

Miopatía asociada a estatinas en un paciente con hipotiroidismo de aparición reciente

Sr. Director: Se ha descrito la asociación de dislipemia, rabdomiólisis e hipotiroidismo^{1,2} precipitados por estatinas, y miopatía asociada con hipotiroidismo, durante el tratamiento con estos fármacos³. Presentamos un caso de miopatía en el curso de un hipotiroidismo de aparición reciente.

Mujer de 72 años de edad, hipertensa y tratada con tiazida, y con el antecedente familiar de hipertensión arterial, ictus e hipercolesterolemia en varios hermanos. Diagnosticada de hipercolesterolemia, tras un fracaso dietético se inició tratamiento con atorvastatina (hormonas tiroideas previas normales), que tomó durante un año e interrumpió voluntariamente, para reiniciarlo con posterioridad después de la comprobación de cifras de colesterol elevadas. Un control de enzimas a los 2 meses (tabla 1) demostró una elevación de la creatinfosfocinasa (CPK). Se retiró la atorvastatina y se indicó pravastatina, que se retiró por elevación de la CPK. La paciente siempre estuvo asintomática, por lo que se diagnosticó de intolerancia a estatinas y se recomendaron medidas dietéticas exclusivamente.

Siete meses después de interrumpir el tratamiento con estatinas, la paciente consultó por presentar dolor en la extremidades inferiores y debilidad muscular. La exploración era normal, salvo ligero edema parpebral; no se palpaban bocio ni edemas, la presión arterial era de 150/80 mmHg, la frecuencia cardíaca de 72 lat/min, presentaba discreta anemia, el valor de tiroxina libre era de 0,4 ng/dl y el de hormona tirotrópica de 185 mU/ml, y además presentaba alteración lipídica. Con el diagnóstico de hipotiroidismo primario, se prescribió tiroxina, con mejoría progresiva de los síntomas y normalización de la CPK. De nuevo se ha introducido la atorvastatina, sin alteración de las enzimas musculares.

Palabras clave: Miopatía. Hipotiroidismo. Estatina.

TABLA 1 Valores bioquímicos durante el seguimiento

Fechas	Colesterol (mg/dl)	cHDL (mg/dl)	cLDL (mg/dl)	CPK (U/l)	T4L (ng/dl)	TSH (mIU/ml)	Tratamiento
Nov. 2000	305	63	190		1,25	1,04	Inicio de atorvastatina
Feb. 2001	223	76	137	397			
Ago. 2001	206	54	135	611			Interrupción por la paciente
May. 2002	357	35	214	232			Reinicio de atorvastatina
Jul. 2002	219	58	128	595			Retirada de atorvastatina
Feb. 2003	283	59	194	372			Inicio de pravastatina
Oct. 2003	274	60	185	638			Retirada de pravastatina
Jun. 2004	331	65	241	763	0,4	185	Inicio de tiroxina
Jul. 2004	231	48	171	227	0,6	113	
Nov. 2004	289	67	185	125	0,97	56,5	

cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; CPK: creatinfosfocinasa; T4L: tiroxina libre; TSH: hormona tirotrópica.

Valores normales de referencia: colesterol, 170-220 mg/dl; cHDL, 35-70 mg/dl; cLDL, 65-150 mg/dl; CPK, 24-180 U/l; T4L, 0,89-1,75 ng/dl; TSH: 0,3-4,5 mIU/ml.

En la mayoría de los casos descritos la hipercolesterolemia es secundaria al hipotiroidismo, y la miopatía al tratamiento. En este caso se descartó el hipotiroidismo y durante el tratamiento con estatinas la paciente desarrolló hipotiroidismo.

Como en el caso de Polo-Romero y Beato Pérez¹, la miopatía era debida al hipotiroidismo, pues tras mejorar la función tiroidea desapareció la clínica y se normalizaron las alteraciones bioquímicas, con ligera elevación del colesterol, ya que en la paciente coexistía una hipercolesterolemia, y no descartamos que la estatina pudiera haber precipitado la elevación de la CPK.

Generalmente la miopatía por estatinas se resuelve en menos de un mes después de interrumpir el tratamiento⁴. Si persisten valores altos sospecharemos hipotiroidismo⁵. Sin embargo, unas elevaciones de la CPK 10 veces por encima del valor de referencia en pacientes asintomáticos se consideran seguras⁶.

Coincidimos con Rando y Cording⁶ en analizar las hormonas tiroideas en pacientes que durante el tratamiento con estatinas desarrollan síntomas indicativos de miopatía, pero también consideramos que no es inapropiado comprobar la función tiroidea en casos de elevación de la CPK, aun cuando previamente al tratamiento fuera normal, dada su relación coste-beneficio.

