

pacientes y familiares. La segunda porque aunque el gasto inicial sería mayor, la disminución de hospitalizaciones, de gasto por tratamientos antineoplásicos, etc., lo compensaría. Asimismo, la tercera también sería afirmativa, ya que si al paciente se le explica adecuadamente la situación, se le indica cómo debe realizar la prueba inicial y se combina el *hemocult II sensa* con el test inmunoquímico (*hemeselect*), se lograría por un lado aumentar la sensibilidad del test y por otro disminuir mucho los falsos positivos⁶ y, además, los pacientes que tuvieran que pasar la segunda prueba lo harían conscientes de lo que se podrían evitar en un futuro.

En conclusión, se debería realizar un cribado sistemático a toda la población mayor de 50 años, tenga o no sintomatología, y en atención primaria estamos en lugar privilegiado para ello, siempre y cuando los diferentes niveles asistenciales asuman la continuación del estudio y el tratamiento si se precisa.

J.B. Cervera Moscardó

Centro de Salud de Xátiva. Valencia. España.

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, vol. 1 14.^a ed. Madrid: McGraw-Hill, 1998.
2. Farreras-Rozman. Medicina Interna, vol. 1 13.^a ed. Madrid: Hardcourt Brace, 1995.
3. The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Screening for colorectal cancer. Health Care Net work, 2003 March.
4. American Society of Clinical Oncology. ASCO Clinical Practice Guidelines Clinical Practice Guidelines for the Use of Tumor Markers in Breast and the Colorectal Cancer. J Clin Oncol 1996;14: 2843-77,.
5. National Guideline Clearing House. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. Gastroenterology 1997;112:594-642.
6. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med 1993;328:1365-71.

Rabdomiólisis por neurolépticos: ¿puede hablarse de síndrome neuroléptico maligno?

Introducción. El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una entidad clínica poco frecuente^{1,2}, caracterizada por la aparición de una tríada sintomática característica, en el contexto del inicio de un tratamiento con fármacos neurolépticos³. La presentación incompleta de los síntomas clínicos puede favorecer su infradiagnóstico. Así, pese a que la aparición de los nuevos neurolépticos de última generación (olanzapina y otros) parece que ha disminuido el riesgo de SNM, es de vital importancia la sospecha diagnóstica de dicho cuadro en pacientes en tratamiento con neurolépticos.

Caso clínico. Varón de 56 años ingresado en un centro asistencial de larga estancia, diagnosticado de esquizofrenia indiferenciada, independiente para las actividades de la vida diaria, y con una vida social y de relación estable. Seguía tratamiento crónico diario desde hacía más de 4 años con 400 mg de clometiazol, 15 mg de trifluoperazina y 10 mg de olanzapina.

Presentó, de forma súbita y sin desencadenante aparente, un cuadro de agitación psicomotriz y desorientación temporoespacial completa, hipotonía de extremidades y sudación profusa. Se le suspendió la medicación antipsicótica durante 24 h y fue tratado con 10 mg diazepam por vía intramuscular en su centro, desde donde, al no presentar mejoría, fue remitido al hospital de referencia.

En el servicio de urgencias hospitalario presentó estos hallazgos patológicos: temperatura de 37,5 °C; presión arterial de 160/80 mmHg; frecuencia cardíaca de 100 lat/min; valores de creatinina de 26.820 U/l; CK-MB: 460 U/l (un 1,71% de la CK total); lactógeno deshidrogenasa de 1.400 U/l; GOT de 342 U/l; GPT de 140 U/l; sistemático de orina con sangre de 3+ y 5-

Palabras clave: Síndrome neuroléptico maligno. Rabdomiólisis. Neurolépticos.

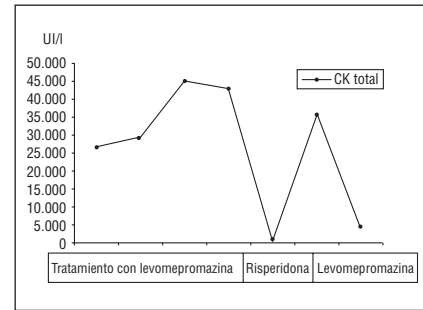


FIGURA 1. Evolución de la creatinina total.

