

A propósito de un caso de hipotiroidismo

Introducción. El hipotiroidismo es el resultado de una baja secreción de hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroidea o, excepcionalmente, de su acción tisular¹. Pensaremos en un hipotiroidismo iatrogénico en pacientes sometidos a cirugía, radioterapia externa, administración de ¹³¹I o en tratamiento con fármacos que interfieren en la producción de hormonas tiroideas, tales como: *a)* metimazol, propiltiouracilo, amiodarona y litio (actúan en la fase de síntesis); *b)* colestiramina o sales de hierro (interfieren en la absorción), y *c)* carbamazepina, rifampicina o fenobarbital (aumentan su metabolismo).

Se presenta a continuación un caso de hipotiroidismo iatrogénico inducido por metimazol que, a pesar de la historia clínica y la presentación florida y avanzada de los síntomas, pasó inadvertido.

Caso clínico. Mujer de 93 años de edad con diagnósticos previos de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, hiperuricemia asintomática, hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis C e hipertiroidismo subclínico (con bocio multinodular y nódulo hipercompacto en el lóbulo derecho del tiroides) para el que se inició, 3 meses antes, tratamiento con metimazol (Tirodril®) en dosis de 5 mg/8 h.

Acudió a su centro de salud con un informe del día anterior del servicio de urgencias hospitalario en el que constaba el diagnóstico de angioedema facial de más de 3 semanas de evolución y pauta de tratamiento con corticoides y antihistamínicos. Su médico de familia reinterrogó a la paciente y familiares, quienes, además de la inflamación facial y palpebral, destacaron disfonía, astenia y estreñimiento progresivo.

Ante la clínica indicativa de hipotiroidismo en el contexto de un tratamiento farmacológico hipotiroideo de 3 meses de evolución y sin controles periódicos, se solicitó determinación urgente de hormona tirotrópica y tiroxina, que confirmaron la si-

TABLA 1 Síntomas y signos más frecuentes asociados a hipotiroidismo en el adulto¹

Astenia, cansancio
Aumento de peso
Piel seca con intolerancia al frío
Coloración pálida o amarillenta
Caída del cabello
Cabello graso y quebradizo
Voz ronca
Reflejos tendinosos retardados
Ataxia
Estreñimiento
Falta de memoria
Falta de capacidad de concentración
Depresión
Amenorrea, irregularidad en el ciclo menstrual, infertilidad
Artromialgias inespecíficas
Hipercolesterolemia
Bradicardia sinusal
Mixedema (edema sin fovea)

tuación de hipotiroidismo. Se remitió de nuevo al servicio de urgencias a la paciente, que quedó ingresada tras instaurar tratamiento corticoide intravenoso para prevenir una insuficiencia suprarrenal aguda, tras el cual se inició tratamiento con hormona tiroidea que se mantuvo hasta el alta y se retiró el metimazol.

Discusión y conclusiones. El hipotiroidismo no siempre está asociado con los síntomas y signos típicos (tabla 1) que se le atribuyen y a menudo pasa inadvertido a los clínicos. Por el contrario, pacientes con síntomas y signos característicos pueden no presentar la enfermedad cuando se realiza la determinación de hormonas tiroideas². La enfermedad hipotiroidea puede desencadenar un amplio abanico de síntomas y alteraciones analíticas, desde clínicamente inaparentes hasta el coma mixedematoso³. No se debe olvidar que existe una serie de situaciones que por sí mismas requieren descartar la presencia de hipotiroidismo, entre las que destacan por su alto riesgo de presentar enfermedad tiroidea⁴ o singularidad: antecedentes de enfermedad tiroidea, bocio, cirugía tiroidea o tratamiento con ¹³¹I, diabetes mellitus autoinmunitaria, anemia perniciosa, tratamiento con amiodarona o litio, síndrome del túnel carpiano,

demencia, síndrome de Down y derrame pericárdico.

El médico de familia debe conocer los diferentes tratamientos que existen para el hipertiroidismo y sus efectos adversos. Hasta un 15% de los pacientes que toman un fármaco antitiroideo presentan efectos secundarios leves (prurito, urticaria, dolor e inflamación articulares, alteración del gusto, náuseas y vómitos). Otros efectos secundarios como la agranulocitosis, la lesión hepática o la vasculitis son muy raros.

