

Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en un centro de atención primaria

Introducción. El trastorno adaptativo (TA) es un estado de malestar subjetivo con alteración emocional que interfiere en la actividad social. Aparece por inadaptación a cambios biográficos o acontecimientos estresantes (CIE 10)¹⁻³. Se inicia al mes del suceso y no dura más de 6 meses. La prevalencia es del 10-25% en la población general, del 20% en salud mental y del 5-10% en atención primaria^{2,4-6}. Los médicos de atención primaria creemos que suponen una gran carga asistencial, un elevado número de bajas laborales y un alto gasto farmacéutico.

Objetivo. Definir las características de la población con TA en nuestra área, así como los principales factores estresantes implicados, la incapacidad laboral (IL) y el gasto farmacéutico que generan.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Centro de atención primaria en una zona urbana con 20.000 personas de población de referencia.

Participantes. Pacientes con diagnósticos de TA por criterios CIE-10, visitados por los 7 médicos, en el período comprendido entre marzo de 2002 y de 2003.

Mediciones. Se recogieron en la historia clínica (HCAP) las siguientes variables: estado civil, número de hijos, nivel de estudios, ocupación, probable acontecimiento causal, síntomas-signos, tratamiento e IL. Los pacientes seguían control con su médico, que actuaba según su criterio. Para valorar el gasto farmacéutico multiplicamos número de envases consumidos de cada fármaco por su precio de referencia.

Resultados. Se diagnosticó a 64 pacientes. La media de edad fue de 34,5 años, el 68,7% era mujer, el 37,1% estaba casado, el 35,7% soltero y el 27,1% separado. Tenían una media de 0,4 hijos. El 42,9% trabaja en servicios y el 18,6% en la industria. Un 1,4% tiene estudios superiores. El 52,9% de los TA son de tipo mixto (ansioso/de-

presivo), el 28,6% con ánimo deprimido y el 18,6% con ánimo ansioso. Los factores estresantes más habituales son: laboral (30%), familiar (25%) y los cambios del ciclo vital (20%). El 55,7% tuvo una IL entre 2 semanas y 6 meses. Sólo el 4,3% fue remitido al servicio de salud mental (SM), debido a la gravedad de los síntomas o a la sospecha de otra enfermedad. Un 50% recibe tratamiento con benzodiacepinas, el 8,6% con antidepressivos y el 34,3% con ambas. Además, 1 paciente recibía psicoterapia especializada. La media de visitas a su médico es de 2 por mes. El gasto farmacéutico total en este período fue de 11,785 € (media por paciente de 184 €).

Discusión. El problema de los TA es cada vez más prevalente y supone una sobrecarga para los médicos de AP, ya que no se remiten a los servicios de salud mental (¿tal vez por las listas de espera en dichos servicios?). En general se diagnostica en personas jóvenes, en edad laboral, y que refieren a menudo como causa los problemas ocupacionales. En todo esto puede influir la elevada competitividad social, la precariedad laboral y la menor tolerancia al fracaso. Los TA consumen elevados recursos en forma de IL y fármacos. No ofrecemos los tratamientos psicológicos que se han demostrado eficaces para evitar recaídas (terapia conductual, resolución de conflictos).

T. Mur Martí, M. Díez-Caballero
Múrua, E. Florensa Roquet-Jalmar
y L. Pérez Campos

CAP Terrassa Sud. Mútua de Terrassa.
Terrassa. Barcelona. España.

1. Organización Mundial de la Salud: CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor; 1996. p. 70-3.
2. Morera Montes J, Calvo Corbella E. Trastornos adaptativos. En: Vázquez-Barquero JL, editor. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 271-80.
3. Brugulat B, Casaus P, Fernández de Sammamed MS, Foz G, Mercader M, Molina C, et al. Recomanació per l'atenció dels problemes de Salut Mental més freqüents en l'Atenció Primària de Salut. Barcelona: Servei Català de la Salut. Quaderns Pla de Salut; 2000.
4. American Psychiatric Association. Trastornos adaptativos. En: DSM IV. Ma-

nual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 639-43.

5. Botella L, Pacheco M, Herrero G, Corbella S. Investigación en psicoterapia. El estado de la cuestión. Boletín de Psicología. 2000;69:19-42.
6. Cuesta L, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en atención primaria. Barcelona: Glosa. p. 44-6 y 261-5.