7 hematíes por campo, y aldolasa sérica de 195,3 U/l (valores normales, 1-7,6 U/l). Se instauró tratamiento de mantenimiento con fluidoterapia salina hipertónica, que consistió en 2,5 mg de haloperidol por vía intravenosa, 25 mg de levomepromazina por vía intramuscular y 1 g de metamizol por vía intravenosa, y se le diagnosticó de delirio sin filiar y posible SNM.

La evolución del paciente durante su ingreso fue favorable: cedió la agitación en 24 h, presentó febrícula de hasta 37,6 °C, autolimitada, y no requirió cuidados intensivos o críticos.

La evolución de las cifras de CK se expone en la figura 1. Cabe destacar el descenso progresivo de dichas cifras con el tratamiento de mantenimiento y el rebrote sufrido tras la introducción de risperidona por vía oral. Tras la retirada de este tratamiento y la reintroducción de la levomepromazina (utilizada en el servicio de urgencias sin efectos secundarios colaterales), volvieron a normalizarse las cifras de CK, y el paciente fue dado de alta al octavo día de ingreso, con analítica dentro de los límites de la normalidad y tratamiento de mantenimiento con 25 mg diarios de levomepromazina por vía oral.

Discusión y conclusiones. La sospecha clínica del SNM es esencial ante la presentación de cuadros clínicos compatibles con dicho proceso. En este caso el paciente presenta un cuadro incompleto, aun cuando llega a cumplir los criterios diagnósticos establecidos por Levenson et al⁴, pero no así los planteados por Keck et al⁵. La agitación inicial del cuadro no mejoró tras la administración de benzodiazepinas y sí lo hizo con neurolépticos como el haloperidol y, sobre todo, con la levomepromazina, tra-

tamiento de mantenimiento con el que el paciente fue dado de alta.

Planteamos la duda del diagnóstico de SNM en este caso con clínica incompleta, que puede considerarse un SNM-like o *light*. La ausencia de fiebre podría explicarse debido a la falta de rigidez muscular. La prueba diagnóstica de confirmación de la etiología del cuadro fue el rebrote del pico de CK tras la introducción de la risperidona por vía oral⁶. Pese a ello, y tras la posterior reintroducción de la levomepromazina por vía oral, la evolución del cuadro fue satisfactoria y el paciente fue dado de alta el octavo día de ingreso, asintomático y con valores de CK cerca de los límites de la normalidad.

La evolución posterior del enfermo no ha sufrido variaciones, y ha permanecido asintomático 6 meses después de este episodio, con tratamiento oral con levomepromazina a dosis de 25 mg/día como única medicación antipsicótica.

M.D. Aguilar García^a,
J.R. Garmendia Leiza^b,
J.I. Cuende Melero^c
y F. del Campo del Campo^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Carrión de los Condes. Palencia. España.

^bMédico de Familia. Servicio Urgencias.

^cFEA Medicina Interna. Hospital Provincial San Telmo. Palencia. España.

1. Petersdorf RG. Hipotermia e hipertermia. En: Harrison TR, editor. Principios de medicina interna. 13.^a ed. esp. Madrid: McGraw-Hill, 1997; p. 2854-60.
2. Sapos L, Cubero P, Ciudad A. Síndrome neuroléptico maligno. Farmacología del SNC 1989;3:84-94.
3. Addonizio G, Susman VL. Síndrome neuroléptico maligno. En: Chris L, editor. Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. Cap. 23. Madrid: Editores Médicos, 1995; p. 625-55.
4. Levenson JL, Fisher JG. Long-term outcome after neuroleptic malignant syndrome. J Clin Psychiatry 1988;49:154-6.
5. Keck PE, Pope HG, Cohen BM, McElroy SL, Nierenberg AA. Risk factors for neuroleptic malignant syndrome. Arch Gen Psychiatry 1989;46:914-8.
6. Gleason PP, Conigliaro RL. Neuroleptic malignant syndrome with risperidone. Pharmacotherapy 1997;17:617-21.