No existen estudios sobre la incidencia de hipotiroidismo secundario a fármacos antitiroideos. Abraham et al⁵ señalan en sus conclusiones de un metaanálisis que agrupó a 2.233 participantes, con el objetivo de evaluar los efectos de la dosis, régimen y duración del tratamiento con fármacos antitiroideos para el hipertiroidismo de la enfermedad de Graves, que no se detectó la presencia de hipotiroidismo en ninguno de los pacientes sometidos a estudio. En nuestra opinión, seguramente esto se debió al seguimiento exhaustivo de los pacientes estudiados. Al igual que otros autores⁶, en la revisión bibliográfica efectuada no hemos encontrado trabajos que estudien la incidencia de hipotiroidismo secundario a fármacos antitiroideos en la población general. No obstante, como demuestra el caso de nuestra paciente, el hipotiroidismo secundario a tratamiento con fármacos antitiroideos existe y su mejor prevención es el seguimiento estrecho de los pacientes, para lo cual el médico de atención primaria es el que presenta las mejores oportunidades debido a la cercanía con el enfermo.

J.P. Justel Pérez, M. del Castillo Alemany e I. Gil Alós

Centro de Salud Andrés Mellado. Madrid. España.

Palabras clave: Hipotiroidismo iatrogénico. Metimazol. Mixedema.

1. American Association of Clinical Endocrinologists. Medical guidelines for clinical practice for evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Endocrine Practice*. 2002;8:457-67.
2. Indra R, Patil SS, Joshi R, Kalantri SP. Accuracy of physical examination in the diagnosis of hypothyroidism: a cross-sectional, double-blind study. *J Postgrad Med*. 2004;50:7-10.
3. Topliss DJ, Eastman CJ. Diagnosis and management of hyperthyroidism and

hypothyroidism. MJA. 2004;180:186-93.

4. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation statement. Screening for thyroid disease. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic13rdmspsf/thyroid/thyrs.htm>
5. Abraham P, Avenell A, Watson WA, Park CM, Bevan JS. Régimen de fármacos antitiroideos para el tratamiento del hipertiroidismo de la enfermedad de Graves. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software,.
6. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2): CD003420.

TABLA 1. Proporción de mujeres censadas en Tres Cantos que solicitaron anticoncepción de emergencia, según el sexo de su médico de familia

Edad (años)	Médico mujer			Médico varón		
	Pacientes censadas	Pacientes atendidas	%	Pacientes censadas	Pacientes atendidas	%
15-19	549	29	5,3	557	26	4,7
20-24	603	52	8,6	634	29	4,6
25-29	719	19	2,6	809	12	1,5
30-34	870	16	1,8	1.166	12	1,0
35-39	907	11	1,2	1.461	13	0,9
40-44	942	6	0,6	1.349	7	0,5
Total	4.590	133	2,9	5.976	99	1,7

Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para los grupos de edad 20-24 y para el total.

Los médicos varones reciben menos solicitudes de anticoncepción de emergencia que sus colegas mujeres

Objetivo. La anticoncepción de emergencia (AE) es un servicio ofertado en el Centro de Salud de Tres Cantos que lleva a cabo la totalidad de sus médicos de familia. Se pretende conocer si las mujeres solicitan más o menos AE en función del sexo de su médico de familia.

Diseño, emplazamiento y participantes. Análisis retrospectivo de los episodios nuevos de anticoncepción poscoital introducidos en las historias clínicas informatizadas (OMI-AP. Stacks) de las mujeres mayores de 14 años en el Centro de Salud de Tres Cantos desde el 1 de octubre de 2002 al 1 de octubre de 2004.

Mediciones principales. Se empleó el programa PROSA (Stacks) para la extracción de los siguientes datos: edad y cupo al que estaba asignada cada paciente. Las que aparecían sin médico asignado se calificaron de «no censadas» a efectos de análisis. Las que estaban asignadas a un cupo concreto se clasificaron en función de que el titular de ese cupo fuera un médico varón o mujer. Se realizó un análisis de significación estadística para tablas 2×2 mediante

el test de la χ^2 con el paquete estadístico Epi-Info.

Resultados. Desde el 1 de octubre de 2002 al 1 de octubre de 2004 solicitaron AE 286 mujeres de 14 a 44 años, de las que 54 residían fuera de Tres Cantos y 232 residían en Tres Cantos y tenían médico asignado en el centro de salud. La edad media \pm desviación estándar de las solicitantes era de $31,6 \pm 8,1$ años. El 23% tenía menos de 20 años. Estos datos son similares a los descritos por otros autores.

