

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la calidad de los cuidados paliativos en atención primaria según el proceso asistencial integrado (PAICP) y la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud 2006<sup>4,5,6</sup>, conocer la organización específica de primaria y estimar el grado de continuidad asistencial en un grupo de pacientes oncológicos terminales. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado entre septiembre de 2006 y mayo de 2007 en dos fases: entrevista en cada centro con el coordinador de cuidados paliativos y revisión de historias clínicas. Tuvo lugar en el Distrito de Atención Primaria de Sevilla, con dos áreas hospitalarias. Participaron 32 centros de salud y 278 pacientes atendidos desde dos unidades de cuidados paliativos conjuntamente con AP.

En la entrevista evaluamos las condiciones reales de aplicación del PAICP y cartera, sus indicadores, y la organización interna de cada centro de salud<sup>4,5,7,1</sup>. Medimos la continuidad asistencial, según la calidad (congruencia) de los registros clínicos en la revisión de historias clínicas y buscamos diferencias organizativas por área sanitaria con la prueba de significación estadística de la  $\chi^2$ .

Los indicadores fueron inferiores a los estándares en la clasificación de pacientes en situación terminal (el 0,061% de la población general; 0,15%), en la atención domiciliaria (el 46,19% de los pacientes; 100%) y en el uso de opioides (el 37,38% de los pacientes; 40–60%)<sup>4,5</sup>. El registro de muertes (el 9,75% de los pacientes) subestimaba la atención prestada. En el subgrupo de pacientes, la congruencia de la información clínica variaba desde un 80% de diagnósticos hasta un 7,91% de muertes registradas. Encontramos diferencias significativas en el registro de diagnóstico, tratamiento, atención domiciliaria, valoración de enfermería y contacto entre niveles (tabla 1)<sup>1</sup>.

Todos los CCSS conocían el proceso, pero el nivel de formación específica (31%), dedicación en horario concreto (21%), trabajo en equipo (12%) y protocolización (0%) es bajo<sup>1</sup>. La atención domiciliaria y elaboración de un plan de cuidados recae sobre enfermería selectivamente. Recurren al nivel especializado: las unidades de cuidados paliativos u otras inespecíficas de medicina interna, sin unos protocolos de actuación concretos y normalizados.

Los indicadores presentan el problema del registro y la medición, y actualmente hay dificultades técnicas para que

tengan relevancia clínica o epidemiológica. En muchos centros manejan registros en papel. Hay diferencias organizativas entre áreas. En AH1, la atención parece prestarse de forma complementaria entre primaria y la UCP y hay mayor contacto entre niveles. En AH2, la atención parece llevarse más en la UCP, con una menor participación de primaria. Dado que los enfermos oncológicos terminales son poco numerosos en primaria y presentan unos síntomas de más difícil control, con una complejidad alta, un objetivo sería lograr una atención compartida con especializada, con un sistema integral entre niveles que actuara como órgano clínico y asesor. Esta adecuada coordinación impediría pérdida de información en la transferencia de pacientes. Quizá el aumento en formación, disponibilidad e investigación en AP tenga que orientarse a conocer la medicina paliativa para poder ofrecer a sus pacientes el mejor recurso en función de su necesidad.

## Bibliografía general

1. Indicadores de calidad en cuidados paliativos. SECPAL; 2003.
2. Cuidados paliativos: hechos sólidos. OMS; 2004.
3. Mejores cuidados paliativos para personas mayores. Documento de la Oficina Regional de la OMS en Europa 2004. JNCP MSC; 2005.
4. Proceso asistencial integrado de cuidados paliativos. Servicio Andaluz de Salud; 2002.
5. Ofertas de servicios de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud; 2006.
6. I Plan integral de oncología de Andalucía (2002–2006). Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
7. Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. SAS; 2003.

María Constanza Colchero Calderón\* y  
Víctor Manuel Del Yerro Páez

*Unidad Clínica de Gestión Ronda Histórica, Sevilla, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mconstanzacc@andaluciajunta.es](mailto:mconstanzacc@andaluciajunta.es)  
(M.C. Colchero Calderón).

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.008

## Topiramato y déficit de vitamina B<sub>12</sub>

### Topiramate and vitamin B<sub>12</sub> deficiency

*Sr. Director:*

Desde la comercialización de topiramato en España en mayo de 1998 se han comunicado varias reacciones adversas. Las alteraciones de laboratorio notificadas son: la disminución del bicarbonato y el potasio séricos y el aumento de las transaminasas<sup>1</sup>. No se han notificado hasta el momento alteraciones en la concentración sérica de vitamina B<sub>12</sub>.