M. Martínez González y C. León
Centro de Salud Pisuena-Cayón. Sarón.
Cantabria. España.

1. Polo-Romero FJ, Beato Pérez JL. Hipercolesterolemia, rabdomiólisis e hipotiroidismo. *Rev Clin Esp.* 2003;203:163-4.
2. Gascón Ramón G, Bertomeu Blanch F. Hipotiroidismo inadvertido y miopatía por hipolipemiantes. *Aten Primaria.* 2001; 27:442.
3. Omar MA, Wilson JP, Cox TS. Rhabdomyolysis and HMG-CoA reductase inhibitors. *Ann Pharmacother.* 2001;35: 1096-107.
4. Al-Jubouri MA, Briston PG, Sinclair D. Myxodema revealed by simvastatin induced myopathy *BMJ.* 1994;308:588.
5. Dujoune CA, Chremos AN, Pool JL. Expanded clinical evaluation of lovastatin (Excel) study results (IV): additional perspectives on the tolerability of lovastatin. *Am J Med.* 1991;91 Suppl 1B:255-305.
6. Rando LP, Cording S. Successful reintroduction of statin therapy after myositis: was there another cause? *M J Aust.* 2004;180:472-3.

Historias de empresa: ¡una voz más!

Sr. Director: Permítame felicitar a De Lorenzo-Cázeres Ascanio¹ por su carta publicada en ATENCIÓN PRIMARIA, donde refle-

Palabras clave: Empleo. Condiciones de trabajo. Estrés laboral.

ja su empatía por un colectivo que queda desamparado por la ley. Me refiero al colectivo de los «acosados en el trabajo» (trabajadores afectados de *mobbing*, hostigamiento, psicoterror, intimidación, *harcelement*, *bossing*, *bullying*, *whistleblowers*, *ijime*, etc.).

Yo querría añadir que desde las unidades de salud laboral de Cataluña, coordinadas por el Departament de Salut de la Generalitat y con funciones de apoyo a la asistencia primaria en el ámbito de la salud laboral, entre muchas otras actividades, observamos que cada año va en aumento la derivación de casos por ansiedad y/o depresión posiblemente relacionados con el trabajo. Concretamente, en la Unitat de Salut Laboral del Barcelonès Nord i Maresme los casos remitidos por compañeros médicos de familia por ansiedad y/o depresión relacionada posiblemente con el trabajo han sido un 48,1% del total de casos del pasado año. De estos casos, la media de edad ($\pm$ desviación estándar) era de $40,2 \pm 10,4$ y un 62,2% eran mujeres. La mayoría de los trabajadores afectados tenían contrato fijo (86,5%) y un empleo en servicios (43,2%) o en manufactura (32,4%). Un 94,6% afirmaba que era acosado por un superior, o sea, que era víctima de *mobbing* tipo *bossing*.

Atendemos a personas con trastornos afectivos, a las que se les suman trastornos psicósomáticos, algunas de ellas con ideas de autólisis, que piden una vía de fuga del lugar de trabajo, o sea, una incapacidad temporal, lo que añade un problema económico. Finalmente, todo repercute en el plano familiar y social. ¡Y, para colmo, en el lugar de trabajo se les acusa de ser personas inestables con bajos rendimientos! Yo me pregunto: ¿qué resistencia tiene el ser humano al estar sometido a una situación vejatoria durante años?

No me atrevo a decir si este problema es emergente porque en la actualidad ocurre más o porque ahora se comunica más, o probablemente por ambos motivos, pero en Europa la tendencia es también creciente, con una estimación por parte de la Organización Mundial de la Salud de más de 12.000.000 afectados².

Cabe recordar que si se dan situaciones de este tipo en algunas empresas es porque éstas lo permiten, ya sea por ambigüedad de roles, arbitrariedades, estilos de mando,

confusión, cultura de equipo, amiguismo y muchos etcéteras. Pero, más allá de estos datos objetivos, considero que la mejor forma de transmitir el sufrimiento de estos trabajadores es a través de la carta, que con el permiso de su autora, transcribo a continuación. Se trata de una misiva en la que una de mis pacientes pedía consejo a una abogada que había escrito un artículo sobre el *mobbing*:

Acabo de leer su documento definitivo sobre *mobbing* y me ha parecido sorprendente. Llevo desde las 10 h de la mañana del día de hoy en la calle y son algo más de las 22 h y es lo primero coherente con lo que me encuentro. Le explicaré.

