

Hepatotoxicidad por flutamida

Uno de cada 6 varones desarrollará un cáncer invasivo de próstata durante su vida, lo que supone más del 15% de la población masculina. Esto, unido a su gravedad (sólo el cáncer de pulmón tiene mayor mortalidad que el de próstata), nos da una idea de la importancia de esta enfermedad. El abordaje más frecuente de la enfermedad metastásica combina un análogo de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) con un antiandrógeno. La flutamida es un antiandrógeno no esteroide utilizado desde hace años en el tratamiento del cáncer de próstata en combinación con los análogos de la LHRH o como agente único¹. Sus efectos adversos más frecuentes son ginecomastia, fatiga, episodios de rubefacción y diarrea. La hepatotoxicidad es una complicación rara, pero la gravedad oscila desde cuadros subclínicos con hipertransaminasemia, con o sin colestasis, a cuadros de hepatitis fulminante.

Presentamos un caso de hepatitis toxica con colestasis por flutamida, dada la escasa bibliografía al respecto y el uso común del fármaco. Con frecuencia es el médico de atención primaria el primero que observa la clínica derivada de la hepatotoxicidad; la sospecha del cuadro y la retirada temprana del fármaco pueden evitar un desenlace fatal.

Caso clínico. Varón de 74 años, en tratamiento con flutamida y un análogo de la LHRH por adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas. Consulta a su médico de cabecera 6 meses después de iniciado el tratamiento por astenia e ictericia mucosa. Se le practica analítica en la que destaca bilirrubina total 11,1 mg/dl, bilirrubina directa 8,5 mg/dl, GOT 809 mU/ml, GPT 806 mU/ml, GGT 689 mU/ml, LDH 1356 mU/ml, índice de Quick 47%, por lo que se remite a urgencias para estudio. A su llegada a urgencias el paciente refería cuadro de 20 días de evolución de ictericia cutaneomucosa, coluria, hipocolia y astenia. En la exploración física, únicamente destacaba la ictericia cutaneomucosa, por lo que, junto con los hallazgos analíticos, se decide ingreso con sospecha de metástasis hepáticas por carcinoma de próstata. Tras la valoración al día siguiente del ingreso, se deci-

de la suspensión de la flutamida ante la posibilidad de hepatotoxicidad por este fármaco. Se practicó ecografía, en la que se observaron el hígado y bazo aumentados de tamaño sin lesiones focales, siendo normales el resto de las estructuras abdominales. La serología de los virus hepatotropos resultó negativa. La evolución del paciente fue favorable tras la retirada del fármaco y evidenció, a los 4 meses, una mejoría de los parámetros analíticos: bilirrubina total 1,8 mg/dl, bilirrubina directa 0,9 mg/dl, GOT 186 mU/ml, GPT 138 mU/ml, GGT 186 mU/ml.

Discusión y conclusiones. La flutamida ocasiona hepatotoxicidad con una frecuencia que oscila entre el 0,36² y el 8,82%³ según diferentes autores. La gravedad oscila entre elevaciones asintomáticas de las transaminasas hasta hepatitis agudas graves que conducen a la muerte^{4,5}. El mecanismo de toxicidad de la flutamida es desconocido, la mayoría de las características orienta hacia un mecanismo idiosincrásico causado directamente por el fármaco o a través de la formación de metabolitos mediada por el citocromo P450⁶. En la práctica clínica, el diagnóstico de hepatotoxicidad por flutamida se basa en la exclusión de otras causas de hepatotoxicidad y en la relación temporal entre la administración del fármaco y el inicio de la sintomatología. Por este motivo, ante la sospecha de disfunción hepática, es muy importante realizar una minuciosa anamnesis que recoja el inicio de los síntomas, los fármacos que el paciente está tomando y desde cuándo. Debe sospecharse hepatotoxicidad en todo paciente que esté tomando flutamida y que presente un cuadro compatible.

Presentamos este caso para destacar la importancia de la sospecha diagnóstica de la hepatotoxicidad, dado que la retirada temprana del fármaco puede salvar la vida al paciente. En nuestro caso se produjo un retraso en el diagnóstico al pensarse en otras causas, incluso menos frecuentes, como las metástasis hepáticas por carcinoma de próstata.

Para concluir, recomendamos la realización de controles analíticos periódicos más frecuentes al inicio del tratamiento en los pacientes tratados con flutamida. El médico de atención primaria debe tener en cuenta esta posibilidad, dado que es en muchas

ocasiones al primero que consulta el paciente.