¿Cómo aceptan nuestros pacientes la prescripción de medicamentos no financiados por el Sistema Nacional de Salud?

Dentro del arsenal terapéutico disponible para los médicos de atención primaria, existen numerosas especialidades que nunca han sido financiadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) o han sido excluidas posteriormente por otros motivos. Estos productos, en ocasiones, son prescritos por el médico de atención primaria obteniendo por parte de los pacientes respuestas muy dispares, que van desde no aceptación y solicitar otra prescripción financiada, hasta no retirarlos en la oficina de farmacia^{1,2}.

Objetivo. Analizar la actitud de los pacientes ante las prescripciones indicadas por su médico y no financiadas por el SNS.

Diseño. Estudio observacional mediante encuesta cerrada.

Emplazamiento. Centro de salud de la periferia de Murcia que atiende a un total de 20.000 habitantes.

Participantes. Cien pacientes activos y 100 pensionistas a los que su médico de familia realiza una prescripción no financiada por el SNS. Se excluyó a los pacientes cuya prescripción superaba los 12 euros para evitar sesgos debidos al alto costo de la medicación. Los participantes fueron divididos en activos y pensionistas por suponer un mayor poder adquisitivo de los activos.

Mediciones principales. Realización de encuesta por una misma persona ajena al centro de salud. La pregunta realizada era la siguiente: «¿Qué piensa hacer con la prescripción que le acaba de hacer su médico y no financia el SNS?». Debía elegir

Palabras clave: Medicamentos. Financiación. Pacientes.

una de las cuatro opciones posibles que aparecen en la tabla 1.

Resultados. Un total de 41 pacientes (13 activos y 28 pensionistas) se negaron a contestar la encuesta, bien porque no lo deseaban (15), bien por tener prisa al salir de la consulta (26). Tras analizar los resultados (tabla 1) es de resaltar que menos de la mitad de los pensionistas (41,7%) aceptan sin reservas las prescripciones no financiadas indicadas por su médico. En el caso de la población activa este porcentaje asciende al 59,8%. Además, otro porcentaje importante de pacientes sólo tomará la medicación si el precio le parece razonable.

Discusión y conclusiones. Estos resultados nos obligan a plantear una negociación previa con el paciente antes de realizar una prescripción no financiada, ya que si su predisposición no es favorable, casi con toda seguridad no tomará el fármaco indicado. También es importante tener en cuenta la existencia o no de una alternativa terapéutica financiada al fármaco prescrito, ya que en el caso de que el síntoma sea molesto o preocupante para el paciente, éste siempre tomará el fármaco si no tiene otra alternativa terapéutica. Hay que reconocer que para gran parte de los medicamentos no financiados hay otros alternativos que sí son sufragados por el SNS, lo que actúa negativamente sobre su prescripción^{3,4}. A modo de conclusión podemos afirmar que la indicación a nuestros pacientes de fármacos no financiados por el SNS puede disminuir la observancia terapéutica de éstos.

M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^a, J. Martínez Crespo^c y A. Nicolás Bastida^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Beniján-San Andrés. Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia (UCAM). España. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Beniján. Murcia. España. ^cDUE. Centro de Salud de Beniján. Murcia. España.

TABLA 1. ¿Qué hacen los pacientes con la prescripción no financiada?

	Activos n = 87	Pensionistas n = 72
1. Comprobarla y tomarla de forma adecuada	52 (59,8%)	30 (41,7%)
2. Preguntar el precio primero. Si me parece cara no la retiro	24 (27,6%)	24 (33,3%)
3. No tomarla. No pagaré nada que no financie el SNS	8 (9,2%)	11 (15,3%)
4. Pediré en la farmacia algo parecido financiado por SNS	3 (3,5%)	7 (9,7%)