

La organización de las urgencias es otro tema inquietante. Se han creado consultas que se llaman de urgencias, pero que tienen contenidos similares a los de una consulta a demanda, a fin de que no se interrumpa la consulta normal de cada médico. ¿No sería mejor que cada médico atendiera a su población mientras está en consulta, incluidas esas supuestas urgencias? Creo que después de no muchos meses cada médico podría tener mejor educada a su población asignada si cada uno se responsabiliza de su trabajo. En nuestra opinión el actual sistema diluye responsabilidades. Todo esto se hace con el silencio cómplice de mucha gente, gestores también, por supuesto, que no parecen valorar suficientemente las preferencias de nuestros pacientes y usuarios. Lo dicho: la continuidad de cuidados, en los libros, y todos contentos.

D. Benítez Merelo

Médico de Familia del Centro de Salud de Montequinto, Dos Hermanas (Sevilla).

1. De la Revilla L. Trabajo en equipo. En: De la Revilla L, editor. La consulta del médico de familia. Madrid: Cea, 1992; 91-100.

Anamnesis farmacológica y reacciones adversas a medicamentos

Causalidad; Historia farmacológica; Reacciones adversas.

Sr. Director: Es bien conocido que los medicamentos pueden producir, además de efectos beneficiosos, también efectos adversos y que son los grandes simuladores de enfermedad¹. Sin embargo, es frecuente el retraso en el diagnóstico de las enfermedades producidas por fármacos, en unas ocasiones por no pensar que sean los responsables y en otras por falta de una anamnesis farmacológica adecuada. Presentamos un caso que ilustra este último hecho.

Varón de 27 años que durante 3 meses presentó un cuadro de nerviosismo, palpitaciones, sudación y náuseas que comenzaba a las 2 horas de levantarse, cedía algo a la hora de la comida, se reagudizaba 2 horas después y duraba hasta que el paciente se dormía tras la cena totalmente

TABLA 1. Algoritmo de causalidad de una reacción adversa a medicamento⁹

Secuencia de preguntas	Puntuación
Secuencia temporal	
Compatible	2
Compatible pero no coherente	1
No información	0
Incompatible	-1
RAM debida a la retirada del fármaco	-2
Conocimiento previo	
RAM bien conocida	2
Anecdótica	1
Desconocida	0
Información en contra de la relación	-1
Retirada	
Mejora al retirar el fármaco	2
No mejora al retirar el fármaco	-2
No retirada del fármaco y no mejora la RAM	1
No retirada del fármaco y mejora la RAM	-2
No información	0
No estudiable debido a la irreversibilidad de la RAM	0
Mejora la RAM (se sospecha tolerancia al fármaco)	1
Reexposición	
Positiva: la RAM reaparece	3
Negativa	-1
No información	0
No estudiable debido a la irreversibilidad de la RAM	0
Causas alternativas que justifiquen la RAM	
Evidencias importantes	-3
Evidencias débiles	-1
No información	0
No causa alternativa	1

Las categorías de imputabilidad son: improbable (≤ 0), condicional (1-3), posible (4-5), probable (6-7) y definida (≥ 8).

agotado. Este cuadro motivó múltiples visitas a su médico de cabecera que objetivó un cuadro vegetativo acompañado de nerviosismo y donde se determinaron varias glucemias digitales normales. El resto de exploración física realizada en todas las visitas y la analítica (hemograma, bioquímica y fórmula leucocitaria) realizada en dos ocasiones fueron normales. Su médico de cabecera remitió al paciente a consultas externas de medicina interna; durante la anamnesis se le preguntó por la toma de medicamentos que el paciente negó. Al preguntarle específicamente por la toma de vitaminas o hierbas medicinales, refirió que, por recomendación del monitor del gimnasio al que acudía habitualmente, desde hacía 3 meses tomaba por vía oral un comprimido de Pharmaton complex®

(extracto de ginseng G115 estandarizado, 40 mg) en el desayuno y otro en la comida. La retirada de este medicamento hizo desaparecer de forma inmediata la clínica que presentaba y el paciente permanece asintomático 2 meses después.