Estoy padeciendo un proceso de este tipo, digamos que llevo 4 años trabajando en unas condiciones de trabajo «anómalas» y las consecuencias han derivado en una enfermedad (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos alimenticios, una hernia discal y, lo peor, desear morirme). Esta mañana he ido a la psiquiatra, me ha cambiado el tratamiento, un antidepresivo más fuerte, dosis más altas, paciencia y nueva visita para dentro de 4 semanas con ella y algo más de un mes con una psicóloga (todo esto por vía urgente). Luego me he reunido con una compañera, que también está afectada, y que tenía visita con el médico de la Unidad de Salud Laboral. Él nos recomienda la posibilidad de presentar una denuncia. Nos comenta que ha hablado con una doctora de otro centro de salud laboral de su zona capacitado para hacer investigaciones dentro de los centros de trabajo relacionados con un presunto caso de acoso. El médico me explica que ha comentado a la doctora que tiene 6 casos de mi centro de trabajo con el mismo problema (algunos de mis compañeros y yo) y que ve indicios suficientes para actuar al respecto. Respuesta de la doctora: «Ya lo sé, pero este centro de salud laboral ya no puede investigar estos casos».

Encontramos la dirección de una asociación contra el *mobbing* en Internet y allá que vamos; mala suerte, sólo hacen visitas los primeros y terceros jueves de cada mes. Hoy es miércoles. Llamamos a otra asociación contra el *mobbing* a la que habíamos acudido antes con la intención de concertar una cita con una abogada que les ayuda para que nos guíe en la redacción de la de-

manda, que tenemos la intención de presentar en la Inspección de Trabajo. Nadie contesta al teléfono, llamamos insistentemente, tampoco hay contestador y nadie lo coge. Sólo visitan los jueves; también casualidad, ¿no?

Hemos pedido una cita con un abogado de mi sindicato, indicando que necesitamos un especialista en *mobbing*. Nos presentamos en la consulta y como nos faltan 21 días para que haga 6 meses que estamos afiliadas (tiempo mínimo por normativa interna para asesoramiento gratuito) nos quieren cobrar 38 €. El marido de mi compañera lleva 24 años sindicado y enseña su carné. «No sirve, la consulta no es para usted.» Discutimos, después de un rato preguntamos si la persona que nos va a atender es un especialista en la materia. «No, sólo es un abogado laboralista.» «Entonces déjame hacer la consulta y si me va a poder ayudar te pago la visita.» «No, si no pagas no entras.» «Pues la consulta la hará él (marido de mi compañera).» «Vale, pero entrará solo.» Esperamos 25 min y se cruzan miradas de desprecio, no nos atienden, nos vamos. Bajamos a la cuarta planta, queremos darnos de baja, nos escuchan, no hacen nada, no hay administrativos para tramitarlo, no pienso volver, nos vamos. Ni siquiera nos han preguntado el nombre.

Hemos llamado a un bufete, que suponemos son especialistas en esto, iremos mañana, ¿será lo que esperamos? ¿Alguien que sepa lo que hay que hacer y cómo hacerlo? No lo sé, pero he decidido que nadie, jamás en la vida, me va a volver a humillar, valgo mucho más, y mis hijos (3 y 4 años) y los míos también. Voy a ir hasta el final, sea el que sea, pero con la cabeza bien alta. Soy una víctima y estoy harta de tener que justificarme ante todo el mundo (empresa, servicio médico de la empresa, comité de empresa y salud laboral, los médicos —que no dudan de mí y reconocen que estoy enferma pero, simplemente, no estaban allí para verlo—, los médicos de la inspección, la Seguridad Social, mi propio sindicato, el resto de gente que trabaja en el mismo centro y que lo padece o no...). ¡Dios!, estoy agotada, pero viva y decidida.

Por favor, ¿conoces a algún abogado al que pueda acudir? Necesito al mejor, independiente, fuerte y que sepa lo que se trae entre manos.

Dicho esto, si la pregunta es: ¿debemos levantar la voz?, espero que la respuesta esté contestada.

X. Orpella i García

Unitat de Salut Laboral del Barcelonès Nord i Maresme. Barcelona. España.

1. De Lorenzo-Cáceres Ascanio A. Historias de empresa. ¿Debemos levantar la voz? Aten Primaria. 2005;35:167.
1. Third European Survey On Working Conditions, 2000. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2001.

El gasto farmacéutico no sólo depende de la industria farmacéutica

Sr. Director: Actualmente se debate la relación que los médicos tenemos con la industria farmacéutica (IF). El motivo principal de esta discusión es el excesivo gasto farmacéutico, pero hay más factores que intervienen en éste. Los detallamos y proponemos soluciones.

Por lo que respecta a la IF, su influencia es indiscutible a pesar de que intentemos negarlo¹. Dado que es imposible hacer que desaparezca, tenemos que buscar fórmulas mediante las que llegar a una simbiosis. La promoción agresiva e indiscriminada de sus productos es indeseable, y su publicidad no es fuente de información fidedigna. Se debería examinar minuciosamente toda la publicidad farmacéutica y exigir que cumpliera unos mínimos. Se deben reclamar unos códigos de ética que rijan el comportamiento médico-IF. Por último, todos los estudios que se comienzan deben estar registrados y sus resultados (a favor o en contra) han de salir siempre a la luz.

