

confidencialidad respecto al paciente es básica en la colaboración. Los profesionales sanitarios deberían contribuir a la consecución de un ambiente seguro, agradable y disciplinado que facilite la relación interpersonal e intergrupala en el trabajo. La colaboración debería buscar, también, la salud de la comunidad.

5. *Todos los profesionales relacionados con la salud deben trabajar para mejorar el sistema sanitario.* Las organizaciones sanitarias, y sus profesionales, deberían establecer mecanismos para eliminar pautas obsoletas y para incorporar, rápidamente, nuevos conocimientos y habilidades que mejoren la atención. Los clínicos están obligados a mantener al día sus conocimientos, tanto para mejorar la calidad como para disminuir los costes. La mejora de la atención es tarea prioritaria, incluso frente a los intereses económicos de los profesionales.

6. *Primum non nocere.* Toda actividad sanitaria tiene riesgos, desde la curación a la prevención, desde las campañas al público a la educación para la salud, desde la intervención a la pasividad, y los profesionales sanitarios deben saberlo y valorarlo. Puesto que los errores pueden causar graves perjuicios, los clínicos deben trabajar en forma que se eviten al máximo.

### Conclusión

No creo que nadie discrepe radicalmente de los principios que propone el Grupo Tavistock. Los autores del borrador están abiertos, no obstante, a propuestas y sugerencias. Pueden hacerse a nombre de Ms. Penny Janeway, penny@amacad.org (Initiatives for Children, American Academy of Arts and Sciences, Norton's Woods, 136 Irving Street, Cambridge, MA, 02138-1996, EE.UU.).

La propuesta del Grupo Tavistock nos afecta profundamente a los profesionales sanitarios, en lo personal y en lo ético. Su cumplimiento exigiría cambios fundamentales en la actitud y forma de trabajo de los profesionales, y en la organización, dirección y planificación de los servicios sanitarios. Creo que el paso inicial, la difusión de su existencia, es el primero a dar. El segundo, la reflexión personal y en grupo acerca de su impacto, es también sencillo. Más difícil es su implantación en la práctica clínica y en la organización de los servicios sanitarios.

MERCEDES PÉREZ FERNÁNDEZ

Médico general. Equipo Cesca. Presidente del Comité de la Comisión de Ética de la Red Española de Atención Primaria (REAP). Madrid.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Berwick D, Hiatt H, Janeway P, Smith R. An ethical code for everybody in health care. A code that covered all rather than single group might be useful. *BMJ* 1997; 315: 1633-1634.
2. Hurwitz B, Richardson R. Swearing to care. *BMJ* 1997; 315: 1671-1673.
3. Tavistock Group. Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group. *BMJ* 1999; 318: 248-251.
4. Smith R, Hiatt H, Berwick D. A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock Group. *Ann Intern Med* 1999; 130: 143-147.

## Cambio de la concentración de los viales de insulina de 40 U/ml a 100 U/ml y de las correspondientes jeringas para su administración

**Sr. Director:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (IFD) recomiendan la armonización de la concentración de insulina en viales de 100 U/ml.

Con la finalidad de aumentar la seguridad y armonizar con los distintos países de nuestro entorno europeo, el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con los distintos agentes implicados y teniendo en cuenta la experiencia en otros países, ha acordado sustituir los viales de insulina de 40 U/ml por viales de 100 U/ml el 28 de febrero de 2001, sin periodo de coexistencia de las dos concentraciones.

A partir del día 28 de febrero de 2001 estarán disponibles en las oficinas de farmacia y centros sanitarios únicamente viales de insulina de 100 U/ml y las correspondientes jeringas graduadas para 100 U/ml. Esta circunstancia deberá tenerla usted en cuenta a la hora de planificar el tratamiento de sus pacientes en torno a la citada fecha.

Esta medida no tiene ninguna incidencia en la dosis prescrita, frecuencia de la administración, ni en el tipo y marca de insulina que deberá inyectarse el paciente.

Le rogamos comunique a su paciente que:

1. A partir del 28 de febrero de 2001 no estarán disponibles los viales de insulina de 40 U/ml ni las jeringas graduadas para 40 U/ml.

2. A partir del 28 de febrero de 2001 el farmacéutico sólo suministrará a los pacientes viales de insulina de 100 U/ml, así como jeringas graduadas para 100 U/ml.

3. A partir del 28 de febrero de 2001 los centros sanitarios sólo dispondrán de viales de 100 U/ml y suministrarán únicamente jeringas graduadas para 100 U/ml.

4. En el mercado existirán las siguientes jeringas para la administración de viales de insulina de 100 U/ml: 0,5 ml (capacidad 50 U), 0,3 ml (capacidad 30 U), 1 ml (capacidad 100 U).

5. A partir del 28 de febrero de 2001 los pacientes deberán entregar en las oficinas de farmacia los viales de insulina de 40 U/ml que obren en su poder en el momento del cambio.

6. A partir del 28 de febrero de 2001 los pacientes deberán entregar a su centro sanitario las jeringas graduadas para 40 U/ml que no hayan sido utilizadas.

Es de capital importancia que las personas con diabetes que están utilizando viales de insulina sean informadas de que, en ningún caso, deben utilizar las antiguas jeringas graduadas en 40 U/ml para inyectarse insulina de 100 U/ml, o utilizar las nuevas jeringas calibradas en 100 U/ml para in-

yectar la insulina en viales de 40 U/ml, que pudieran tener aún en su poder.