R. Ruiz^a, R. Casañ^a y Oscar Juan^b

^aMédicos de familia. ^bServicio de Oncología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

1. Sogani PC, Vagaiwala MR, Whitmore WF Jr. Experience with flutamide in patients with advanced prostatic cancer without prior endocrine therapy. *Cancer* 1984; 54: 744-750.
2. Gómez JL, Dupont A, Cusan L, Tremblay M, Suburu R, Lemay M et al. Incidence of liver toxicity associated with the use of flutamide in prostate cancer. *Am J Med* 1992; 92: 465-470.
3. Crownover RL, Holland J, Chen A, Krieg R, Young BK, Roach M et al. Flutamide-induced liver toxicity including fatal hepatic necrosis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996; 34: 911-915.
4. Corkery JC, Bihrlle W, McCaffrey JA, Whittcomb FF, Levy C, Ellis R. Flutamide-related fulminant hepatic failure. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13: 364-365.
5. Dourakis SP, Alexopoulou AA, Hadziyannis SJ. Fulminant hepatitis after flutamide treatment. *J Hepatol* 1994; 20: 350-353.
6. Fau D, Eugene D, Berson A, Letteron P, Fromenty B, Fisch C et al. Toxicity of the antiandrogen flutamide in isolated rat hepatocytes. *J Pharmacol Exp Ther* 1994; 269: 954-962.

Diferencias en la presentación y evolución de los pacientes con una hemorragia digestiva alta por ulcus péptico en atención primaria y especializada*

Objetivo. Analizar las diferencias, en cuanto a características clínicas de presentación y evolución, de los pacientes con un episodio de hemorragia digestiva alta por ulcus péptico gastroduodenal (HDAUGD) entre el grupo que acude directamente al servicio de urgencias hospitalario (SUH) y el de los que se dirigen inicialmente a atención primaria (AP) y son luego derivados al SUH.

*Existe una versión ampliada en Internet

Diseño. Descriptivo transversal con seguimiento de una cohorte.

Emplazamiento. AP y atención especializada (AE).

Participantes. Se recogió información, desde abril 1997 a mayo 1998, de todos los pacientes atendidos en nuestro SUH con una HDAUG comprobada por endoscopia y se siguió su evolución durante 30 días para comprobar la ausencia de complicaciones. Las variables evaluadas fueron: forma de acceso al sistema sanitario (AP o AE), hora de consulta, sintomatología inicial, horas de evolución y presencia de complicaciones. Un total de 318 pacientes cumplió los criterios de selección.

Mediciones principales. Comparación de variables cualitativas: test de la ji al cuadrado o el test exacto de Fischer; la magnitud de la asociación se expresó con el valor de la *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Comparación entre variables cuantitativas: test de la t de Student o test de la U de Mann. Las variables asociadas ($p < 0,20$) a las variables dependientes («forma de acceso» y «nocturnidad») se ajustaron en un modelo de regresión logística. Se consideró un valor de p igual o inferior a 0,05.

Resultados. Más de la mitad (53%) acudió inicialmente a AP, especialmente los que comenzaron con melenas y presentaban estabilidad hemodinámica (EH). Los pacientes con rectorragia (OR: 9; IC del 95%: 1,1-75,8), hematemesis (OR: 2,1; IC del 95%: 1,1-3,9), síncope (OR: 2,4; IC del 95%: 1-5,7) o hipotensión (OR: 1,6; IC del 95%: 0,9-2,8), los que consultaron en horario nocturno (OR: 3; IC del 95%: 1,6-5,6), y los de mayor edad ($p = 0,07$) acudieron preferentemente directamente al hospital. Los que fueron directamente al SUH, aunque no sea significativo, presentaron mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con el episodio de sangrado (OR: 1,8; IC del 95%: 0,9-3,6). En el análisis multivariado fueron variables independientes asociadas a la forma de acceso la hematemesis (OR: 1,01; IC del 95%: 1-1,03) y la nocturnidad (OR: 3; IC del 95%: 1,6-5,6). Acudieron en horario diurno el 81,4% de los pacientes.