En cuanto a la Administración sanitaria, sigue permitiendo que aparezcan nuevos productos irrelevantes que nos añaden un nuevo delegado en busca de su hueco entre

el resto. Si no aportan nada, que no se financien². En lo relativo a los genéricos, si el argumento para defenderlos es su precio, ¿por qué no podemos prescribir una marca «de fantasía» que es más barata que algunos genéricos? Por otro lado, si se legaliza en España la publicidad de fármacos directamente al público, se incrementará la presión al médico, esta vez directamente desde el paciente. Estamos desamparados ante los mil trucos que presenta la industria con sus estudios para confundirnos³ y que cada delegado usa a su favor. Debería existir un profesional especializado (de la Administración sanitaria) que visitara de manera regular cada centro de salud para ayudarnos a digerirlos. Por último, si se sabe que la prescripción inducida puede llegar a más del 40%⁴, ¿por qué no se intenta «educar» a la atención especializada? ¿Saben los «compañeros del hospital» qué es un genérico?⁵ Por lo menos, que receten en denominación común internacional. Es posible que esta situación cambie con la Gerencia Única (primaria y especializada).

Por lo que respecta a las sociedades científicas, cabe señalar la doble moral de sociedades que organizan congresos y cursos patrocinados por la industria y luego los vilipendian frente a nosotros. Si fuésemos puristas, los congresos y sociedades deberían sobrevivir de lo que nosotros, sus socios, les aportamos. Por otro lado, no hay coordinación entre las distintas sociedades científicas, incluso dentro del mismo país. Sólo con preguntarnos: «¿Qué tabla de riesgo cardiovascular debo seguir?», o «¿Cuándo comenzar a tratar la osteoporosis?»⁶, podemos decidir medidas opuestas con muy distintos gastos. Esperamos que, cuando se reúnan, tengan en cuenta no sólo la efectividad de una medida, sino también su eficiencia. Finalmente, la medicalización de todo proceso fisiológico también nos lleva a tratar cosas que hace algunos años eran «lo normal». Esto es culpa tanto de los laboratorios como de las sociedades científicas que los avalan.

Por lo que se refiere a los pacientes, desde ahora no sólo son pacientes, sino también usuarios, clientes que tienen su poder de decisión («pa'eso pago»). Si no quiere un genérico, ¿debo imponérselo? Por otro lado, si hablamos de prescripción racional, ¿qué hay del uso racional del medicamento por parte de los pacientes? Realizar educa-

ción para la salud requiere más tiempo en consulta (Plataforma 10 Minutos).

Por último, por lo que respecta a los médicos, siempre nos dijeron que la medicina es ciencia y a la vez arte. Se les olvidó hablarnos de la tercera parte: es un suculeto negocio, que acarrea grandes presiones que no hemos sabido afrontar. La desmotivación de los profesionales requiere otras fórmulas para incentivarlos que no sean las económicas (días de docencia con suplente, rotaciones, cursos, etc.).

En conclusión, no somos paladines de la IF, pero creemos que acotar el problema del gasto farmacéutico sólo a ella y limitar su solución a prohibir la promoción de los fármacos no conseguirá más que dar una dentellada al problema.

**S. Machín Hamalainen^a,
M.A. Gómez Medina^b, Z. Quintela
González^a y J. Salgado Ramos^c**

^aCentro de Salud. El Espinillo. Área 11 de Madrid. Madrid. España. ^bCentro de Salud. Delicias. Área 11 de Madrid. Madrid. España. ^cCentro de Salud. San Fermín. Área 11 de Madrid. Madrid. España.

1. Grup d'Ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic). La ética en la relación con la industria farmacéutica. Encuesta de opinión a médicos de familia en Cataluña. Aten Primaria. 2004;34:6-12.
2. Altisent R. Algo se está moviendo. Aten Primaria. 2004;34:13-4.
3. Sackett DL, Oxman AD. HARLOT plc. HARLOT plc: an amalgamation of the world's two oldest professions. BMJ. 2003;327:1442-5.
4. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogene Fadini E. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. Aten Primaria. 2004;33:118-23.
5. Tornero Estébanez C, Quintana Gallego E, Lull Sala JA, Pérez Castello I, Sintet Marco M, Soler Company E. Especialidades farmacéuticas genéricas en un hospital comarcal. Impacto de dos estrategias de intervención. An Med Interna. 2004;21:540-2.
6. Bailón Muñoz E, Del Cura González I, Gutiérrez Teira B, Landa Goñi J, López García-Franco A, Blasco Lobo A. El consenso que no pudo ser. Aten Primaria. 2002;30:341-2.

Palabras clave: Industria farmacéutica. Gasto sanitario. Soluciones.