concentración plasmática máxima en torno a 2 mg/l y una concen-



Réplica

Sr. Director: Hemos leído con atención la carta enviada por los Dres. Llor y Naberan en la que se vierten críticas al documento de consenso "Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica", publicado recientemente. Por un lado, les sorprende la oportunidad de un segundo documento; sorpresa que respetamos pero no compartimos, toda vez que, según nuestro criterio, la justificación de la publicación del citado documento está bien explicitada, consensuada nada menos que por 5 sociedades científicas.

CARTAS AL DIRECTOR

tración en la mucosa bronquial superior a 4 mg/l⁵. La concentración inhibitoria mínima del 90% de la telitromicina frente a *H. influenzae* es de 2 mg/l⁶. La experiencia clínica obtenida muestra que, en pacientes con episodios de agudización de la BC, una pauta de 5 días de telitromicina es tan eficaz como otra de 10 días de axetil-cefuroxima⁶ o 10 días de amoxicilina-ácido clavulánico, tanto desde el punto de vista de la mejoría clínica como de la erradicación bacteriológica.

J.A. García-Rodríguez

Por el Grupo de Consenso

1. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren PW, Hersfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1987;106:196-204.
2. Llor C, Mayer M. Recomendaciones en el uso de antimicrobianos en atención primaria. 3.ª ed. Barcelona: 1999
3. Sánchez F, Mensa J, Martínez A, García E, Marco F, González J, et al. Is azithromycin the first-choice macrolide for treatment of community-acquired pneumonia? *Clin Infect Dis* 2003;36:1239-45.
4. Lonks JR, Garau J, Gómez L, Xercavins M, Ochoa de Echagen A, Gareen IF, et al. Failure of macrolide antibiotic treatment in patients with bacteremia due to erythromycin-resistant *Streptococcus pneumoniae*. *Clin Infect Dis* 2002;35: 556-64.
5. Andrews J, Honeybourne D, Khair O, et al. Penetration of telithromycin (HMR 3647) into bronchial mucosa (BM), epithelial lining fluid (ELF) and alveolar macrophages (AM) following multiple oral doses (resumen 658). Toronto: Proceedings of 40th Interscience Conference on Antimicrobial agents and Chemotherapy, 2000.
6. Aubier M, Aldons PM, Leak A, et al. Efficacy and tolerability of a 5-day course of a new ketolide antimicrobial, telithromycin (HMR 3647), for the treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis in patients with COPD [resumen 2.241]. Toronto: Proceedings of 40th Interscience Conference on Antimicrobial agents and Chemotherapy, 2000.