

Encuesta sobre la prescripción de genéricos en el ámbito de la atención primaria

Este estudio ha sido financiado por Laboratorios Géminis, S.A., perteneciente al grupo Novartis.

Objetivo. Los datos sobre la implantación de los fármacos genéricos (EFG) en nuestro medio son escasos. Se han publicado datos de prescripción¹, pero ningún estudio ha evaluado las actitudes de los médicos españoles ante la prescripción de EFG como se ha hecho en otros países². Este estudio se diseñó para evaluar las actitudes de los médicos españoles en la prescripción de EFG, y para identificar las barreras que la limiten o los factores que la favorezcan.

Diseño. Observacional, transversal, descriptivo.

Participantes y emplazamiento. Muestreo aleatorio simple de 3.000 médicos de atención primaria que ejercen en España, a partir de la base de datos de Synavant Inc.³. La encuesta se realizó por correo ordinario entre noviembre y diciembre de 2001.

Mediciones principales. Características demográficas y de actividad asistencial de los médicos participantes, actitudes generales sobre EFG, motivaciones o resistencias en la prescripción de EFG en determinadas indicaciones y fármacos. Los resultados se expresan como frecuencias relativas o como media \pm desviación estándar (DE).

Resultados. Se recibieron 222 encuestas con las siguientes características: 65,8% de varones, edad de 40 ± 8 años, un 49,5% con especialidad de MFyC y un 46,4% de Medicina General, obtenidas vía MIR en el 37,84% de los casos, con 11 ± 9 años de ejercicio desde la obtención de la especialidad, ejercían en un único centro de trabajo en un 79,3% de casos, mayoritariamente (77%) en consultorios de la Seguridad Social, realizando 38 ± 17 visitas diarias, de las que el 57% (22) son pacientes pensionistas. El 95,5% (intervalo de confianza

TABLA 1. Preguntas sobre la tendencia a prescribir EFG en enfermedades y fármacos específicos (n = 222)

		Media \pm DE*
Enfermedades	Úlcera gastroduodenal	7,0 \pm 2,5
	Dolor articular	6,7 \pm 2,4
	Infecciones respiratorias leves	6,5 \pm 2,6
	Hipertensión	6,0 \pm 2,4
	Ansiedad	4,5 \pm 2,6
	Depresión	4,5 \pm 2,7
	Hipercolesterolemia	3,5 \pm 2,8
Fármacos	Omeprazol	7,1 \pm 2,7
	Diclofenaco	7,5 \pm 2,4
	Amoxicilina + ácido clavulánico	6,7 \pm 2,9
	Enalapril/captopril	7,0 \pm 2,7
	Alprazolam	5,5 \pm 3,0
	Fluoxetina	5,3 \pm 3,1
	Simvastatina	2,7 \pm 2,6

*Media \pm desviación estándar de las puntuaciones obtenidas. Rango teórico de las puntuaciones: 0 (tendencia nula) a 10 (máxima tendencia).

[IC] del 95%, 91,9-97,5) de los médicos encuestados declaró prescribir EFG en alguna ocasión, y la mitad de ellos declaró hacerlo en el 17% o más de sus prescripciones, sobre todo en nuevos pacientes. Sólo el 18,4% de los médicos (IC del 95%, 13,8-24,2) declaró hacerlo en lugar de tratamientos con marcas.

Un 48,18% de los médicos encuestados declaró que la limitación principal para prescribir genéricos es la resistencia de los pacientes.

La tendencia a prescribir EFG fue heterogénea en las indicaciones/fármacos investigados (tabla 1): la tendencia fue mayor en el dolor articular, la úlcera gastroduodenal, las infecciones respiratorias leves y la hipertensión arterial, mientras que la ansiedad, la depresión y la hipercolesterolemia registraron mayor resistencia al uso de EFG. La tendencia a prescribir EFG también fue heterogénea entre las distintas comunidades autónomas (Madrid, Andalucía y Cataluña mostraron mayor tendencia) y las características del médico. El perfil del médico con mayor tendencia a prescribir EFG es mujer, joven, con especialidad de MFyC por vía MIR, mientras que el del médico más resistente a utilizar EFG es varón y de mayor edad.