Discusión y conclusiones. Segundo los resultados de nuestra serie, el comportamiento de los pacientes con una HDAUGD es, en general, previsible. Al presentar signos de

TABLA 1 Estudio comparativo dependiendo de la forma y de la hora de acceso al sistema sanitario

Estudio comparativo dependiendo de la forma de acceso

	AE 118 (%)	AP 169 (%)	OR	IC del 95%	p
Sexo					
Varón	86 (72,9)	123 (72,8)	1,0	0,6-1,7	0,98
Edad (años) ^a	65,2 (17,3)	61,2 (18,3)			0,07
Sintomatología					
Melenas	84 (71,2)	127 (75,1)	0,8	0,5-1,4	0,45
Rectorragias	6 (5,1)	1 (0,6)	9	1,1-75,8	0,02
Hematemesis	28 (23,7)	22 (13,0)	2,1	1,1-3,9	0,02
Síncope	14 (11,9)	9 (5,3)	2,4	1,0-5,7	0,04
Hipotensión	33 (28,0)	33 (19,5)	1,6	0,9-2,8	0,09
Bajo gasto	42 (35,6)	43 (25,4)	1,6	0,9-2,7	0,06
Intervalo horario					
8-15 h	48 (40,7)	84 (49,7)	1		
15-22 h	36 (30,5)	65 (38,5)	0,9 ^b	0,6-1,7	
22-8 h	34 (28,8)	20 (11,8)	2,9 ^b	1,5-5,7	0,001
Nocturnidad	34 (28,8)	20 (11,8)	3,0	1,6-5,6	0,00
Horas de evolución ^a	46,5(130,5)	74,6(137,7)			0,01
Evolución con complicaciones20 (16,9)	17 (10,1)	1,8	0,9-3,6	0,08	

Estudio comparativo dependiendo de la hora de acceso

	Nocturno 59 (%)	Diurno 259 (%)	OR	IC del 95%	p
Sexo					
Varón	43 (72,9)	190 (73,4)	1,0	0,5-1,8	0,9
Edad (años)	61,3 (18,0)	63,3 (17,7)			0,4
Forma de acceso					
Directo	34 (63,0)	84 (36,1)	3,0	1,6-5,6	0,001
Atención primaria	20 (37,0)	149 (63,9)			
Sintomatología					
Melenas	34 (57,6)	203 (78,4)	0,4	0,2-0,7	0,001
Rectorragias	4 (6,8)	4 (1,5)	4,6	1,1-19,1	0,04
Hematemesis	16 (27,1)	40 (15,4)	2,0	1,1-4,0	0,03
Síncope	9 (15,3)	18 (6,9)	2,4	1,0-5,7	0,04
Hipotensión	20 (33,9)	55 (21,2)	1,9	1,0-3,5	0,03
Bajo gasto	29 (49,2)	67 (25,9)	0,4	0,2-0,6	0,001
Horas de evolución	34,2 (63,4)	68,0 (140,4)			0,01
Evolución con complicaciones11 (18,6)	34 (13,1)	1,5	0,7-3,2	0,3	

^aMedia (DE). ^bCon respecto al primer intervalo.

mayor alarma (rectorragias, hematemesis o síncope) acuden al hospital, mientras que en caso de melenas o EH se dirigen preferentemente a AP. Los que consultan en horario nocturno presentan porcentualmente un tiempo de evolución significativamente menor, acuden preferentemente de forma directa al hospital y comienzan con signos de mayor alarma. Observaciones parecidas

aparecen en otras publicaciones¹. Aunque en el 75-85%^{2,3} de los casos las HDAUGD se autolimiten y haya estudios que apoyen la realización de una endoscopia sólo a los pacientes con ciertas características de riesgo⁴, creemos que es necesaria para valorar el riesgo de recidiva hemorrágica⁵. Aunque se hayan creado con éxito circuitos de diagnóstico endoscópico ambulatorio⁶ para el

estudio de diversos procesos digestivos, el SUH, debido a los recursos de que dispone (laboratorio y endoscopia), es probablemente el lugar más idóneo para realizar la valoración de todos los pacientes con un episodio de hemorragia digestiva alta² y decidir el ingreso o no del paciente.

J. Vidal Puigserver^a, A. de la Peña Fernández^b, V. Thomas Mulet^c y A. Obrador Adrover^d

^aMédico MFyC. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Son Dureta (HUSD).
^bMédico internista. Unidad de Investigación. HUSD. ^cMédico MFyC. Direcció General de Sanitat. Conselleria de Sanitat i Consum. Govern Balear. ^dMédico digestólogo. HUSD.