Para la correcta implantación del cambio es muy importante que cada médico participe activamente verificando que sus pacientes han recibido y asimilado la información.

Asimismo, debe tener en cuenta que el menor volumen de inyección conlleva una mayor duración para el paciente de cada envase de insulina (hasta 2,5 veces más). Por lo tanto, deberá tener en cuenta esta mayor duración a la hora de prescribir el número de viales más adecuado para cada paciente.

Así, por ejemplo, un paciente que actualmente requiere 4 viales de insulina de 40 U/ml al mes, con el mismo número de viales de 100 U/ml y manteniendo la misma posología, tendrá insulina para 2 meses y medio.

Por último, y en fechas próximas al cambio de concentración de los viales de insulina, se deberá prestar especial atención al *stock* existente en los botiquines de urgencia y en los de planta del centro sanitario. Esta circunstancia también deberá tenerse en cuenta en relación a las jeringas para la administración de insulina de 100 U/ml.

Los viales que se pasarán a 100 U serán todos los existentes en el mercado en el momento del cambio:

Lilly	Novo-Nordisk
Humulina NPH 10 ml	Insulatard NPH 10 ml
Humulina 10: 90 10 ml	
Humulina 20: 80 10 ml	
Humulina 30: 70 10 ml	Mixtard 30: 70
Humulina 40: 60 10 ml	
Humulina 50: 50 10 ml	
Humulina regular 10 ml	Actrapid 10 ml
Humulina lenta 10 ml	Monotard 10 ml
Humulina ultralenta 10 ml	Ultratard 10 ml
Humalog lispro 10ml	

Este importante cambio también será comunicado a las personas con diabetes a través de sus correspondientes asociaciones, así como a los farmacéuticos, educadores en diabetes y personal de enfermería a través de una campaña informativa.

Le agradecemos su colaboración en esta importante campaña que afecta a las personas con diabetes.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

## Ataxias cerebelosas: a propósito de un caso

**Sr. Director:** Las ataxias se definen como trastornos del movimiento caracterizados por errores en la velocidad, rango, dirección, duración, tiempo y fuerza de la actividad motora. Pueden afectar en este sentido tanto a los movimientos voluntarios, al mantenimiento postural o al habla. Son elementos característicos de las ataxias la dismetría, la

disdiadococinesia y el temblor de acción o intencional. El correlato anatómico y fisiopatológico se corresponde con una afectación del cerebelo, que si interesa a los hemisferios cerebelosos se asocia a una alteración en los movimientos de los miembros y si afecta al vermis a los movimientos del tronco y el mantenimiento postural<sup>1,2</sup>. Son múltiples los procesos que pueden afectar al cerebelo como infecciones, tumores, lesiones vasculares, trastornos metabólicos, etc. Sin embargo, las principales enfermedades de desequilibrio progresivo se caracterizan por la degeneración del cerebelo, de sus sistemas de fibras o de todo el sistema. Pueden responder a casos esporádicos o más frecuentemente a transmisión hereditaria. Presentamos un caso de degeneración cerebelosa tardía idiopática, que consideramos interesante, no sólo por su infrecuencia, sino también por los diagnósticos diferenciales que genera y el papel que puede desempeñar el médico de atención primaria.

Se trata de una mujer de 67 años que consultó en marzo de 1997 por un cuadro de trastornos de la marcha y del equilibrio, progresivo, de aproximadamente de 3 años de evolución. Se acompañaba de temblor en los brazos y manos al realizar las actividades de la vida diaria. No presentaba antecedentes familiares de interés, y entre los personales destacaba alergia a las pirazolonas, doble lesión reumática mitral y aórtica en fibrilación auricular y un episodio de neumonía que precisó ingreso. En la exploración física presentaba una discreta palidez cutaneomucosa. La auscultación cardíaca revelaba tonos cardíacos arrítmicos, con un soplo holosistólico III/VI, suave, irradiado a axila, chasquido de apertura de la válvula mitral y retumbo diastólico. La auscultación pulmonar evidenciaba la existencia de crepitantes pulmonares bibasales. Hepatomegalia de 3 cm, de contornos lisos, levemente dolorosa y con reflujo hepatoyugular positivo. La exploración neurológica era la siguiente: pares craneales normales. Habla disártrica y escandida con ataxia de miembros y tronco 4/5. Bipedestación anormal con marcha inestable y ondulante. Se evidenciaba una dismetría de los miembros superiores e inferiores de 2/5 con disdiadococinesia de 4/5. Temblor intencional, más intenso en la mano derecha. La fuerza y la sensibilidad estaban conservadas. Los reflejos osteotendinosos eran simétricos y algo disminuidos, con signo de Babinsky bilaterales negativos. En la analítica destacaba una anemia normocrómica normocítica discreta (Hb 10 mg/dl, VCM 85 fl) con una velocidad de sedimentación elevada de 43. Resto de los parámetros analíticos sin alteraciones. Ante la sospecha de una ataxia progresiva fue derivada al neurólogo de zona. La TC con contraste y la RM fueron normales, así como el estudio electromiográfico, los potenciales evocados multimodales y el estudio del sistema nervioso autónomo. El diagnóstico fue de atrofia cortical cerebelosa idiopática. Tras dos años de evolución la paciente se encuentra imposibilitada para la marcha y requiere ayuda tanto para el aseo personal como para comer. Ha sufrido múltiples caídas con diversas fracturas, entre ellas del cúbito y de la cadera derecha. En la última TC con contraste realizado hace un mes se observa una importan-