Discusión y conclusiones. La baja tasa de respuestas obtenida obliga a interpretar los

resultados con cautela por los posibles sesgos de selección. Estos sesgos no han podido verificarse por no disponerse de datos de los 3.000 integrantes de la muestra seleccionada. La proporción de prescripciones de EFG declarada en nuestro estudio (mediana del 17%) es superior a los datos de ventas de EFG en España^{1,4,5}, lo que podría reflejar un sesgo de selección (si la respuesta a nuestra encuesta estuvo relacionada con una mayor motivación por el uso de EFG) o de declaración. Pese a estas limitaciones, las tendencias a prescribir EFG según la enfermedad y el fármaco no son diferentes de las observadas en otras encuestas^{1,2}, o de los datos de algunas áreas de atención primaria⁶. Dos resultados observados en este estudio suscitan interés para profundizar su investigación: la menor tendencia de los médicos a utilizar EFG en determinadas indicaciones, y las posibles resistencias de los pacientes ante la prescripción de EFG y sus causas. Por último, los resultados de esta encuesta también sugieren que existe todavía un considerable margen para el mayor uso de los EFG en España.

S. Bergoñón Fuster^a, T. Guerrero García^b, A. Cobos Carbó^a y C. Ordás Hernández^b

^aRDES, SL (Remote Data Entry System, S.L.). ^bLaboratorios Géminis, S.A. Grupo Novartis. España.

Palabras clave: Atención primaria. Encuesta. Genéricos. Prescripción.

1. Siles M, Goldaracena M Medicamentos genéricos en España: primera etapa. *Aten Primaria* 2000;26:66-76.
2. Banahan BF III, Kolassa EM. A physician survey on generic drugs and substitution of critical dose medications. *Arch Intern Med* 1997;157:2080-8.
3. Base de Datos Pharbase (Synavant Spain, S.A.).
4. Verdejo A, López L, Rodríguez C, Piñeiro B, Pereira ML. Introducción de las especialidades farmacéuticas genéricas en Galicia. *Aten Primaria* 1999;24:528-32.
5. El consumo de genéricos en el SNS rondó el 7% en el primer semestre de 2002. *Noticias del sector. El Global*.15/10/02 [consultado 22/03/2003]. Disponible en: <http://www.aeseg.es/noticias/consumo7.htm>
6. Cendón F. Resultados comparativos bianuales del uso de especialidades farmacéuticas genéricas en un área de atención primaria. *Salud Rural* 2001;19:1-7.

Síndrome confusional secundario a la aplicación de un colirio ciclopéjico

Introducción. Los fármacos administrados por vía conjuntival tienen un paso rápido a la circulación sistémica, equiparable a la intravenosa. El médico debe conocer los efectos secundarios sistémicos de estos fármacos, por su potencialidad de desencadenar reacciones adversas graves.

Caso clínico. Varón de 47 años de edad, con antecedentes personales de fumador, bebedor moderado, hipertensión, dislipemia, hiperuricemia y cuadro distímico. En tratamiento con IECA, atorvastatina y alopurinol. El día anterior presentó un cuerpo extraño en el ojo izquierdo, que se extrajo, se pautó colirio midriático (ciclopentolato) y una pomada epitelizante. Acude por presentar trastorno del comportamiento, mar-

cha inestable, desinhibición y alucinaciones visuales.

En la exploración física destaca una alteración de la conducta y una pupila izquierda midriática arreactiva; el resto de la exploración neurológica fue normal. Las pruebas complementarias (tomografía computarizada [TC] craneal, resonancia magnética [RM] cerebral y electroencefalograma) fueron normales. La clínica duró 36 h, con recuperación completa y amnesia del episodio.

