

Respuesta**Reply**

Agradecemos el interés mostrado por nuestro artículo¹ a la Dra. Martínez-Morilla, así como las aportaciones en el conocimiento de la artritis reumatoide. Estamos totalmente de acuerdo en que la artritis reumatoide es un trastorno que se caracteriza por una serie de signos y síntomas y que para su diagnóstico se deben reunir unos criterios diagnósticos. Es obvio que nuestras pacientes en el momento de la afectación medular no cumplían los criterios de artritis reumatoide. Ha sido la evolución en el tiempo, cuando han presentado clínica de artritis en manos y otros síntomas, lo que ha permitido establecer los criterios diagnósticos necesarios para la artritis reumatoide, concretamente a los 12 y 32 meses desde la clínica neurológica. Otros autores² han encontrado casos similares de afectación medular y con el tiempo se desarrollará clínica típica de la artritis reumatoide.

Por lo tanto, hubiera sido más correcto exponer el artículo como mielopatía cervical por pannus reumatoideo como clínica de debut

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.medcli.2010.10.020

doi:10.1016/j.medcli.2010.10.019

de la artritis reumatoide y haber expuesto la evolución de la sintomatología de las pacientes.

Reincidimos en la valiosa aportación realizada por los autores sobre el pannus reumatoideo y sus causas, así como en el diagnóstico de la artritis reumatoide y el valor de un factor reumatoide positivo.

Bibliografía

1. Jiménez Caballero PE, Ayuga Loro F, Muñoz Escudero F, Lobato Casado P. Mielopatía cervical por pannus reumatoideo como forma de la artritis reumatoide. *Med Clin* 2010;135:432-3.
2. Guilpain P, Kettaneh A, Chamouard JM, Stirnemann J, Thomas M, Fain O. Compression of the spinal cord revealing a seronegative rheumatoid arthritis. *Rev Med Interne* 2003;24:59-62.

Pedro Enrique Jiménez Caballero*, Fernando Ayuga Loro, Francisco Muñoz Escudero y Paula Lobato Casado

Servicio de Neurología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pjimenez1010j@yahoo.es

(P.E. Jiménez Caballero).

Concentración de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en el área de Talavera de la Reina (Toledo) (2006-2008)**Concentration of glycosylated hemoglobin (HbA1c) in the area of Talavera de la Reina (Toledo), Spain (2006-2008)**

Sr. Editor:

La American Diabetes Association ha recomendado en el año 2010 incluir la hemoglobina glucosilada (HbA1c) como prueba con valor diagnóstico para la diabetes mellitus (DM) si sus valores son de al menos 6,5% o más en dos ocasiones¹. La relación entre complicaciones y control glucémico ha quedado confirmada en varios estudios, donde valores de HbA1c inferiores al 7% se asocian a una menor morbilidad vascular².

La mayoría de los programas de calidad asistencial incluyen la proporción de pacientes con valores de HbA1c superiores o inferiores a un estándar que suele estar entre el 7,5 y el 8%³. Tras leer el artículo de Franch Nadal et al⁴ sobre la evolución del control diabético tipo 2 en atención primaria, nos parece interesante ofrecer los resultados de nuestro estudio sobre la variabilidad de la concentración de los valores de HbA1c. Desde el año 2007, la DM ha sido considerada un área prioritaria de intervención en salud por el 94,3% de las comunidades autónomas, sin embargo solo el 31,6% contaba con un plan específico de actuación (entre las que estaba Castilla-La Mancha)^{5,6}.

El objetivo de nuestro trabajo fue conocer la concentración media de HbA1c en las determinaciones sanguíneas de nuestra área sanitaria, solicitadas por cada uno de los 116 médicos de los 16 centros de salud existentes. Se han analizado todas las determinaciones de HbA1c de la población mayor de 15 años (no pediátrica) en todos los centros de salud y consultorios locales dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina (GAPTA). Todas las muestras han sido analizadas en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital General Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina, que es el hospital de referencia, y que está certificado según UNE-EN-ISO 9001: 2008, realizándose las determinaciones con los parámetros de calidad establecidos

(Estándares NGSP/DCCT). La concentración de HbA1c a partir de la que se ha considerado un buen o mal control de la DM es del 7%^{5,7}.

Se han analizado 26.611 determinaciones de HbA1c en la GAPTA entre 2006 y 2008, con un valor medio entre todos los centros de salud de la concentración de HbA1c $6,9 \pm 0,27\%$ (Mediana: 6,9%, Mínimo: 6,4%, Máximo: 7,6%), sin diferencias estadísticamente significativas entre centros de salud ($p > 0,05$). Y tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los médicos peticionarios ($p > 0,05$), con una concentración media de $6,9 \pm 0,65\%$ para los profesionales (mediana: 6,9%, mínimo: 4,7%, máximo: 9,6%). Observamos que el $57,1 \pm 8,12\%$ de la población del área está bien controlada (Mediana: 57%, Mínimo: 37,3%, Máximo: 74%), sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre centros de salud ($p > 0,05$). No se ha hallado relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) con el número de tarjetas sanitarias, localización urbana o rural, porcentaje de población diabética, el consumo de tiras reactivas ni con el porcentaje de población con glucómetro.

En general, el control de la glucemia ha sido correcto, con cifras medias de HbA1c del 6,9%, similares a las de Franch Nadal et al del año 2007; y algo más de la mitad de nuestra población (57,1%) está bien controlada, al igual que los autores mencionados, que tienen cifras del 59%⁴. La no existencia de diferencias estadísticas no significa que no se aprecie una variabilidad en el grado de control. En el caso de los centros de salud, la diferencia es menos apreciable; sin embargo, en el caso de los profesionales sanitarios tenemos una mayor variabilidad. Estas diferencias no parecen estar asociadas a las variables estudiadas y no parecen ser debidas a variaciones demográficas o socioeconómicas de la población, por la homogeneidad de la misma, por lo que parece que la única diferencia es el médico. Sin embargo, no todas las diferencias deben ser atribuidas al profesional, ya que la propia población, con sus hábitos y actitudes ante la enfermedad, influye en su adecuado control y cumplimiento terapéutico⁸.

Entre las limitaciones de nuestro estudio podemos decir que no sabemos a qué tipo de paciente se le ha realizado la determinación de HbA1c, no sabemos si son enfermos o no de DM, y en el caso de serlo, de qué tipo. Las evidencias y recomendaciones establecen que la HbA1c debe ser realizada de manera rutinaria en todos los