

CARTAS AL DIRECTOR

Síndrome neuroléptico maligno asociado a haloperidol

Sr. Director: El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una rara entidad clínica que se presenta como reacción idiosincrásica al tratamiento con dosis terapéuticas de fármacos neurolépticos^{1,2}. Se caracteriza por hipertermia, síndrome extrapiramidal, rigidez muscular, alteración del nivel de conciencia y disfunción autónoma. Se incluyen los neurolépticos clásicos, como haloperidol, y los más recientes, caso de risperidona y olanzapina³. Se presenta el caso de una paciente que desarrolló un cuadro compatible con SNM asociado a haloperidol.

Mujer de 82 años de edad con antecedentes patológicos de EPOC, HTA y cardiopatía hipertensiva con crisis de ACFA paroxística. Dos meses antes del ingreso manifiesta una infección de orina que se acompaña de agitación psicomotriz y alucinaciones auditivas que ceden con norfloxacin y haloperidol, 4 mg/8 h. Un mes antes del ingreso presenta una fractura pertrocantérea de fémur izquierdo que requiere intervención quirúrgica; en su estancia hospitalaria presenta el mismo cuadro de agitación psicomotriz que se autolimita con haloperidol a las mismas dosis. De forma intermitente, en el domicilio se le administra el antipsicótico a las dosis prescritas por persistencia de los episodios de agitación. Doce horas antes del ingreso la paciente muestra un cuadro de hipertermia de 40,5 °C, estupor, taquipnea y taquicárdica, hipertensión generalizada y mioclonías multifocales. La exploración física no revela datos de infección respiratoria, intestinal y/o neurológica. Es remitida al hospital de refe-

rencia bajo la sospecha diagnóstica de SNM.

Se inicia tratamiento con medidas antipiréticas físicas, hidratación parenteral, antibioterapia de amplio espectro, oxigenoterapia y monitorización cardiovascular. En la analítica practicada destacan: creatinina, 1,86; GOT, 41; CPK, 434; CPK-MB, 51; Na, 159; K, 5,75; Cl, 115; gasometría venosa (pH, 7,16; pCO₂, 63,2; pO₂, 15,8; bicarbonato, 22,1, y sat. O₂, 14,1%). Leucocitos, 27,8 (91% segmentados, 1% metamielocitos, 3% eritroblastos, 4% linfocitos y 1% eosinófilos).

A las 2 horas de su ingreso en urgencias entra en parada cardiorespiratoria, progresando a un fallo multiorgánico y falleciendo la paciente.

Los hemocultivos y urinocultivos practicados fueron negativos.

Uno de los principales problemas del SNM es la variabilidad en su presentación clínica⁴; a veces son formas de escasa gravedad o síndromes incompletos. Los datos de laboratorio más frecuentes son elevaciones de la CPK, leucocitosis, hipernatremia, elevación de las transaminasas, LDH y fosfatasas alcalinas en ausencia de otras causas aparentes que lo justifiquen.

Se cree que el mecanismo de acción es por un bloqueo de las vías dopaminérgicas de los ganglios basales y del hipotálamo⁵; dado que los fármacos neurolépticos bloquean los receptores de dopamina, el SNM se atribuye a una depleción de ésta. La búsqueda bibliográfica por MEDLINE proporciona tan sólo la presentación de 20 casos en la literatura médica que relacione la palabra clave neuroleptic malignant syndrome con haloperidol.

El caso comentado cumple los criterios para ser considerado un SNM.

A pesar de la baja incidencia de SNM en pacientes tratados con

neurolépticos, un 0,9-2,4% según las series^{2,6}, su alta tasa de mortalidad del 20% y el uso tan frecuente de estos fármacos obliga a tener presente esta entidad clínica. Debe mantenerse siempre una conducta expectante, incluso en aquellos neurolépticos de baja potencia extrapiramidal.

A. Espino García, M. Madrid Valls, R. Mur Garcés y N. Nadal Braqué

ABS Bordeta-Magraners. Subdivisió d'Atenció Primària Centre-Lleida. DAP Segrià-Garrigues. Lleida.

1. Martínez E, Domingo P, Lloret J. Síndrome neuroléptico maligno. Med Clin (Barc) 1994; 102: 181-188.
2. Rivera JM, García Bragado F, Iriarte LM, Lozano Gutiérrez F, Salgado V, Andreu J et al. Síndrome neuroléptico maligno. Análisis de 9 casos. Med Clin (Barc) 1990; 94: 1212-1225.
3. Canaro Lebreto J, Bermúdez García JM, Álvarez García ML, Rico Irles J. Antipsicóticos atípicos y síndrome neuroléptico maligno. Med Clin (Barc) 2000; 115: 279.
4. Sagar SM. Neuroleptic malignant syndrome: a diagnostic dilemma. J R Soc Med 1991; 84: 500-501.
5. Kish SJ, Kleinert R, Mianauf M, Gilbert J, Walter GF, Slimovitch C et al. Brain neurotransmitter changes in three patients who had a lethal hyperthermia syndrome. Am J Psychiatr 1990; 147: 1358-1363.
6. Guze BH, Baxter LR. Neuroleptic malignant syndrome. N Engl J Med 1985; 313: 163-166.