Discusión y comentarios. En 8 años, se han recogido 211 reacciones adversas por fármacos oftalmológicos utilizados para obtener midriasis. De las 40 reacciones notificadas, 29 (72,5%) son de tipo sistémico. El ciclopentolato es el más utilizado y el que más efectos sistémicos ha provocado: agitación, alucinaciones, delirio, confusión, afasia, ataxia, reacción conocida como «borrachera ciclopéjica»¹.

Existen factores predisponentes del síndrome confusional agudo (SCA) (edad > 60 años, daño cerebral previo), facilitantes (depresión, estrés psicosocial, falta de apoyo familiar, hospitalización, privación del sueño, etc.) y precipitantes (enfermedades cerebrales primarias y sistémicas). Entre los tóxicos precipitantes destacan los siguientes: sedantes, hipnóticos, narcóticos y anticolinérgicos².

Las reacciones adversas de los anticolinérgicos se agrupan en dos síndromes, el periférico y el central, que aparecen de manera independiente, superponiéndose entre sí. El bloqueo periférico comprende: disminución de las secreciones, hipotensión, midriasis y alteración de la acomodación, anomalías de la conducción cardíaca, síncope, retención urinaria e íleo adinámico. En el bloqueo central se producen cambios de humor, ataxia, alteraciones de la memoria, desorientación y alucinaciones⁴. Este caso ilustra la importancia de la iatrogenia en la práctica médica y de conocer las interacciones y reacciones adversas de fármacos usados con vías de administración diferente de la sistémica. El diagnóstico diferencial se planteó entre un SCA precipitado por tóxicos (colirio ciclopéjico) o debido de una enfermedad cerebral primaria, como epilepsia o enfermedad cerebrovascular. Aunque los niños y los ancianos son los más sensibles a este cuadro, el caso des-

crita indica que también puede aparecer en un adulto sano y con administración a dosis normales.

I. Rico Salvador y O. Juan Vidal

Hospital Arnau de Vilanova. Centro de Atención Primaria de Paterna. Valencia. España.

1. Boletín de la tarjeta amarilla. Centro regional de farmacovigilancia de Castilla-León n.º 5,1992.
2. Benito J, Tapias E, Barrios A. Síndrome confusional agudo. En: Acedo MS, Barrios A, Díaz R, Orche S, Sanz RM, editores. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica* 12 de Octubre. 4.ª ed. Madrid: 1998; p. 771-9.
3. Trzepacz PT. Delirium. *Advances in diagnosis, pathophysiology and treatment. Psychiatric Clin North Am* 1996;19:429-48.
4. Flórez J. Fármacos antagonistas muscarínicos. En: Flórez J, editor. *Farmacología humana*. 2.ª ed. Barcelona: Masson-Salvat, 1994; p. 201-6.
5. Bhatla SS, Vidyashankar C, Sharma RK, Dubey AK. Systemic toxicity with cyclopentolate eye drops. *Indian Pediatrics* 2000;37:329-31.
6. Khurana AK, Ahluwalia BK, Choudhary R, Vohra AK. Acute psychosis associated with topical cyclopentolate hydrochloride. *Am J Ophthalmol* 1988;105:91.

Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica: ¿lo hacemos correctamente?

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad en España. En el año 2000 supusieron un 34,9% de todas las defunciones. Entre las causas cardiovasculares más frecuentes, la cardiopatía isquémica se

Palabras clave: (derivadas del Medical Subject Headings) (MeSH): *Neuropsychiatric Side effects, Acute confusional syndrome, anticholinergic, Cycloplegics.*

Palabras clave: Prevención secundaria. Cardiopatía isquémica. Atención primaria. Factores de riesgo cardiovascular.

mantuvo como la primera causa de muerte, con 39.315 fallecidos¹.

Los factores de riesgo para la cardiopatía isquémica siguen siendo marcadores pronóstico después del primer evento. La prevención secundaria irá encaminada a controlar o eliminar dichos factores. Los tres factores más importantes son la hipertensión, el tabaco y la hipercolesterolemia.

