

afectan a una población lo suficientemente amplia y capaz económicamente como para compensar el gasto que conlleva la inclusión en el mercado de una nueva molécula. Así pues, actualmente, existe una gran proliferación de productos destinados al control de patologías propias del envejecimiento poblacional, como la artrosis y osteoporosis, o del estado del bienestar, caso de la dislipemia e hipertensión, que contrastan con la precariedad de tratamientos efectivos para enfermedades como paludismo, lepra... pese a constituir una causa importantísima de mortalidad en países del Tercer Mundo, y que con los movimientos migratorios que se están produciendo en los últimos años pueden afectarnos progresivamente cada vez más en nuestro ámbito de trabajo.

El profesional sanitario debería estudiar las necesidades de salud de la población a su cargo para después decidir en consecuencia cuáles serían las áreas en las que necesita mejorar o actualizar su formación.

Una vez establecidas las áreas de interés, se inicia la etapa de búsqueda de las mejores fuentes de formación. Una fuente de formación para ser considerada de calidad debe incluir un sistema de evaluación tanto de la parte docente como de la discente. Las sociedades científicas tienen la responsabilidad de garantizar que los programas acreditados contengan información científica objetiva y ajustada a los objetivos, con un sistema de evaluación completo y adecuado.

El hecho de que en un curso las respuestas al test de evaluación se filtren entre el alumnado invalida dicha evaluación, sea quien sea el organizador del curso. Toda persona a quien le conste que dicho fraude ha sido cometido tiene el deber moral de denunciarlo, ya que si se inhibe es tan responsable de lo sucedido como el que realiza el fraude. Los organizadores de un

curso que aspire a acreditación docente, ante la sospecha de fraude en la evaluación, deberían poner en marcha los mecanismos necesarios para reevaluar a los discentes o bien renunciar a la acreditación que hubiera merecido el curso. En el caso de que los organizadores no pusieran en marcha ninguno de estos mecanismos, la responsabilidad de acción recaería en la entidad acreditadora que podría legítimamente anular la acreditación del curso.

Por último, quisiera agradecer a la dirección de la revista que se haya hecho eco de un problema que suscita tantas reflexiones y cuya implicación en nuestra práctica asistencial no es de modo alguno banal. El diálogo establecido induce a pensar que la resolución de conflictos de índole moral es de interés general y, dado que hay poca formación ética entre nuestro colectivo, quizá sería una idea la de crear un grupo dedicado a formar al colectivo de médicos de atención primaria en la discusión y resolución de conflictos éticos.

**M.L. Rubio Montañés
y C. Adalid Villar**

Médicos de Familia. Unitat Docent de
Medicina de Família i Comunitària
de Girona. Miembro del Grupo de Bioètica
de la Unitat Docent de Girona.

Hipotiroidismo inadvertido y miopatía por hipolipemiantes

Sr. Director: La dislipemia es frecuente en el hipotiroidismo y puede ser el único dato de esta enfermedad. Con las determinaciones rutinarias de lípidos, un número creciente de pacientes hipotiroideos pueden presentarse exclusivamente con hipercolesterolemia más que con sus síntomas clásicos. Por otra parte, la disponibilidad de nuevos, potentes y relativamente seguros hipolipemiantes puede facilitar el que se prescriban estos fármacos sin

considerar cuidadosamente causas específicas. Sin embargo, antes de iniciar tratamiento farmacológico se debe descartar que la dislipemia sea secundaria a una diabetes mal controlada, alcoholismo u otras circunstancias modificables, como el hipotiroidismo. Se describen 3 pacientes con dislipemia «resistente al tratamiento hipolipemiente». Dos fueron vistos en consulta y otro en urgencias. Se trata de 3 mujeres, con dislipemia de reciente diagnóstico e hipotiroidismo inadvertido. Los datos más relevantes se muestran en la tabla 1.

La paciente 1 consultó por dislipemia mixta e intolerancia a estatinas y fibratos, con mialgias, por lo que abandonó el tratamiento antes de acudir a consulta. No tenía ninguno de los clásicos estigmas de hipotiroidismo, ni repercusión clínica de su grave dislipemia. Tenía varios familiares afectados y se estableció el diagnóstico de hiperlipemia familiar combinada. Tras normalizar su situación de hipotiroidismo, toleró fármacos que antes había abandonado. Lo mismo ocurrió con la paciente 3. En cuanto a la paciente 2, sus cifras de lípidos se normalizaron tras el tratamiento hormonal sustitutivo con T4.

Aunque popularmente se asocia el hipotiroidismo con el sobrepeso, dos de nuestras pacientes eran delgadas y sus pesos no se modificaron tras el tratamiento con T4. En cambio, la tercera paciente tenía un índice de masa corporal de 30,8 kg/m² y tras corregir el mixe-dema adelgazó 9 kg. En los 3 casos se trataba de insuficiencia tiroidea grave y probablemente de más de 2 años de evolución. Conviene insistir en la relación temporal entre el inicio del tratamiento hipolipemiente y los síntomas musculares de las 3 pacientes.

