

2. Andrés E, Dali-Youcef N, Vogel T, Serraj K, Zimmer J. Oral cobalamin (vitamin B₁₂) treatment. An update. *Int J Lab Hematol*. 2009;31:1–8.
3. Mariño Suárez JE, Monedero Recuero I, Peláez Laguno C. Deficiencia de vitamina B₁₂ y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Aten Primaria*. 2003;32:382–7.
4. Norberg B. Turn of tide for oral vitamin B₁₂ treatment. *J Intern Med*. 1999;246:237–8.
5. Rabu al Rey R, Monte Secades R, Peña Zemsch M, Bal Alvaredo M, G mez Gigirey A.  Debemos utilizar la vía oral como primera opción para el tratamiento del déficit de vitamina B₁₂? *Rev Clin Esp*. 2007;207:179–82.
6. Andrés E, Noel E, Schlienger JL, Blickl  JF. Mild cobalamin deficiency associated with long-term metformin intake-reply. *J Intern Med*. 2004;255:302–3.

Francisco José Fernández Fern ndez^{a,*} y María Varela Manso^b

^a*Servicio de Medicina Interna, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol, A Coruña, España*

^b*Medicina de Familia y Comunitaria,  rea Sanitaria de Ferrol, A Coruña, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjf-fernandez@terra.es

(F.J. Fernández Fernández).

doi:10.1016/j.aprim.2009.10.018

Respuesta del autor a la carta «pautas de actuación en déficit de vitamina b12 asociado a tratamiento con metformina»

Response by the author to the letter “working guidelines in vitamin B12 deficiency associated with treatment with metformin”

Sr. Director:

Como autores del artículo, agradecemos el interés mostrado por los Dres. Fernández y Varela y las aportaciones que realizan. En el art culo¹ proponemos un algoritmo de actuación basado en las publicaciones de casos clínicos que directamente relacionan metformina con el déficit de vitamina B₁₂ y la actitud seguida en ellos. Como apuntamos en las últimas líneas del artículo, somos conscientes de que pretendemos dar una respuesta temporal hasta que nuevos estudios clínicos den luz tanto a los aspectos fisiopatológicos que, tal como matizan los Dres. Fernández y Varela, no están del todo establecidos, así como a la actitud a seguir.

Si bien es cierto que diversos artículos de publicación reciente^{2–5} en que se compara la eficacia de la administración de vitamina B₁₂ por vía parenteral, ya sea intramuscular o subcutánea, respecto a la vía oral no muestran diferencias entre ambas vías, estos mismos artículos consideran que, en caso de que el déficit de vitamina B₁₂ se asocie a una alteración neurológica, la vía de elección para iniciar el tratamiento es la parenteral, para evitar demorar la corrección de los niveles séricos de cobalamina. La vía parenteral también fue la de elección en el estudio de Liu⁶ en el que el déficit de vitamina B₁₂ se asociaba a alteración neurológica.

A pesar de que en la redacción del algoritmo no quisimos entrar a discutir sobre la vía de elección, sino solo centrarnos en describir la actitud seguida en los casos publicados, nos mostramos de acuerdo en considerar la terapia oral como una opción eficaz en los casos de anemia leve-moderada.

En los pacientes con déficit de vitamina B₁₂ y repercusión clínica (escenario C) y/o anemia (escenario D), propon mos

como opción la suspensión de metformina. Esta recomendación se fundamenta en la actitud seguida en la bibliografía consultada y los casos analizados. Como apuntábamos en nuestro artículo, desde la publicación del estudio UK Prospective Diabetes Study (UKPDS)⁷, la metformina se considera el fármaco de primera elección para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2). Pero dada la presencia actualmente de una mayor diversidad de opciones terapéuticas que también pueden permitir un buen control metabólico, la sustitución de metformina cuando esta produce afectación clínica o analítica nos parece la opción más adecuada. Por ello, la suspensión temporal o definitiva podría ser válida en casos con gran repercusión clínica, valorando la posibilidad de reintroducir la metformina, a criterio médico, una vez corregido el déficit de vitamina B₁₂.

Reiteramos nuestra creencia de que el algoritmo pretende dar una orientación a una situación clínica habitual en nuestra consulta, hasta que nuevos estudios aclaren las distintas dudas. En cualquier caso, el criterio médico y la valoración individual de cada paciente será la que guíe la actitud a seguir.