También es conocida la efectividad de una serie de fármacos en pacientes con enfermedad coronaria, como las estatinas^{2,3}, los antiagregantes⁴, los bloqueadores beta⁵ y los IECA⁶.

Objetivo. Evaluar el grado de control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular en la cardiopatía isquémica y el tratamiento realizado.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Centro de atención primaria urbano.

Participantes. Todos los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, que constan en el registro informático del centro.

Mediciones principales. Historias clínicas obtenidas del registro informático, que recogen las siguientes variables: edad y sexo, tipo de cardiopatía isquémica, hábito tabáquico, perfil lipídico, cifras de presión arterial, cifra de HbA_{1c} en los diabéticos y tratamiento realizado.

Resultados. Se revisó a 268 pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica, con una edad media de 69 ± 12,5 años, de los que el 64,2% era varón. Habían padecido un infarto 141 pacientes (52,6%). Un 12,3% era fumador activo, de los que en el 39,4% no constaba que recibieran consejo antibabaco. No constaba analítica con perfil lipídico en 68 pacientes (25,4%), 41 (15,3%) tenían valores de LDL inferiores a 100, 73 (27,2%) entre 100 y 130, y en 86 casos (32,1%) los valores eran superiores a 130. El 6,3% recibía tratamiento con fibratos y el 38,8% con estatinas. La atorvastatina era la estatina más utilizada (32,6%), seguida de la simvastatina (19%) y la pravastatina (12,1%). Un 54% de los pacientes con cLDL superior a 130 mg/dl no realizaba ningún tratamiento (fig. 1). Un 51,5% tenía cifras de presión arterial inferiores a 140/90 mmHg. Un 34% era diabético, con una HbA_{1c} inferior a 7

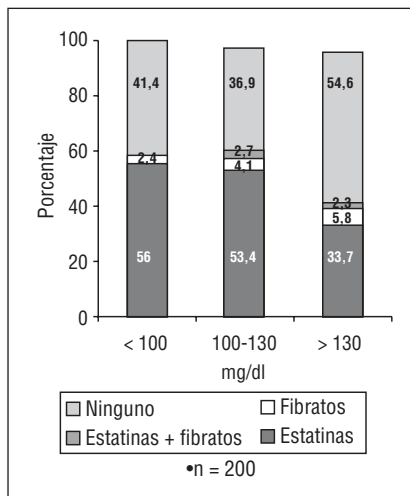


FIGURA 1.

mg/dl en el 38,2% de ellos. Recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante 226 pacientes (84,3%) y tratamiento con bloqueadores beta 101 (37,7%).

Discusión y conclusiones. Los resultados del estudio muestran que el grado de control de los distintos factores de riesgo cardiovasculares modificables en prevención secundaria es claramente mejorable. Los resultados obtenidos son similares a los encontrados en otros trabajos realizados en nuestro entorno⁷⁻⁹.

Hay que seguir insistiendo en la importancia de la modificación de estilos de vida no saludables. Dejar de fumar es una de las prioridades en este sentido. Nuestro papel en la detección de dicho hábito, el consejo antibabaco y ofrecer nuestra ayuda para dejar de fumar es fundamental.

El grado de control de las cifras de colesterol nos parece realmente preocupante, pues incluso aceptando valores de LDL inferiores a 130, menos de la mitad de los pacientes están controlados. Además, muchos de los pacientes no controlados no reciben ningún tratamiento, del cual se podrían beneficiar. También es mejorable la detección de los casos en los cuales no disponemos de datos.

Respecto a los fármacos utilizados para el tratamiento del colesterol, destaca el amplio uso de la atorvastatina, frente a otras estatinas (simvastatina y pravastatina) sobre las que disponemos de más estudios sobre su eficacia⁴⁻⁶ y más años de experiencia. Aun que cada vez se están aportando

más estudios sobre la atorvastatina, creemos que de momento no se justificaría un uso tan amplio.