El número total de mujeres censadas en el Centro de Salud de Tres Cantos mayores de 14 años y menores de 45 era de 10.566, por lo que la proporción de mujeres de esta edad que consultaron durante estos 2 años para recibir AE fue del 2,19%.

Los médicos de familia varones fueron menos consultados que sus colegas mujeres por este tema (tabla 1). Teniendo en cuenta que prestaban dicho servicio todos los médicos, varones y mujeres, si aplicamos los porcentajes de solicitudes de AE de los cupos de médicos mujeres, por grupos quinquenales de edad, a los cupos de médicos varones, habría que suponer que 52 mujeres que lo precisaban dejaron de solicitar AE en Tres Cantos en 2 años.

Discusión y conclusiones. La AE es un importante elemento para reducir el número de embarazos no deseados. Proporciona una segunda oportunidad, efectiva y segura, dirigida principalmente a las parejas que han tenido algún problema con su método anticonceptivo habitual o encuentros sexuales no previstos. A día de hoy, el temor a la diseminación de enfermedades de transmisión sexual derivada de su empleo

indiscriminado es la única cortapisa científica que se puede oponer a su uso¹, y se ha propuesto incluso que se dispense en las oficinas de farmacia sin control médico.

Los médicos del Centro de Salud de Tres Cantos prescriben AE a las mujeres que la solicitan. Además, existe un convenio con el Ayuntamiento de la localidad para proporcionarla gratuitamente a las mujeres menores de 30 años del municipio, a través de los propios médicos del centro, y se han dado charlas a los alumnos en los centros de enseñanza secundaria en las que se informaba de ello.

Bien es sabido que varios factores, derivados de las características de los servicios sanitarios y de sus profesionales, y la falta de información dificultan el acceso de las mujeres a la AE². Sin embargo, nosotros hemos detectado que las pacientes consultan más a los médicos de su mismo sexo. Este hecho no se había descrito hasta ahora. En cambio, sí se había descrito que las solicitantes de AE, si bien no tenían ningún problema para hablar abiertamente sobre sexo con sus colegas, mostraban cierta incomodidad al abordar el tema con el personal sanitario³. Es probable que ello esté dificultando que algunas de nuestras pacientes consulten sobre temas de salud sexual y reproductiva en general y sobre AE en particular, con las potenciales repercusiones en el número de embarazos no deseados que ello supondría. Sería interesante que otras instituciones investigaran si se da este fenómeno.

A. González Hernández
y J.L. Éngel Gómez

Centro de Salud Tres Cantos. Tres Cantos.
Madrid. España.

Palabras clave: Anticoncepción poscoital. Levonorgestrel. Actitud respecto a la salud. Salud sexual y reproductiva.

1. Lete Lasa I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria*. 2001;28:59-68.
2. Fallon D. Adolescent access to emergency contraception in A and E departments: reviewing the literature from a feminist perspective. *J Clin Nurs*. 2003;12:4-11.
3. Olsen CL, Santarsiero EC, Spatz D. Qualitative analysis of African-American Adolescent females' beliefs about emergency contraceptive pills. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002;15:285-92.

Prescripción de medicamentos en receta y en informe de alta del servicio de medicina interna de un hospital general

Objetivo. Analizar la prescripción de medicamentos realizada por el Servicio de Medicina Interna de un hospital general (Hospital Universitario de Valme) en los 2 documentos donde se origina la prescripción (informes de alta y recetas oficiales), evaluar los indicadores de uso racional del medicamento (URM) definidos en el Contrato Programa (CP) del Servicio Andaluz de Salud (SAS)¹ y el cumplimiento de los objetivos establecidos en él, además de analizar las posibles desviaciones entre la prescripción en el informe y en la receta oficial.

Diseño. Estudio observacional retrospectivo sobre las prescripciones de medicamentos al alta hospitalaria realizadas por el Servicio de Medicina Interna, tanto en los informes como en las recetas oficiales, durante el primer trimestre del año 2003.

Emplazamiento. Hospital Universitario de Valme. Nivel de atención especializada.