El hipotiroidismo ocasiona miopatía en un porcentaje variable de casos, que se ha llegado a estimar mediante estudios neurofisiológicos¹ en un 46,6%. No obs-

TABLA 1. Datos más relevantes de las 3 pacientes

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad (años)	69	49	66
IMC	22,2 kg/m ²	23,4 kg/m ²	30,8 kg/m ²
Tratamiento	Simvastatina 20/ Gemfibrocilo 1.200	Atorvastatina 20	Atorvastatina 20
Colesterol	426 mg	384 mg	357 mg
Triglicéridos	1.012 mg	136 mg	278 mg
ECG	Normal a 58 lpm	Bajos voltajes 57 lpm	Bajos voltajes 52 lpm
Clínica	Intolerancia a estatinas y fibratos, con debilidad y mialgias	Disfonía, hinchazón facial, astenia, mialgias	Disfonía, hinchazón facial, astenia, mialgias, aumento de peso y depresión
CK	*	486 U/l	902 U/l
TSH	184 (µU/ml)	290 (µU/ml)	153 (µU/ml)

*Presentó intolerancia a estatinas y fibratos, administrados sucesivamente, con mialgias y debilidad. Abandonó tratamiento con lo que desaparecieron los síntomas antes de acudir a consulta.
CK: creatinina.

tante las CK también pueden encontrarse elevadas por una disminución de su aclaramiento. Además, el hipotiroidismo puede facilitar la toxicidad muscular por hipolipemiantes²⁻⁵, como parece ocurrir al menos en dos de nuestras pacientes. La presentación de mialgias y debilidad motivó que la paciente 1 abandonase el tratamiento, y que la 3 acudiese a urgencias. Sin embargo, ambas toleraron estos fármacos una vez normalizado su hipotiroidismo, como también sucedió en el paciente de Ahmad³.

Aunque en una serie de 74 casos de miopatías tóxicas⁶ sólo se describieron 2 relacionadas con hipolipemiantes, probablemente su número esté aumentando debido al mayor uso de estos fármacos. Pensamos que el hipotiroidismo puede potenciar la toxicidad muscular por estatinas, por lo que para excluirlo debe determinarse la TSH antes de iniciar tratamiento con estos fármacos, sobre todo cuando la dislipemia sea de reciente diagnóstico.

G. Gascón Ramón^a, F. Bertomeu Blanch^a, V. Meneu Montoliu^b y M.D. Fenollosa Tamarit^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital La Plana de Vila-real (Castellón). ^bCentro de Salud de Onda (Castellón).

1. Cruz MW, Tendrich M, Vaisman M, Novis SA. Electroneuromyography and neuromuscular findings in 16 primary hypothyroidism patients. *Arq Neuropsiquiatr* 1996; 54: 12-18.
2. Al-Jubouri MA, Briston PG, Sinclair D, Chinn RM, Young RM. Myxoedema revealed by simvastatin induced myopathy. *BMJ* 1994; 308: 588.
3. Ahmad S. Lovastatin-induced myopathy in an hypothyroid patient. *J Fam Pract* 1995; 41: 227-228.
4. Galiana J, Marchán E, Montés I, Pato S. Miopatías tóxicas en relación con la administración de hipolipemiantes: ¿son los fármacos los únicos responsables? *Rev Clin Esp* 1995; 195: 620-622.
5. Fuentes I, Aguilera C. Miopatía secundaria al tratamiento con fármacos inhibidores de la HMG-CoA reductasa. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 700.
6. Fernández-Solá J, Pedrol E, Masanés F, Casademont J, Grau JM, Urbano-Márquez A. Miopatías tóxicas: estudio clínico, etiológico e histológico de 74 casos. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 721-724.

Aneurisma de aorta abdominal en una consulta de atención primaria

Sr. Director: Los aneurismas de la aorta abdominal (AAA) constituyen un importante problema de

salud. Su prevalencia oscila en el 1-5,4% según diversos estudios, llegan a ser del 9% en población de alto riesgo (varones de 60-75 años con hipertensión arterial y/o enfermedad coronaria) y representan el 2% de todas las muertes en varones mayores de 60 años. Se ha descrito una fuerte asociación de los AAA con el tabaquismo. Otros factores con los que se relacionan son: edad, sexo masculino, historia familiar de aneurisma, cardiopatía isquémica, dislipemia e hipertensión arterial. Como factores que disminuyen su presentación se han citado el sexo femenino, la raza negra y la diabetes¹.

Los AAA se caracterizan por cursar de manera asintomática, con un desenlace fatal en caso de rotura (mortalidad del 50-70%, a pesar del tratamiento quirúrgico). Esto plantea la necesidad de detectarlos precozmente, ya que la mortalidad con cirugía electiva antes de la rotura es inferior al 5%.

En la tabla 1 se exponen las características principales de 4 casos pertenecientes a una misma consulta de nuestro centro de salud. Es de destacar que todos los pacientes son varones, fumadores y de edad superior a 60 años.

La prevención primaria de los AAA pasaría por la intervención sobre el tabaquismo y el resto de los factores de riesgo asociados. La prevención secundaria pasaría por su detección temprana, desempeñando un papel fundamental en ambos casos el médico de familia.

La sensibilidad de la exploración física se ha estimado que es del 39% y mejora según aumenta el tamaño del aneurisma (76% en mayores o iguales a 5 cm, que son los subsidiarios de tratamiento quirúrgico)².

La palpación abdominal en pacientes de alto riesgo (varones mayores de 60 años con hipertensión arterial o enfermedad vascular) es útil para detectar AAA ma-