1. Jaramillo JL, Montero FJ, Jiménez-Murillo L, Gálvez C, Berlanga A, Martínez de la Iglesia J. Hemorragia digestiva alta: diagnóstico sindrómico en el servicio de urgencias de un hospital. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 696-701.
2. Vidal Puigserver Joan, Pagán Pomar A, Rua García A, Sapiña A, Obrador Adrover A. Análisis multivariante del riesgo de recidiva hemorrágica en la úlcera gástrica duodenal. Estudio de una serie prospectiva. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 422-427.
3. Brullet E. Nuevos conceptos en la hospitalización por hemorragia digestiva alta no varicosa. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21: 194-195.
4. Blatchford O, Murray W, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2000; 356: 1318-1321.
5. Vidal J, Obrador A. Risk score for treatment of upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 2001; 357: 9255: 15293.
6. Thomas V, Benejam M, Ginard D, Obrador A. Endoscopia Digestiva y atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 520-521.

Consideraciones sobre la anticoncepción de emergencia

Sr. Director: Hemos leído el artículo “Anticoncepción de emergencia”¹ y queremos hacer algunas puntualizaciones. Sobre la referencia a la “prevención primaria de embarazo no deseado”, hay que precisar que la prevención primaria se define como aquella que tiene por objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de afecciones y enfermedades. Las medidas de prevención primaria actúan en el período prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico².

El efecto de la administración periovulatoria del levonorgestrel sobre el ciclo menstrual no ha sido todavía bien establecido, por lo que no se puede afirmar con seguridad que su efecto es previo a la implantación³.

En el artículo se afirma que la gestación comienza en la implantación y que antes de la misma la anticoncepción de emergencia (AE) no puede tener un efecto abortivo. La gestación, por definición, comienza en la fecundación y finaliza con el parto. Al producirse la fecundación, comienza la vida de un nuevo ser, y ésta debe ser protegida desde este momento. Lo contrario es un aborto aunque sea previo a su implantación.

Se afirma además que con esta anticoncepción se evitarían un millón de IVE y dos millones de embarazos no deseados que finalizarían en parto. En realidad, si consideramos lo anterior, sólo se evita el procedimiento quirúrgico, pero no la interrupción del embarazo, si éste se hubiera producido. No creemos que sea nada grave que un embarazo termine en parto, sino que es simplemente su forma natural de concluir.

Para utilizar la AE, sería importante conocer el momento del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer. Se ha comprobado que una relación sexual no protegida 3 días antes de la ovulación termina en embarazo en el 15% de las mujeres; uno o 2 días antes de la ovulación, en el 30%, y en el mismo día de la ovulación, en un 12%. Más de dos días después de la ovulación, la probabilidad de embarazo se aproxima a cero⁴. Si se administra en un día infértil, se está haciendo iatrogenia sin ningún beneficio posible. Creemos que sería más aconsejable la educación para la salud en el conocimiento de los medios de regulación natural de la fertilidad.

La conclusión del artículo es que los sanitarios y la sociedad debemos mejorar el acceso a AE mediante la educación, el consejo y la prescripción adelantada del tratamiento. Creemos que esto aumentaría su empleo en casos en los que estaría contraindicado, así como su empleo indiscriminado. Consideramos que un artículo publicado en la sección de formación continuada debe tener un rigor científico acorde con los conocimientos actuales, para ser asumible por todos los profesionales de atención primaria.

F.J. Zufía García^a, B. García Puente^a y M.C. Nieto Sales^b

^aMédico de familia. ^bR-3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Espinillo. Área 11. INSALUD. Madrid.

1. Lete I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. Aten Primaria 2001; 28: 59-68.
2. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med Clin (Barc) 1994; 102 (Supl 1): 5-12.
3. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT. The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. Contraception 2001; 63: 123-129.
4. Trussel J, Rodríguez G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1998; 57: 363.

Réplica de los autores

Sr. Director: Los Dres. Zufía, García y Nieto realizan una serie de comentarios sobre el artículo «Anticoncepción de emergencia»¹ que quisiéramos matizar.

