

Hepatitis tóxica tras tratamiento con flutamida

Introducción. La flutamida es un antian-drogéno no esteroideo generalmente bien tolerado, usado para el tratamiento del cáncer de próstata¹. Los efectos secundarios más frecuentes de la flutamida son náuseas, diarrea y ginecomastia².

La incidencia de hepatotoxicidad asociada a flutamida es muy baja y no excede el 0,18%³. También se han descrito casos de toxicidad hepática por flutamida en mujeres tratadas por hirsutismo⁴.

Caso clínico. A continuación presentamos el caso de un varón de 68 años con antecedentes de carcinoma de próstata, prostatectomizado en 2002 con 30 semanas de radioterapia y en tratamiento con flutamida (Prostacur®), hepatitis B hace 11 años con HBsAg positivo y neumonía, que acude a nuestra consulta por hipertransaminasemia. No hay factores de riesgo cardiovasculares ni hábitos tóxicos. En el momento en el que el paciente acudió a nuestra consulta presentaba unos valores de GOT 1.309 U/l (0-40 U/l), GPT 1.474 U/l (0-40 U/l), GGT 540 U/l (10-50 U/l), ferritina 3.589 ng/ml (15-200 ng/ml) y alfafetoproteína 11,5 U/ml (0-7 U/ml). La ecografía y la tomografía computarizada abdominales fueron normales. Un estudio con PCR del ADN-VHB mostraba unas cifras de 10.100 gen/ml. La serología de la hepatitis presentaba los siguientes resultados: HBsAg positivo, anti-HBc positivo, HBeAg negativo y antiHBe positivo. Una semana después de la retirada del fármaco los valores de GOT, GPT y GGT descendieron a 50, 49 y 319 U/l, respectivamente, lo cual, tras descartar hepatotoxicidad por etanol, alteraciones hepatobiliares en ecografía, enfermedades autoinmunes por depósitos de hierro y cobre, infección reciente por virus de hepatitis A, B y C y otras causas etiológicas, apoya el diagnóstico de hepatitis tóxica tras tratamiento con flutamida según las escalas diagnósticas de hepatotoxicidad por fármacos de María y Victorino, 1997⁵ y la CIOMS, 1993⁶. Re-

afirma también este diagnóstico la prácticamente completa resolución de la alteración analítica al mes de suspender el tratamiento con flutamida, quedando las transaminasas normales.

Discusión y conclusiones. Las manifestaciones clínicas de la hepatitis inducida por flutamida incluyen elevación asintomática de transaminasas, hepatitis tóxica y hepatitis colestásica con gran elevación de la fosfatasa alcalina sérica y r-GGT². Los pacientes normalmente retornan a la normalidad tras la retirada del fármaco, pero se han descrito casos de mortalidad tras síndrome hepatorenal², encefalopatía hepática y hepatitis fulminantes⁷.

La anatomía patológica de estos pacientes muestra una necrosis difusa severa de los hepatocitos. Se han descrito en numerosas ocasiones casos con patrón de colestasis y necrosis focal, pero sólo unos pocos con inflamación portal y necrosis focal.

El mecanismo por el cual la flutamida produce hepatotoxicidad no es bien conocido, pero podrían estar implicadas disfunciones mitocondriales¹.

El riesgo de presentar un fallo hepático, encefalopatía hepática e incluso la muerte debido a la toma de flutamida debería ser tenido en cuenta a la hora de iniciar este tratamiento, por lo que es necesario un control estricto de los valores de enzimas hepáticas durante el tratamiento, sobre todo en pacientes como el nuestro con una hepatopatía previa. Sería recomendable advertir al paciente de que consulte inmediatamente en caso de iniciar un cuadro de náuseas, vómitos, fatiga e ictericia en el transcurso del tratamiento con flutamida para prevenir la posible aparición de estos trastornos.

L. Bengoechea Gallastegui^a, A. Vita Garay^a, A. Castiella Eguzkiza^b y J.F. Egido Arroyo^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de familia de Guipúzcoa. Hospital de Mendaro. Gipuzkoa. España. ^bAparato Digestivo. Hospital de Mendaro. Gipuzkoa. España. ^cCentro de Salud de Ermua. Bizkaia. España.