Respecto a la presión arterial, pensamos que en este grupo de pacientes de mayor riesgo deberíamos ser más exigentes.

Un dato positivo es el amplio uso de tratamientos antiagregantes o anticoagulantes que hemos encontrado, fármacos que han demostrado su utilidad en estos pacientes. No podemos decir lo mismo respecto al uso de bloqueadores beta e IECA, su utilización es inferior a la deseable.

Debemos tomar conciencia del alto riesgo de estos pacientes y tener muy en cuenta su antecedente de cardiopatía en el manejo de sus factores de riesgo cardiovascular; cabe recordar que estamos realizando prevención secundaria y que hay que ser más exigentes en el control.

E. Simó Cruzet, M. Garrido Pérez, M. Ureña Tapia, F. Martí Company y F.J. Avilés Fernández

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Terrassa Nord. Unitat Docent MFIC. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2000. Notas de prensa 30 de diciembre de 2002. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np269.doc>
2. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-9.
3. The long term intervention with pravastatin in ischaemic disease (LIPID) study group. Prevention of cardiovascular events and death with coronary heart disease and a broad range initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998;339:1349-57.
4. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy. 1 Prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994;308:81-106.
5. Yusuf S, Wittes J, Friedman L. Overview of results of randomized clinical trials in Heart Disease. 1. Treatments following myocardial infarction. *JAMA* 1988;260:2088-93.

6. Flather M, Kober L, Pfeffer MA. Meta-analysis of individual patient data from trials of long term ACE-inhibitor treatment after acute myocardial infarction (SAVE, AIRE, and TRACE studies). *Circulation* 1997;96(Suppl 1):1-706.
7. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria* 2001;27:29-32.
8. Grupo de investigación del estudio PRE-MISE. Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)* 2002;119: 9-12.
9. EUROASPIRE I and II group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995-1001.

Fiebre y espondilitis anquilosante

Introducción. La espondilitis anquilosante (EA) es un trastorno reumático de carácter inflamatorio, sistémico y crónico que afecta principalmente al esqueleto axial, dando lugar característicamente a una sacroileítis. Sus manifestaciones clínicas comienzan generalmente al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y es raro el inicio a partir de los 40 años de edad. El motivo de esta carta de investigación es presentar el caso de 2 pacientes, atendidos en el último año en un centro de salud urbano, que fueron diagnosticados de EA tras comenzar con un cuadro febril.

Caso 1. Se trata de un varón de 31 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de atención primaria por presentar un cuadro de 15 días de evolución consistente en fiebre y astenia. En la exploración física se apreció una rigidez troncular, con limitación para los movimientos de la columna lumbar en los dos planos, y una disminución de las excursiones respiratorias, con una expansión torácica de 2 cm. Al preguntar al paciente, éste refirió que

Palabras clave: Espondilitis anquilosante. Fiebre. Sacroileítis.

esa limitación la padecía desde hacía varios años, pero nunca había consultado por ello. En la anamnesis no se puso de manifiesto ninguna focalidad infecciosa, ni otro dato que pudiera orientar el proceso, por lo que se solicitaron diversas pruebas (analítica, urocultivo, Mantoux y radiografía de tórax), que pusieron de manifiesto únicamente una elevación de los reactantes de fase aguda VSG y PCR.

El paciente fue remitido a la consulta de reumatología, donde se apreció en la radiografía de las articulaciones sacroilíacas una sacroileítis de grado III. Se estableció el diagnóstico de EA, pues según los criterios de New York la sacroileítis radiográfica más un criterio clínico (en este caso presentaba dos: limitación de los movimientos de la columna lumbar y disminución de las excursiones respiratorias) son suficientes para establecer el diagnóstico.

El paciente inició tratamiento con 50 mg de indometacina cada 8 h, desapareció la fiebre y se normalizaron los reactantes de fase aguda.