En primer lugar, hacen referencia al concepto de prevención primaria de la enfermedad y, por sus manifestaciones, parecen no compartir la idea de que la anticoncepción de emergencia constituya un mecanismo de prevención primaria del embarazo no deseado. Estamos totalmente de acuerdo al manifestar que un embarazo no es una enfermedad, ni que sea grave que un embarazo termine en parto, pero si atendemos a la definición de salud que realiza la Organización Mundial de la Salud (estado de bienestar físico, psíquico y mental) hay que considerar que un embarazo no deseado, con lo que conlleva de alteración psico-

lógica y social, puede suponer un quebranto de los parámetros normales de salud de muchas mujeres y en especial de los grupos de adolescentes. Parece evidente que todas las medidas encaminadas a evitar que se produzca el embarazo no deseado forman parte de la prevención primaria del mismo. Es indiscutible que la prevención de este tipo de embarazos debe basarse en la utilización consistente y adecuada de las medidas anticonceptivas actualmente disponibles, de todas y cada una de ellas, y no únicamente de los métodos de regulación natural de la fertilidad que propugnan los autores de la carta, pero en el caso de que las medidas anteriores fallasen, el recurso a la anticoncepción de emergencia supone una nueva posibilidad de prevención.

Los autores de la carta consideran que la gestación comienza en el momento de la fertilización del óvulo y, por tanto, que cualquier actuación posterior a este momento induce un aborto. Consideramos que éste es un debate ideológico o ético, puesto que, desde el punto de vista científico, la OMS considera que el embarazo se inicia cuando se produce la implantación del blastocisto. Además, los mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia son múltiples y afectan a todos los órganos diana del área genital, y pueden interferir la maduración folicular, el proceso de ovulación, la migración espermática, la fertilización, el desarrollo del cigoto, la receptividad uterina, etc.². De todas estas posibilidades, varias suceden antes del momento de la fertilización y, aun aplicando el criterio expuesto por los autores de la carta, en ningún caso se puede considerar que la interferencia de la maduración folicular o el proceso de ovulación sean causantes de un aborto.

Respecto a la posibilidad de inducir iatrogenia con las pautas de anticoncepción de emergencia, baste recordar a los lectores que cada vez que efectuamos un tratamiento de quimoprevención estamos expuestos a esta circunstancia.

Por último, los Dres. Zufía, García y Nieto consideran que el artículo publicado por nosotros adolece de rigor científico. Sólo podemos añadir que la revisión que efectuamos para su elaboración fue amplia y meticulosa, como lo demuestra la bibliografía consultada, desprovista de cualquier carga ideológica y sometida al criterio de revisión de los editores de ATENCIÓN PRIMARIA, de cuya ca-

pacidad crítica, les aseguramos, no se puede dudar.

I. Lete Lasa^a, M. Arróniz Perosanz^a y R. Esquisábel Martínez^b

^aServicio de Ginecología. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria. ^bCentro de Salud de San Martín. Vitoria.

1. Lete I, Arroniz M, Esquisabel R. Anticoncepción de emergencia. Aten Primaria 2001; 28: 59-68.
2. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, Ezcurra E, Larrea F, Nagle C et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. Contraception 2001; 63: 111-121.

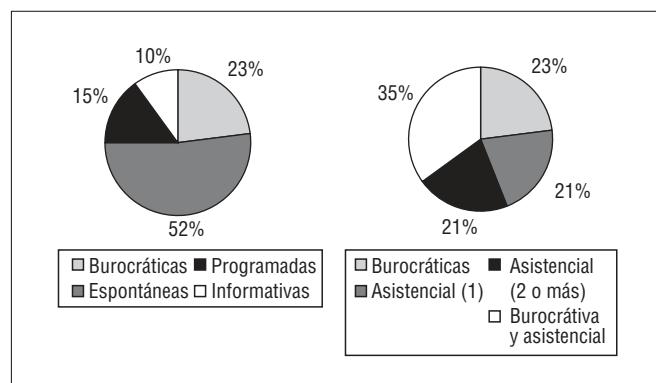
Diez minutos

Sr. Director: En relación con el editorial "Diez minutos, ¡qué menos!" firmado por J. Casajuana, hoy puede ser un día de tantos del año 2000, veo encima de mi mesa el listado de los 35 pacientes citados (tenemos un tope de 35), luego serán más: 38,60 (DE 6,34) y, creo que en 1998 vivía algo mejor, eran 35 pacientes al día¹.

Al final del año habrán dado la vuelta: 4,59 (IC del 95%: 4,34-4,83) veces contando a todos de mi población, 1.911 pacientes, con un 27,68% de ≥ 65 años; que son 100 más de los que la gerencia me indica; será porque no se cambian, desplazados, fallos, no sé. De todas formas pasará por mi consulta en todo el año el 72% de mis pacientes, y vendrán 6,46 (IC del 95%: 6,16-6,76) veces cada uno, repartidos: < 65 años: 5,28 (IC del 95%: 4,97-5,60); ≥ 65 años: 8,76 (IC del 95%: 8,17-9,35).