Tendinitis asociada a la toma de norfloxacin; a propósito de un caso

Introducción. Los efectos secundarios más frecuentemente descritos en el tratamiento con fluoroquinolonas son gastrointestinales. No obstante, aunque en menor número, también se producen fototoxicidad, afección en el cartílago de crecimiento y la inflamación y consecuente rotura de tendones.

Describimos un caso en relación con la toma de un tipo de quinolona y la aparición de clínica compatible con una tendinitis.

Caso clínico. Mujer de 37 años con antecedentes personales de obesidad de grado II, fumadora de 20 cigarrillos día e hipotiroidismo en tratamiento médico.

Acude al servicio de urgencias de atención primaria por dolor en el hombro, de características mecánicas, cuyo inicio coincidió con la toma de norfloxacin en dosis de 400 mg/12 h a raíz de un cuadro compatible con una infección urinaria. Debido a ello suspendió el tratamiento, con lo que los síntomas mejoraron.

En la exploración destaca limitación en la abducción, principalmente contra resistencia a 90 grados, junto con dolor a la rotación interna del brazo; la clínica era compatible con una tendinitis del supraespinosa, por lo que se pautaron antiinflamatorios y se evitaron los desencadenantes.

Discusión y conclusiones. La toxicidad que ejercen las fluoroquinolonas sobre el

Palabras clave: Atención primaria.
Trastornos adaptativos. Estudio descriptivo.

Palabras clave: Tendinitis.
Fluoroquinolonas. Efectos adversos.

tendón y los cartílagos se conoce desde 1983. La fisiopatología de la tendinitis asociada con la toma de estos medicamentos parece que no está aún clara, aunque se ha descrito una disminución de prostaglandinas con la consecuente elevación de ciertas interleucinas¹.

De los numerosos artículos revisados en relación con la tendinitis asociada a la toma de fluoroquinolonas²⁻⁵ se pueden extraer los siguientes puntos, a modo de resumen y con utilidad para la práctica clínica diaria:

- Entre las fluoroquinolonas que con más frecuencia implican la aparición de tendinitis se encuentran ciprofloxacino, norfloxacino y perfloxacino⁴ (no comercializado en España), a pesar de que ya se han descrito casos asociados con la toma de las más recientemente comercializadas, como levofloxacino y moxifloxacino.
- El tendón afectado con más frecuencia es el aquileo³ y en la mitad de los casos la afección es bilateral.
- Predomina en los varones alrededor de la quinta o sexta década de la vida³.
- Tanto la edad³ como la toma de corticoides⁴ se ha asociado con mayor riesgo de rotura tendinosa.
- La aparición de los síntomas se describe tanto durante como después de finalizar la medicación⁵ y causa suficiente para suspender el tratamiento, ya que ello disminuye el riesgo de rotura tendinosa³.
- La resonancia magnética será útil para distinguir entre tendinitis y rotura parcial.

B. Cano Valles y G. García Chivato
 Centro de Salud Tres Cantos. IMSALUD,
 Área 5. Madrid. España.

4. Royer RJ. Adverse drug reaction with fluoroquinolones. *Br J Clin Pharmacol.* 1996;41:277-84.
5. McGarvey WC, Singh D, Trevino SG. Partial Achilles tendon rupture associated with fluoroquinolone antibiotics: a case report and literature review. *Therapie.* 1996;51:414-6.

La mitad de las tiras de glucemia capilar que utilizan nuestros pacientes tiene una dudosa indicación

Objetivo. Determinar la cuantía de utilización no indicada o dudosamente indicada de tiras de glucemia capilar en un área de salud, así como su impacto económico.

Diseño. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Un área de Salud urbana de Madrid (Área 2) durante el año 2000.

Participantes. Se tomó una muestra estratificada de 175 pacientes extraídos de la base de datos de pacientes diabéticos con suministro de tiras reactivas de glucosa en cada centro.

Mediciones principales. Tipo de tratamiento. Número de tiras consumidas en el año 2000. Se definió la variable «utilización indicada». Para definirla se realizó una revisión bibliográfica¹⁻⁴. Se encontraron evidencias del impacto en la salud del uso de autoanálisis en pacientes en tratamiento con insulina. No se encontraron evidencias del impacto en la salud del uso de tiras en pacientes en tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) o dieta.

Resultados. Los resultados de las variables principales se muestran en la tabla 1. El

Palabras clave: Glicerina capilar. Diabetes mellitus. Gasto farmacéutico. Número racional de medicamentos.