Mediciones principales. Cumplimiento de los objetivos de URM establecidos en el CP del SAS¹. Evaluación del porcentaje de

Palabras clave: Uso racional del medicamento. Estudio de utilización de medicamentos. Prescripción por principio activo. Prescripción médica. Informe de alta hospitalaria. Adecuación a guía farmacoterapéutica.

TABLA 1 Resultados de los indicadores de Contrato Programa evaluados en los informes de alta y en las recetas

Indicador	Objetivo	Informes	Recetas	p
Prescripciones en PA/total	> 30%	15,0%	7,6%	< 0,001
Envases prescritos VINE/total	< 12%	4,5%	7,1%	< 0,001
Envases prescritos NTNR/total	< 1%	0,8%	1,4%	< 0,003
DDD omeprazol/total IBP	≥ 85%	74,6%	79,8%	< 0,001
DDD ibuprofeno + diclofenaco/total	≥ 40%	14,7%	38,3%	< 0,001
DDD estatinas/total	≥ 54%	66,6%	47,6%	< 0,001

PA: principio activo; VINE: valor intrínseco no elevado; NTNR: novedad terapéutica no recomendada; DDD: dosis diaria definida; IBP: inhibidores de la bomba de protones.

adecuación de la prescripción al alta a la Guía Farmacoterapéutica del hospital (GFT).

Resultados. Se revisaron 400 informes de alta y 5.798 recetas. En la tabla 1 se exponen los resultados de los indicadores del CP evaluados en los informes de alta y en las recetas realizadas. En todos ellos, las diferencias entre los resultados en ambos documentos fueron estadísticamente significativas. De los 6 indicadores de URM establecidos en el CP, tan sólo cumplieron con los objetivos 3 indicadores en los informes y uno en las recetas. La adecuación de la prescripción a la GFT del hospital ha sido del 66,8% en los informes de alta y del 46,3% en las recetas.

Discusión y conclusiones. Con respecto al porcentaje de adecuación a la GFT, destacamos que el resultado obtenido en las recetas (46,3%) es bastante desfavorable en comparación con los comunicados en la bibliografía (50,0-79,7%)²⁻⁵.

El porcentaje de prescripción en principios activos en los informes ha sido mucho más favorable que en las recetas (un 15 frente al 7,6%, respectivamente; $p < 0,001$), lo que hace pensar en la existencia de factores externos en los criterios de prescripción del especialista. Esto nos motiva para la próxima realización de estudios que permitan identificar cuáles son estos factores y cómo se puede actuar sobre ellos.

Se observan diferencias aún mayores al comparar el resultado de prescripción en principio activo en receta con el obtenido en atención primaria de nuestra área sanitaria, dato facilitado por los servicios centrales del SAS (un 7,6 frente al 22,9%; $p < 0,001$). Estos resultados resaltan la importancia de poner en marcha en los hospita-

les intervenciones encaminadas a unificar criterios de prescripción en ambos niveles para así reducir la prescripción inducida.

S. Artacho Criado^a, E. Márquez Saavedra^b, R. Morillo Verdugo^c e I. Martínez Alonso^d

^aEspecialista en Farmacia Hospitalaria. Farmacéutica adjunta. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España. ^bResidente de cuarto año de Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España. ^cResidente de tercer año de Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España. ^dResidente de segundo año de Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

1. Contrato Programa Hospitales 2003. Promoción del uso racional del medicamento. Servicio Andaluz de Salud.
2. Cabeza Barrera J, García Lirola MA, Lirola García E, Jiménez López J. Mejora de la prescripción externa del hospital en recetas durante el período 1998-2000. *Aten Farm*. 2002;4:152-8.
3. Cabeza Barrera J, Martínez Díaz C, Borrero Rubio JM, García Lirola MA, Carneán Fernández M. Indicadores de gestión de la prestación farmacéutica externa hospitalaria. *Aten Farm*. 2001;3:161-70.
4. Cabeza Barrera J, Borrero Rubio JM, Alférez García I, García Lirola MA. Valoración de la calidad de la prescripción externa (en recetas) en tres hospitales públicos de Andalucía. *Aten Farm*. 1999;1:241-50.
5. Cabeza Barrera J, García Lirola MA, Borrero Rubio JM, Moreno Sánchez FC, Aguirre Copano T. La prescripción farmacológica en las consultas externas, centros periféricos de especialidades y servicio de urgencias del hospital. *Farm Hosp*. 1996;20:359-64.