Caso 2. Mujer de 39 años de edad, sin antecedentes de interés salvo una alopecia areata universal juvenil. Es atendida en urgencias de su centro de salud por presentar un cuadro de malestar general y fiebre de 39,5 °C de unas 3 semanas de evolución, con moderada pérdida de peso y anorexia. No se acompañaba de ningún otro dato salvo un discreto dolor en el costado izquierdo. En las pruebas complementarias que se solicitaron se apreció una elevación de los reactantes de fase aguda (VSG, 73; PCR, 139), y el resto de las pruebas (urocultivo, Mantoux y radiografía de tórax) fue normal.

Posteriormente, la paciente presentó dolores articulares de predominio inicial en los tobillos, los codos y las rodillas, y después en la región lumbar, persistiendo la fiebre, por lo que fue remitida al hospital de referencia. Durante su ingreso se apreció una importante elevación de VSG y PCR. Se realizó una tomografía computarizada de abdomen y pelvis, donde se observó una afección bilateral de ambas articulaciones sacroilíacas, por lo que se diagnosticó de EA de inicio.

La paciente inició tratamiento con piroxicam y mejoró clínica y analíticamente.

Discusión y conclusiones. La fiebre (intermitente o de larga evolución) puede ser

debida a numerosas causas, como los procesos infecciosos y neoplásicos. Los procesos inflamatorios reumatológicos pueden ser igualmente causa de fiebre. Entre ellos, la EA raramente se asocia a manifestaciones sistémicas graves, pero tras revisar la bibliografía hallamos casos similares a los descritos, en los que la EA se inició con un síndrome febril asociándose con un curso más agresivo de la enfermedad. Por ello, algunos autores sugieren la inclusión de la EA entre las causas de fiebre de origen desconocido. Nuestro primer caso parece corresponder a una EA en evolución, dadas las limitaciones que ya presentaba el paciente en el momento del diagnóstico, pero llama la atención la buena respuesta al tratamiento con indometacina y la desaparición de la fiebre.

**R. del Amo López, C. Burgos Díez
y C. Reina Gallego**

Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de tercer año. Centro de Salud del Barco. Valladolid. España.

1. Arlet JB, Gentelle S, Grasland A, Pouchot J, Vinceneux P. Febrile form of ankylosing spondylitis. *Rev Med Interne* 2002;23:81-4.
2. Hachulla E. Symptomatic intermittent fever of inflammatory diseases. *Rev Prat* 2002;52:160-6.
3. Schumacher R, Klippel JH, Koopman WJ. Compendio de las enfermedades reumáticas. Tomo I. 10.ª ed. Barcelona: Marketing Trends, 1993.

Distrofias miotónicas congénitas en un área de salud rural

Objetivo. Debido a la diversidad de estimaciones de prevalencia que existen en la bibliografía sobre la distrofia miotónica tipo I (enfermedad de Steinert)¹⁻² y la poca información existente para la distrofia miotónica tipo II (enfermedad de Thomson)³, decidimos realizar una cuantificación del problema en nuestra zona básica que tenía un alta morbilidad para estos problemas.

Diseño. Análisis transversal de las proporciones de prevalencia con intervalos de confianza (IC) para el año 1998.

Emplazamiento. Zona Básica de Salud (ZBS) de Pilas (Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla) compuesta por los municipios siguientes: Pilas, Aznalcázar, Villamanrique de la Condesa, Huévar, Carrión de los Céspedes, Hinojos y Chucena.

Participantes. Localización (*case finding*) de todos los casos «clásicos» de distrofia miotónica I y II existentes en los registros de los centros sanitarios que componen la ZBS. Todos los casos tenían diagnóstico de nivel especializado. No se realizó ningún programa de cribado específico en atención primaria, por lo que no hay recogido ningún síndrome parcial de distrofia miotónica tipo I.