Presentamos el caso de una mujer de 44 años en tratamiento con paroxetina desde 1 año antes, que inició tratamiento con topiramato (200 mg/día repartido en dos dosis) por un síndrome ansioso-depresivo y un trastorno de la alimentación tipo bulimia. Acudió a consulta tras 20 días de tratamiento refiriendo somnolencia, astenia y torpeza mental. Realizamos una analítica sanguínea, en la cual se objetivó: vitamina B<sub>12</sub>, 142 pg/ml (normal, 211–911 pg/ml); ácido fólico, bioquímica y hemograma, normales. Se decidió suspender el topiramato e iniciar tratamiento con suplementos intramusculares de vitamina B<sub>12</sub> hasta reponer su concentración. La paciente fue estudiada en el servicio de digestivo, donde la endoscopia

y el test de Schilling resultaron normales. A los 6 meses de suspender el tratamiento con suplementos de vitamina B<sub>12</sub>, los valores fueron de 386 pg/ml. Se reintrodujo el topiramato de forma progresiva, y al mes se practicó un nuevo control de vitamina B<sub>12</sub>, con resultado de 150 pg/ml. De nuevo fue retirado el topiramato y se inició tratamiento con vitamina B<sub>12</sub> intramuscular. Tras 1 año de seguimiento, la concentración sérica de vitamina B<sub>12</sub> se mantiene normal sin suplementos.

Se notificó el caso al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid mediante Tarjeta Amarilla.

Tras una búsqueda realizada en la base de datos Reactions y en PubMed, no se ha encontrado ninguna referencia a la aparición de déficit de vitamina B<sub>12</sub> en relación con la administración de topiramato. En la Base Nacional de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos tampoco hay ningún caso comunicado.

La sospecha del déficit de vitamina B<sub>12</sub> asociado al topiramato se basa en el nuevo descenso de las cifras tras reintroducirlo y en la ausencia del descenso tras la retirada definitiva del fármaco. Asumimos que la hipovitaminosis descrita inicialmente era reciente, puesto que la paciente no presentaba anemia, macrocitosis ni secuelas neurológicas<sup>2-4</sup>.

En conclusión, ante un paciente que inicia tratamiento con topiramato y presenta síntomas neurológicos, se recomienda la determinación de la vitamina B<sub>12</sub> sérica.

## Agradecimientos

Especialmente a la Dra. Carmen Esteban Calvo por la información proporcionada.

doi:10.1016/j.aprim.2008.06.005

## Financiación

Agradecemos al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid la información proporcionada.

## Bibliografía

1. Agemed. Ficha técnica de Topiramato. 2007 [citado 12 Jun 2008]. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFicha-WordPdf&codigo=61875&formato=pdf&formulario=FICHAS>.
2. Hvas AM, Nexø E. Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency – an update. *Haematologica*. 2006;91:1506–12.
3. Carmel R, Green R, Rosenblatt DS, Watkins D. Update on cobalamin, folate, and homocysteine. *Hematol Am Soc Hematol Educ Program*. 2003;62–81.
4. Smellie WS, Wilson D, McNulty CA, Galloway MJ, Spickett GA, Finnigan DI, et al. Best practice in primary care pathology: review 1. *J Clin Pathol*. 2005;58:1016–24.

Antonio L. Aguilar-Shea\*, Lucía Sierra Santos, Jesús Castro Toro y Cristina Gallardo-Mayo

*Consultorio El Boalo, Centro de Salud Manzanares, El Boalo, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [antonioaguilarshea@gmail.com](mailto:antonioaguilarshea@gmail.com) (A.L. Aguilar-Shea).

## Evaluación de consumo de antidepresivos en la Comunidad Autónoma Vasca en el periodo 2000–2006

### Evaluation of Antidepressant Use in the Basque Country During the Period 2000–2006

*Sr. Director:*

Con el objetivo de describir y evaluar tendencias de consumo de antidepresivos en el País Vasco (CAPV) (2000–2006) y su repercusión económica, se analizan las prescripciones por receta médica oficial de 2000 a 2006 en la CAPV. Los datos de consumo de antidepresivos a través de receta médica oficial se miden por la dosis diaria definida (DDD), el importe y los envases facturados. El importe facturado en la CAPV en 2006 por antidepresivos fue de 31.099.408,31 euros; crece un 66,7% desde 2000 (el gasto farmacéutico total crece un 58,55%).

Según la clasificación ATC de la OMS, existen cuatro grupos: inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores no selectivos (tricíclicos y afines), inhibidores selectivos de la

recaptación de serotonina (ISRS) y otros antidepresivos. El patrón de prescripción se mantiene en el periodo; el más prescrito es el de los ISRS (62,9%) y el menos, los IMAO (descenso significativo, el 37% en DDD y el 58% en importe). El ISRS más consumido es paroxetina. Escitalopram, comercializado en 2004, muestra un crecimiento espectacular, desplazando a fluoxetina (segundo hasta 2000). Dentro de «Otros antidepresivos» se observa un gran incremento (DDD, 157%; importe, 187%). El más consumido es venlafaxina, seguido de mirtazapina (aumento en DDD, 194 y 193%, respectivamente). Tricíclicos y afines han disminuido en consumo (DDD, –8%); sólo aumenta amitriptilina (9,8%), quizá por su prescripción en otras indicaciones (dolor neuropático, neuralgia postherpética, etc.) (tabla 1).

No se considera la dispensación sin receta (estimada nula por el tipo de patología), ni prescripciones en el ámbito privado u hospitalario. Sin embargo, debido a la gran cobertura del sistema público, asumimos que suponen un porcentaje mínimo que no invalida los resultados. Los datos obtenidos en nuestro estudio concuerdan con los comunicados en otras comunidades. En España, de 1997 a 2002, se vislumbraba un crecimiento relevante especialmente para ISRS (136%); en La Rioja y Zamora