Bibliografía

1. Acezat Oliva J, Simó Cruzet E. Déficit de vitamina B12 en pacientes tratados con metformina: pautas de actuación. *Aten Primaria*. 2009, doi: 10.1016/j.aprim.2009.05.010.
2. Mariño Suárez JE, et al. Deficiencia de vitamina B12 y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Aten Primaria*. 2003;32:382–7.
3. Rabu al Rey R, Monte Secades R, Peña Zemsch M, Bal Alvaredo M, G mez Gigirey A.  Debemos utilizar la vía oral como primera opción para el tratamiento del déficit de vitamina B12? *Rev Clin Esp*. 2007;207:179–82.
4. Andrés E, Dali-Youcef N, Vogel T, Serraj K, Zimmer J. Oral cobalamina (vitamina B12) treatment. An update. *Int J Lab Hematol*. 2009;31:1–8.
5. Andrés E, Noel E, Schlienger JL, Blickl  JF. Mild cobalamin deficiency associated with long-term metformin intake-reply. *J Intern Med*. 2004;255:302–3.
6. Liu KW, Dai LK, Jean W. Metformin-related vitamin B12 deficiency. *Age and Ageing*. 2006;35:200–1.
7. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 1998;352:854–65.

Jordi Acezat Oliva^{a,*} y Enric Simó Cruzet^b

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jacezat@gmail.com (J. Acezat Oliva).

^aAtención Primaria, CAP Sant Genís, Rubí, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España

^bAtención Primaria, CAP Terrassa Nord, Terrassa, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España

doi:10.1016/j.aprim.2009.11.008

Acciones para mejorar el servicio de dispensación de metadona en atención primaria

Actions to improve the methadone dispensing service in primary care

Sr. Director:

Desde 1987, en Andalucía, el servicio de dispensación de metadona se oferta a través de los centros de atención primaria (CAP). Esto responde a una estrategia de acercamiento de la red sanitaria a una población que, aunque presenta un estado de salud deteriorado, no accede a los servicios sanitarios. El Programa de Tratamiento con Metadona (PTM) pretende ofrecer una atención integral

basada en una intervención intersectorial. A pesar de que este modelo es considerado una buena práctica, estudios recientes señalan la mejora del servicio de dispensación como elemento crítico para la calidad asistencial del PTM¹. Nuestro estudio identificó tanto áreas² como acciones o propuestas para mejorar el servicio de dispensación de metadona en los CAP de Andalucía, siguiendo el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM)³. Aquí se presentan brevemente las propuestas señaladas.

Utilizamos el método de consenso Delphi⁴ con 2 rondas de entrevista mediante cuestionario administrado por correo electrónico a 39 profesionales con distintos perfiles: personal dispensador, prescriptor y responsables. Se midieron la distribución de propuestas según criterios de la EFQM y la prioridad de cada acción de mejora según una matriz multicriterio que cruzaba la puntuación alcanzada en 2 escalas de valoración: importancia (1 = mínimo/5 = máximo) y factibilidad (1 = mínimo/10 = máximo.).

Tabla 1 Propuestas de mejora mejor valoradas

Propuestas de mejora	Dimensión según la EFQM	Importancia		Factibilidad	
		Media	DT	Media	DT
Protocolo para seguimiento en casos de embarazo	Política y estrategia	4,82	0,31	8,36	1,04
Protocolo con centros hospitalarios	Política y estrategia	4,67	0,48	8,12	1,51
Definición clara y unificada de los objetivos del programa en todos los niveles	Liderazgo	4,61	0,60	7,73	1,72
Protocolo de comunicación y coordinación con los médicos de AP	Política y estrategia	4,59	0,56	7,56	1,43
Formación en capacidades sociales para afrontar situaciones de crisis o conflicto	Personas	4,55	0,55	7,30	1,71
Definir, de forma clara y consensuada, el papel del personal dispensador en el programa	Personas	4,48	0,66	7,91	1,87
Protocolo para situaciones de conducta agresiva hacia el personal dispensador	Política y estrategia	4,48	0,75	7,67	1,72
Elaboración de un plan de formación integral en dependencias a las drogas y adicciones para personal de AP encargado del PTM	Personas	4,48	0,66	7,18	1,94
Protocolo con centros penitenciarios (entradas/salidas de prisión)	Alianzas y recursos	4,48	0,62	7,12	1,98
Protocolo para derivación de pacientes entre centros de dependencias a las drogas	Alianzas y recursos	4,45	0,66	8,45	1,20
Protocolo con salud mental	Política y estrategia	4,61	0,53	7,36	2,03

AP: atención primaria; DT: desviación típica; EFQM: European Foundation for Quality Management; PTM: Programa de Tratamiento con Metadona.