Mediciones. Los datos demográficos fueron facilitados por la autoridad sanitaria. Los IC se calcularon al 95% sobre el error estándar de una proporción, aplicando el factor de exhaustividad (ley hipergeométrica) en el caso de muestreos grandes (Pilas)⁴ y la ley de Poisson en el caso de muestreos pequeños (resto de municipios)⁵. Los IC para la distrofia miotónica tipo II también están calculados por este último método. El período acumulado de observación ha sido de 12 años.

Resultados. Se recogieron un total de 15 casos vivos de distrofia miotónica tipo I en toda la ZBS (11 varones y 4 mujeres), lo cual indica una proporción de prevalencia de 5,28 casos por 10.000 habitantes (IC del 95%, 2,95-8,27). De los 15 casos, 11 se encontraron en Pilas en 3 unidades familiares. Dos de ellas tenían una relación en la cuarta generación. Se recogieron 2 casos vivos de distrofia miotónica tipo 2 en toda la ZBS (un varón y una mujer, hermanos), lo cual indica una proporción de prevalencia para la ZBS de 0,7 casos/10.000 habitantes (IC del 95%, 0,08-2,54).

Conclusiones. La distrofia miotónica tipo I no se puede considerar una enfermedad rara en nuestra ZBS. En Pilas existe un *cluster* de esta enfermedad. En la tabla 1 se recogen las prevalencias comparativas con otros lugares¹. No se ha constatado un efecto fundador claro ni tampoco inmigración de origen vasco¹. No obstante, creemos que los datos aquí aportados infraestiman la realidad del problema en nuestro

TABLA 1. Prevalencia de distrofia miotónica tipo I clásica en diferentes poblaciones

	Casos/ 10.000 habitantes	Poblaciones
Tolosa (1)	3,779	44.981
Urola-Costa (1)	4,030	62.022
Bajo Deba (1)	3,089	77.672
ZBS Pilas	5,283	28.389

ZBS: Zona básica de salud.

medio al no tener acceso a la información genética. Siciliano et al⁶ han demostrado unas tasas de prevalencia superiores al doble cuando se disponen de técnicas genéticas.

La distrofia miotónica tipo II sí que puede considerarse una enfermedad rara en nuestro entorno. Las proporciones de prevalencia son similares a las de Pinessi et al³.

M. Ortega Calvo^a, A. Cayuela Domínguez^b, V. Macías Pérez^a y M. González Álvarez^a

^aCentro de Salud Virgen de Belén. Pilas. Sevilla. ^bUnidad de Apoyo a la Investigación. Hospitales Universitarios. Virgen del Rocío. Sevilla. España.

- López de Munain A, Blanco MD, Emparanza, MD, et al. Prevalence of myotonic dystrophy in Guipuzcua (Basque Country, Spain). *Neurology* 1993;43:1573-6.
- Bouchard G, Roy R, Declos M, et al. Origin and diffusion of the myotonic dystrophy gene in the Saguenay region (Quebec). *Can J Neurol Sci* 1989;16:119-22.
- Pinessi L, Bergamini L, Cantello R, Di Tizio C. Myotonia congenita and myotonic dystrophy: descriptive epidemiological investigation in Turin, Italy. (1955-1979). *Ital J Neurol Sci* 1982;3:207-10.
- Domènech Massons JM, Granero R. Estimación de parámetros. Intervalos de confianza. En: Domènech Massons JM, Granero R, editores. *Métodos estadísticos en ciencias de la salud*. Barcelona: Signo, 1999; p. 26-9.
- Álvarez Cáceres R. El método científico en las ciencias de la salud. Las bases de la investigación biomédica. Madrid: Díaz de Santos, S.A., 1995; p. 110-2.
- Siciliano G, Manca M, Gennarelli M, et al. Epidemiology of myotonic dystrophy in Italy: re-appraisal after genetic diagnosis. *Clin Genet* 2001;59:344-9.

Diabetes mellitus tipo 2: ¿la insulinización en atención primaria mejora el control metabólico?