Sobre reacciones adversas a medicamentos (RAM) podemos encontrar en la bibliografía casos semejantes en los que la relación de causalidad entre la toma del medicamento y la presentación de la RAM se ha retrasado por falta de una adecuada anamnesis farmacológica: a) urticaria aguda que presentó una mujer de 34 años relacionada con la toma de ranitidina para una dispepsia, y cuyo diagnóstico se realizó tras el tercer episodio²; b) estomatitis recidivante con dolor y dificultad para la deglución en una mujer de 24 años

relacionada con la toma de fluoxetina a causa de una anorexia nerviosa, y cuya la relación de causalidad se estableció en el sexto episodio de estomatitis³; c) erupción fija medicamentosa en cara inversa de la muñeca en una mujer de 19 años relacionada con la toma de naproxeno para una dismenorrea, que necesitó 8 episodios y un interrogatorio concienzudo para establecer el diagnóstico⁴; d) dolor abdominal cólico recidivante en una mujer de 38 años, que motivó un número elevado de visitas a la consulta de atención primaria, 25 a urgencias de hospital y varias a especialistas de ginecología y digestivo, múltiples exploraciones complementarias (radiografías de abdomen, analíticas de sangre, orina y heces, ecografía abdominal y ginecológica, enema opaca y colonoscopia), y fue sometida a múltiples tratamientos sintomáticos inefectivos. Dos años después del comienzo de los síntomas, una cuidadosa anamnesis farmacológica estableció la relación de causalidad con la toma de vitamina E para una retinopatía miópica⁵. La difusión de la información que se genera en los centros de farmacovigilancia sobre RAM a todos los médicos, mediante los boletines informativos, genera una concienciación de la importancia que supone su detección precoz⁶. La publicación de RAM en revistas medicas en el apartado de cartas al director, cada vez más frecuentes, también contribuye a ello^{7,8}. El médico, conocedor de que los medicamentos pueden producir

efectos no deseados, cuando detecte un síntoma o signo nuevo en un paciente o el empeoramiento de una enfermedad crónica previamente controlada tiene la obligación de hacer una anamnesis farmacológica detallada preguntando por todos los medicamentos que esté tomando al menos en el último mes, por sustancias que en ocasiones los pacientes no consideran medicamentos (vitaminas, laxantes, bicarbonato...) y hierbas medicinales. En caso de sospechar que la enfermedad esté relacionada con la toma de un medicamento, se utilizará un método científico para establecer la relación de causalidad⁹ (tabla 1). Establecido el diagnóstico de RAM, el médico debe valorar la gravedad clínica del suceso, la capacidad de revertir el mismo, la permanencia de algún efecto residual y la existencia de una serie de factores que hayan condicionado la presentación de la RAM, como son edad, sexo, enfermedades y tratamientos concomitantes, idiosincrasia del paciente e interacciones con otros medicamentos. Esto, sin duda, podrá mejorar el diagnóstico de forma precoz de las RAM, disminuir costes sanitarios y, lo que parece más importante, sufrimientos innecesarios al paciente.

**V. Palop Larrea^a, E. Sempere
i Verdú^b e I. Martínez-Mir^c**

^aServicio de Medicina Interna. Hospital de la Ribera. Alzira. València. ^bCentro de Salud de Paterna. Conselleria de Sanidad.
^cServei d'Investigació. Hospital General Universitari. València.

1. Laporte JR. Reacciones adversas a medicamentos y farmacovigilancia. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 536-538.
2. Sancho Calabuig A, Palop Larrea V, López González E, Martínez-Mir I. Ranitidina y reacción adversa infrecuente: urticaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 396-397.
3. Palop V, Sancho A, Morales-Olivas FJ, Martínez-Mir I. Fluoxetine-associated stomatitis. *Ann Pharmacother* 1997; 31: 1478-1480.
4. Revenga Arranz F, Gonzalo Garijo MA. Exantema fijo medicamentoso causado por naproxeno. *Actas Dermosifilogr* 1997; 88: 489-490.
5. Sanfélix Genovés J, Benavent Campos R, Palop Larrea V, Rubio Gomis E. Dolor abdominal recurrente y vitamina E. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 679.
6. Morales-Olivas FJ, Palop V, Ferrer JM. Experiencia de un Centro Regional del Sistema Español de Farmacovigilancia. I: Centro de la Comunidad Valenciana. En: De Abajo FJ, Madurga M, Olalla JF, Palop R, editores. *La farmacovigilancia en España*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 1992; 45-55.
7. Laporte JR, Capella D. La notificación de posibles reacciones adversas a medicamentos en publicaciones médicas. *Med Clin (Barc)* 1984; 83: 474.
8. Sorando Serra R, Sempere Verdú E, Bayón Rueda A, Palop Larrea V, Martínez-Mir I. Relevancia de la publicación de reacciones adversas a medicamentos en una revista de atención primaria. XI Congrès de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. Libro de ponencias, 1999; 175.
9. Meyboom RHB, Royer RJ. Causality classification at pharmacovigilance centers in the European Community. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 1992; 1: 87-89.