TABLA 1 Resultados principales. Utilización e indicación de tiras reactivas de glucemia

Utilización	Tiras (p = 0,05)	IC del 95%	Coste anual (euros)
Indicada	51%	± 1%	337.875
No indicada	49%	+ 1%	324.625

IC: intervalo de confianza.

65% de los pacientes que recibían tiras tenía una «utilización dudosamente indicada» (estaban en tratamiento con antidiabéticos orales o con dieta), consumieron más de una tira diaria y supusieron el 49% del consumo total de tiras.

Discusión. Podría interpretarse que la prescripción de tiras se realiza no tanto sobre la base de estudios controlados y aleatorizados, sino en función de recomendaciones de consensos. No obstante, en el presente trabajo se encontró que los pacientes en tratamiento con dieta o ADO consumieron una media de más de 1 tira diaria, utilización que está por encima de las recomendaciones más intervencionistas en este tipo de pacientes y en los consensos más conocidos^{5,6}. Este dato sugiere una probable sobreutilización de las tiras de glucemia capilar en los pacientes con tratamiento dietético u oral. El impacto económico directo en el Área en la que se realizó el estudio, con un consumo anual en torno a los 662.500 € en tiras reactivas de glucemia capilar (fuente: INSALUD), supuso un gasto con utilidad cuestionable de al menos 324.625 € en el año 2000. Parece razonable sugerir intervenciones dirigidas a racionalizar la utilización de tiras (sobre todo basándose en estudios controlados y aleatorizados), lo que evitarían molestias innecesarias a una proporción importante de pacientes y un gasto evitable considerable. Como conclusión, según los resultados del estudio, el 49% de las tiras consumidas estaría dudosamente indicado (en ADO y dieta, ya que no se han encontrado estudios que demuestren su utilidad). El coste de esta utilización dudosamente indicada es de, al menos, 324.625 € (54 millones de pesetas) en el año 2000 en un área de salud.

Agradecimientos

A la Gerencia del Área 2 por autorizar este estudio y a los profesionales del Área por su colaboración.

G. Garzón González^a, A. Maganto Sancho^a, A. Sacristán Rubio^b y P. García Gómez^c

^aEAP Federica Montseny Área 1. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

^bServicio Madrileño de Salud. EAP Pozo. Madrid. España.

^cÁrea 1. Servicio Madrileño de Salud. EAP Vallecas Villa. Madrid. España.

1. Clúa JL, Queralt ML, Castan S. Evaluación de la efectividad en el autocontrol metabólico mediante la dispensación directa de tiras diagnósticas a los diabéticos tipo 2. *Aten Primaria*. 1998;21:193-8.
2. Gallichan M. Self monitoring of glucose by people with diabetes evidence based practice. *BMJ*. 1997;314:964-7.
3. Klein CE, Oboler SK, Prochazka A, et al. Home blood glucose monitoring effectiveness in a general population of patients who have non insulin-dependent diabetes mellitus. *J. Gen Intern Med*. 1993;8:597-601.
4. Koch B. Glucose monitoring as a guide to diabetes management. *Can Fam Physician*. 1996;42:1142-6.
5. American Diabetes Association. Consensus statement: self-monitoring of blood glucose. *Diabetes Care*. 1995;18 Suppl 1:47-52.
6. Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria de salud. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.

Indicaciones autorizadas en España de los fármacos antiosteoporóticos

Introducción. En España hay unos 3 millones de personas > 50 años con osteoporosis,

Palabras clave: Osteoporosis. Ficha técnica. Resumen de características de producto. Indicaciones autorizadas. Bifosfonatos.

de las que dos tercios son mujeres¹. En adultos jóvenes se ha estimado una incidencia de 4,1 por 100.000 personas/año².

En varones ocurren cerca del 30% de las fracturas de cadera. Se estima que el 29% de los varones > 60 años que no reciben tratamiento preventivo tendrá una fractura; asimismo, la morbilidad tras fractura por fragilidad es tan elevada en varones como en mujeres y la mortalidad al año de presentar una fractura de cadera es aproximadamente el doble en varones que en mujeres³. Además, el 7,5% de la población adulta recibe tratamiento oral con glucocorticoides y su riesgo relativo de fractura es de 1,9 respecto al de la población general. Se estima que 1/6 de las fracturas vertebrales pueden ser debidas a la corticoterapia⁴.