Objetivo. Se ha sugerido que el inicio y el control posterior del tratamiento con insulina desde atención primaria en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que así lo precisen es un método seguro y efectivo para el control metabólico de la enfermedad, valorado mediante la reducción del valor de hemoglobina glucosilada (HbA_{1C}), en comparación con el inicio de la insulinización en el ámbito hospitalario¹⁻³. No hay trabajos realizados en nuestro medio que confirmen esta hipótesis. El objetivo principal de este estudio es determinar si los pacientes con DM2 insulinizados y controlados en atención primaria presentan una reducción del valor de HbA_{1C} durante el primer año postinsulinización.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Atención primaria. Áreas Básicas de Salud Girona-4 y Torroella de Montgrí.

Participantes. Pacientes con DM2 insulinizados en atención primaria entre junio de 1993 y agosto de 2001, en los que se realizó un seguimiento posterior de al menos 3 meses. La muestra final fue de 67 pacientes.

Mediciones principales. HbA_{1C} 3 meses antes de la insulinización y media del primer año posterior. IMC medio y gasto farmacéutico antes y después de la insulinización.

Resultados. El 64,2% era mujer. La media de edad era de 69,8 ± 13,6 años; la duración media de la enfermedad antes de la insulinización fue de 8,2 ± 7,2 años. Los valores basales de HbA_{1C}, IMC, coste económico y su variación tras la insulinización se exponen en la tabla 1.

Discusión y conclusiones. La reducción de la HbA_{1C} en nuestro medio fue superior a la publicada en otros estudios¹. En este trabajo se comprobó que el inicio de la insulinoterapia en atención primaria es eficaz para disminuir el valor de HbA_{1C}³, al igual

Palabras clave: Diabetes mellitus. Hemoglobina A glucosilada. Atención primaria.

TABLA 1. Variación de la hemoglobina glucosilada, índice de masa corporal y coste económico antes y después de la insulinización

	Antes de la insulinización (DE)	Después de la insulinización (DE)	Variación (IC del 95%)	Significación estadística
HbA _{1c}	9,58 (1,6)	7,56 (1,2)	2,02 (1,554-2,484)	p < 0,00001
IMC	28,45 (5,16)	29,22 (4,79)	-0,77(-1,08, -0,463)	p < 0,0001
Coste económico (euros)	8,42 (9,82)	18,24 (8,71)	9,82 (6,9-12,7)	p < 0,0001

DE: desviación estándar; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; IMC: índice de masa corporal.

que ocurre en otros ámbitos. Aunque se constató un aumento del coste económico del tratamiento de la DM2, otros trabajos han comprobado que la insulinización iniciada en atención primaria conlleva una reducción de los costes directos e indirectos en comparación con la insulinización hospitalaria³. Se necesitan estudios de evaluación económica que valoren si, en nuestro

medio, la insulinización iniciada en atención primaria es coste-efectiva comparada con la insulinización iniciada en el hospital.

**A. Comerma Méndez, J. Agustí
Corredor, M. Mas Marquès
y R. Girona Bastús**

ABS Girona 4. Institut Català de la Salut.
Girona. España.

1. Hayward RA, Manning WG, Kaplan SH, Wagner EH, Greenfield S. Starting Insulin therapy in patients with type 2 diabetes: effectiveness, complications, and resource utilization. *JAMA* 1997; 278: 1663-9.
2. Muller UA, Muller R, Starrach A, Hunger-Dathe W, Schiel R, Jorgens V, et al. Should insulin therapy in type 2 diabetic patients be started on an out- or inpatient basis? Results of a prospective controlled trial using the same treatment and teaching programme in ambulatory care and a university hospital. *Diabetes Metab* 1998;24:251-5.
3. Penforis A, Millot L. Initiating insulin treatment in insulin-requiring type 2 diabetic patients: comparative efficiency and cost of outpatient and inpatient management. INNOV Study Group. *Diabetes Metab* 1998;24:137-42.