Sobre la coordinación atención primaria/especializada

Sr. Director: En muchas ocasiones se ha hablado de la necesaria coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada, ya que dicha coordinación mejoraría las relaciones entre ambos niveles y contribuiría a aumentar la calidad de la atención prestada; pero no dejamos de encontrarnos los profesionales de AP con situaciones en las que lo

que parece que podría ser una mejora para todos se queda en una mejora para los profesionales del hospital, y no así para los de AP, sólo por el hecho de que las decisiones circulan en el único sentido de hospital hacia AP y nunca al revés, ni consensuadas ni retroalimentadas. Siendo dos subsistemas asistenciales que forman parte del propio sistema de salud, y por lo tanto condenados a entendernos, ¿hasta cuándo seguiremos sin tener en cuenta el uno al otro?

Hace unos días se presentó por nuestro laboratorio de referencia el nuevo modelo de petición de analítica; se trata, según quienes lo presentan, de una «hoja grafitada», en la que los peticionarios debemos rellenar una serie de datos de filiación como nombre del paciente, número de afiliación a la Seguridad Social, fecha de nacimiento, sexo, fecha y firma. Por otro lado, las peticiones se realizan rellenando cuadraditos, como si de un examen se tratara, y por fin la clave médica y el código del centro, también rellenando cuadraditos; para identificar la muestra se recurre, lógicamente, a una etiqueta de barras para su lectura óptica. Este «volante de petición» sirve para las peticiones de hematología, bioquímica y orina, quedando vigentes otros modelos para otras peticiones.

En principio, aunque se crea un nuevo modelo de impreso, se eliminan varios, por lo que el resultado parece provechoso para todos; sin embargo, pienso que se ha perdido una oportunidad de realizar un formulario que satisfaga a todos, peticionarios y receptores de éstos, ya que por parte del peticionario digamos que se plantean las siguientes «deficiencias»:

– Se nos hace rellenar a mano los datos de identificación del paciente, cuando lo lógico sería que desde el propio programa TASS, con el que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha dotado a sus centros

de AP, se pudiesen imprimir etiquetas con estos datos.

– Se nos obliga a rellenar a mano y de forma reiterativa datos como clave médica y código de centro, lo que se resolvería si en vez de hacerlo a base de «cuadraditos» se hubiera previsto hacerlo también a base de códigos de barras que, o bien serían proporcionados por el programa TASS, o bien por otro sistema adecuado, pero en cualquier caso lo que no parece razonable es que haya que rellenarlos a mano y que además la información haya que proporcionarla por duplicado, ya que es sabido, o debería serlo, que al menos en AP la clave identifica unívocamente a la plaza que ejerce el facultativo peticionario, y por lo tanto al centro; dicho de modo más simple: el código del centro va implícito en la clave médica, claro que esto, como otras tantas cosas de AP, ni se sabe en el hospital ni se pregunta.

– Tampoco está de más recordar que en AP existen las extracciones a domicilio, en cuyas peticiones hay que hacerlo constar y anotar la dirección del paciente, pero como es normal en el hospital o no lo saben o no es demasiado interesante, por lo que en el nuevo formulario no puede expresarse esta circunstancia.

– Por último, en los centros informatizados de Andalucía (todos en breve plazo) la petición de analítica hay que hacerla desde el programa TASS, que nos da una salida en papel (inservible para el laboratorio), posteriormente rellenar la del propio laboratorio y cuando vienen los resultados pasarlos a mano al programa, con la particularidad de que si no se ha solicitado previamente a través del TASS no nos deja introducir los resultados. Engorroso, ¿verdad?, ¿y el tiempo que se tarda?

Este cambio podría interpretarse como que los clientes (peticionarios) están al servicio (rellenan datos de filiación a mano, «cuadrículan» datos de centro y clave mé-

dica incluso repetida, pegan etiqueta de códigos de barras) del proveedor (que se encuentra la petición totalmente automatizable), cuando en la actual filosofía del SAS, y de cualquier empresa, es el proveedor quien debe estar al servicio del cliente, siendo uno de sus objetivos principales precisamente su satisfacción.

Probablemente este comentario no habría tenido lugar si, cuando se diseñó el nuevo modelo, hubiesen sido consultados todos los implicados en el circuito, con lo cual estas «deficiencias» se habrían solventado antes de salir a la luz, y todos, peticionarios y receptores, proveedores y clientes, nos habríamos puesto de acuerdo satisfaciendo ambos nuestras necesidades.

Esperamos que estos comentarios sirvan como otro ejemplo de que la coordinación interniveles no debe ser considerada como algo lejano y distante sino, al contrario, cercano y que nos afecta en algo tan simple como realizar la petición de un hemograma, pero también como motivo de reflexión, de forma que cuando se vayan a introducir cambios que puedan afectar a otros profesionales no se hagan de forma unilateral y sin contar con todo el personal implicado en ellos, y en el mejor de los casos como oportunidades de mejora, de forma que al menos se nos evite rellenar unos cuadraditos que por duplicados parecen inútiles, ¿o no?

Sirva también para manifestar una vez más que la coordinación entre niveles ha de ser participativa, acordada, manifestada y consensuada; debemos introducir mejoras para y con la participación de todos.

En AP estamos dispuestos a dialogar, emprender, corregir, mejorar, participar y cada vez menos a ser meras correas de transmisión de otros niveles asistenciales.

**A. Medrano Ortega
y R. Moya Santana**

Centros de Salud Utrera-Sur El Coronil
y Cerro del Águila. Sevilla.