En España están comercializados la mayoría de medicamentos utilizados en otros países para el tratamiento y la prevención de la osteoporosis. La legislación española limita la prescripción de medicamentos a las indicaciones autorizadas, excepto para el uso compasivo⁵, que permite ampliar estas indicaciones en casos determinados y bajo requisitos formales específicos.

Objetivo. El objetivo del presente estudio fue analizar las indicaciones autorizadas de los tratamientos antiosteoporóticos comercializados en España.

Mediciones. Se revisó la web de la Agencia del Medicamento (CONSAEM, actualizada el 28 de febrero de 2005) para obtener los resúmenes de características de producto (RCP), antes denominadas fichas técnicas, de las especialidades farmacéuticas con los fármacos indicados en la guía de la SECOT¹ (excluido el tratamiento hormonal sustitutivo). Además se solicitaron los RCP a los laboratorios fabricantes. Teniendo en cuenta sus fechas de última revisión, se analizaron las indicaciones autorizadas.

Resultados. Se analizaron los 7 fármacos con indicación en tratamiento o prevención de la osteoporosis: alendronato, calcitonina, elcatonina, etidronato, raloxifeno, risedronato y teriparatida. Se dispone de 37 especialidades farmacéuticas y 35 (94,6%) aparecían con RCP en la web CONSAEM. Los fabricantes remitieron 26 RCP (70,3%), entre las que se encontraban las 2 especialidades ausentes en la web.

Las indicaciones autorizadas hacen mención expresa a tratamiento de la osteoporosis

en mujeres posmenopáusicas. Sólo en las calcitoninas inyectables aparece como indicación «Prevención de pérdida aguda de masa ósea debida a inmovilización repentina, como en el caso de pacientes con fracturas osteoporóticas recientes», sin especificar el sexo y la edad.

Discusión y conclusiones. Hay un vacío en las indicaciones autorizadas para el tratamiento y la prevención de la osteoporosis, tanto en varones como en mujeres premenopáusicas, a pesar de que guías de práctica clínica españolas sí recogen estas recomendaciones. La calcitonina, único fármaco autorizado en España para estas poblaciones, está siendo relegada frente a los nuevos tratamientos antirresortivos (aminobifosfonatos) que parecen evidenciar una disminución de las fracturas osteoporóticas, tanto vertebrales como no vertebrales.

Las guías terapéuticas más actuales recomiendan el tratamiento antirresortivo con bifosfonatos en pacientes que han presentado una fractura osteoporótica (tanto en varones como en mujeres), para reducir el riesgo de nuevas fracturas¹. El tratamiento del varón con osteoporosis también es aconsejado por distintas guías.

En los tratamientos crónicos con glucocorticoides, las recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología (ACR) aconsejan el uso de bifosfonatos mientras dure el tratamiento, si éste es por un período > 3 meses en dosis ≥ 5 mg de prednisona/día y si hay baja densidad mineral ósea o elevado riesgo de fractura⁶. Así, en países como el Reino Unido y Estados Unidos, algunos bifosfonatos están indicados para la prevención de la osteoporosis secundaria a la corticoterapia (tanto en el varón como en la mujer premenopáusica). Es conveniente la aprobación en España de algunos aminobifosfonatos para las indicaciones de prevención y tratamiento de osteoporosis en varones y mujeres premenopáusicas siguiendo las recomendaciones de las guías terapéuticas.

A. Úbeda^a, L. Monzón^b, F. Fernández-Llimós^c

^aDepartamento de Farmacología. Universitat de València. Valencia. España.

^bFarmacéutica Comunitaria. Valencia. España.

^cGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España.

1. Guía de Práctica Clínica. Osteoporosis. SECOT. Madrid: Medical and Marketing Communications; 2004.
 2. Khosla S, Lufkin EG, Hodgson SF, Fitzpatrick LA, Melton III LJ. Epidemiology and clinical features of osteoporosis in young individuals. *Bone*. 1994;15:551-5.
 3. Olszynski WP, Davison KS, Adachi JD, Brown JP, Cummings SR, Hanley DA, et al. Osteoporosis in men: epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Clin Ther*. 2004;26:15-28.
 4. Donnan PT, Libby G, Boyter AC, Thompson P. The population risk of fractures attributable to oral corticosteroids. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*. 2005;14:177-86.
 5. Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. Madrid: BOE de 7 de febrero de 2004.
 6. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on glucocorticoid-induced osteoporosis. Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: 2001 update. *Arthritis Rheum*. 2001;44:1496-503.
-