Empiezo pronto, quiero tener tiempo para pasar la consulta y los avisos y luego ir a la reunión, y si pudiera además hablar con mi residente. A ver si puedo en el colchón tomar café para hablar con los compañeros/as. Y veo el listado: 11 pacientes < 50 años, 10 pacientes ≥ 50 años y < 65 años, 18 pacientes ≥ 65 años; pienso: mucha gente, poco tiempo. El colchón de media hora desparece; tengo 10 min para tomar el café con suerte. Al final resumo la consulta: visitas burocráticas estrictas: 9 (24%); (DE 3); visitas no burocráticas: 31 (79,48%; DE 5,6). De éstas se reparten: programadas 6 (15%; DE 2,98). Informativas de otras especialidades: 4 (11%; DE 1,83). Visitas con varios motivos asistenciales: 8 (20,50%; DE

Figura 1.



3,52). Visitas con motivo asistencial y burocrático: 14 (36%; DE 5,05) (fig. 1).

Pido disculpas al paciente citado para la consulta programada fuera de la consulta a demanda; esta consulta es vital para conocer mejor al enfermo y entablar una buena relación con el paciente; con el poco tiempo disponible y aun a trozos repetidos de consulta a demanda es imposible. Después, tengo dos avisos diarios, muchos de ellos programados. Al final, fuera de la consulta firmo las recetas que el programa informático imprime² y que la enfermera ordena; cada día acuden unos 20 enfermos citados al mostrador para recogerlas, al año son 5.608 actos fuera de la consulta. De la misma forma, se imprimen los partes de confirmación de baja: total al año, 1.458 actos fuera de consulta.

Termino y me voy a casa, media hora fuera de mi horario laboral, sin poder ir a la sesión clínica, y sin hablar apenas con mi residente (nos repartimos el trabajo; no queda otro remedio para llegar), no he podido hablar con mis compañeros.

Creo estar bien organizado y, sin embargo, soy un esclavo del trabajo. El problema para mí no es la burocracia, es la cantidad de visitas asistenciales debidas a la desproporción en la población y la cantidad de gente adscrita y todo ello con el poco tiempo que tengo, son 6 min de citación.

El problema es médico, de tiempo y de organización. Si la función está ligada a la responsabilidad, la de las recetas que son el producto de la mayoría de las consultas llamadas "burocráticas" la tiene el médico y el farmacéutico, que las prescriben y las ejecutan. Con un control médico y farmacéutico adecuados desaparecerían las consultas llamadas burocráticas de recetas. Las personas implicadas no son la enfermera ni la auxiliar de clínica. El tratamiento de la burocracia (ordenador, buzones, etc.) no es desburocratización (supresión de la burocracia inútil).

El exceso de controles que el autor propone como causa de aumento de la frequentación es difícil de concretar; la organización de funciones y actividades de cada profesional es fundamental. La demanda aumenta en relación con mejores seguimiento y asistencia³. Mucho exceso de control viene de otros ámbitos con revisiones innecesarias; somos los secretarios del segundo y el tercer ámbito y de la administración.

Es necesaria una mayor implicación de la administración en la corrección de los desajustes de la población de los cupos, atendiendo sobre todo a la edad.

Es necesario crear un memorándum de consulta del médico de atención primaria, respaldado por todos los implicados en la atención primaria: médicos, enfermeras, administrativos, auxiliares, administración, especialistas de segundo y tercer nivel. Éste debería ser supervisado por la gerencia de atención primaria como primer paso básico hacia un acercamiento de ésta al médico y de éste a los ciudadanos.

A. Martín Ruiz, A. Gracia Ceperuelo y M. Marín Vara

Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

1. Alcedo S, Gracia A, Ruberte M, Serrablo S, Pérez Isasi S, Martín A. Actividad asistencial de una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada. Centro de Salud 2000; 2: 88-91.
2. Zumeta T, Castán S, Martín A, Marín A, González J, Lambán E. Cartilla de largo tratamiento informatizada. Análisis tras cuatro años de seguimiento. Centro de Salud 1996; 4: 17-24.
3. Grupo de Consenso de Atención Primaria. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora. SemFYC, 2001.