1. liver failure. *Ann Ital Med Int.* 2003; 18:250-3.
2. Hong Woo L, Jun Pyo C, Kwi Soon L, Kyung Chul K, Kwan Sik L, Chae Yoon C, et al. A case of flutamide-induced acute cholestatic hepatitis. *Yonsei Med J.* 1996;37:225-9.
3. Guzmán Martínez-Valls PL, Ferrero Doria R, Morga Egea JP, Tomas Ros M, Rico JL, et al. Liver failure caused by flutamide. *Actas Urol Esp.* 1997;21:278-82.
4. Wallace C, Lalor EA, Chik CL. Hepatotoxicity complicating flutamide treatment of hirsutism. *Ann Intern Med.* 1993;119:1150.
5. María VAJ, Victorino RMM. Development and validation OR a clinical scale for the diagnosis of drug-induced hepatitis. *Hepatology.* 1997;26:664-9.
6. Danan G, Bènichou C. Causality assessment of adverse drug reactions to drugs I. A novel method based on the conclusions of international consensus meetings: application to drug-induced liver injuries. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:1323-30.
7. García-Gasco P, Morata Aldea C, Segura Huertas A, Aparicio Urtasun J. Fulminant hepatitis associated with treatment with flutamide. *Med Clin (Barc).* 1997; 109:820.

Estudio de la calidad de vida profesional en los trabajadores de atención primaria del Área I de Madrid

Objetivo. Evaluar el clima laboral en un área de atención primaria (AP) y los factores asociados a la percepción de la calidad de vida profesional (CVP).

Diseño. Estudio transversal con componentes descriptivos y analíticos.

Emplazamiento. Área 1 de AP. IMSA-LUD. Comunidad de Madrid.

Participantes. Los trabajadores de AP, 1.324 pertenecientes a 31 centros de salud y distribuidos para el estudio en 3 grupos profesionales.

Este estudio ha sido financiado parcialmente por el Plan Vallecas de la Comunidad de Madrid.

Palabras clave: Atención primaria. Satisfacción laboral. Calidad asistencial. Cuestionarios.

Palabras clave: Flutamida. Hepatotoxicidad. Portador virus hepatitis.

1. Famularo G, De Simone C, Minisola G, Nicotra GC. Flutamide-associated acute

Factor	Pregunta	Media (IC del 95%)
Factor 1. Apoyo directivo	Posibilidad de promoción	2,70 (2,57-2,82)
	Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto de trabajo	3,02 (2,89-3,15)
	Reconocimiento de mi esfuerzo	3,72 (3,57-3,87)
	Satisfacción con el sueldo	4,15 (4,01-4,29)
	Recibo información de los resultados de mi trabajo	4,28 (4,13-4,44)
	Posibilidad de ser creativo	4,39 (4,23-4,56)
	Apoyo de mis jefes	4,46 (4,29-4,63)
	Es posible que mis propuestas sean escuchadas y aplicadas	4,54 (4,39-4,69)
	Tengo autonomía o libertad de decisión	5,19 (5,03-5,34)
	Variedad en mi trabajo	5,35 (5,19-5,52)
	Posibilidad de expresar lo que siento y necesito	5,43 (5,26-5,60)
	Lo que tengo que hacer queda claro	6,54 (6,39-6,69)
	Apoyo de los compañeros	6,80 (6,64-6,95)
	Media del factor apoyo directivo	4,66 (4,57-4,76)
Factor 2. Motivación intrínseca	Me siento orgulloso de mi trabajo	5,23 (5,07-5,39)
	Satisfacción con el tipo de trabajo	6,05 (5,90-6,20)
	En caso de cargo directivo, apoyo de mi equipo	6,42 (6,06-6,77)
	Motivación (ganas de esforzarme)	6,58 (7,01-7,32)
	Ganas de ser creativo	7,17 (7,01-7,32)
	Capacitación necesaria para mi trabajo	7,84 (7,73-7,95)
	Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	8,01 (8,28-8,46)
	Apoyo de mi familia	8,28 (8,14-8,41)
	Estoy capacitado para hacer mi trabajo actual	8,37 (8,28-8,46)
Media del factor motivación intrínseca	7,16 (7,09-7,24)	
Factor 3. Cargas de trabajo	Cantidad de trabajo que tengo	8,45 (8,37-8,53)
	Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	8,03 (7,90-8,16)
	Carga de responsabilidad	7,78 (7,66-7,90)
	Estrés (esfuerzo emocional)	7,58 (7,43-7,72)
	Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo	7,34 (7,19-7,48)
	Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	6,78 (6,62-6,94)
	Interrupciones molestas	6,51 (6,34-6,68)
	Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	5,65 (5,47-5,83)
	Incomodidad física en el trabajo	5,08 (4,90-5,27)
	Falta de tiempo para mi vida personal	4,70 (4,53-4,88)
	Conflictos con otras personas en el trabajo	3,06 (2,91-3,21)
Media del factor carga de trabajo	6,45 (6,36-6,54)	
Pregunta 15	Desconecto al acabar la jornada laboral	6,41 (6,24-6,58)
Pregunta 34	Calidad de vida de mi trabajo	4,66 (4,51-4,80)

Mediciones. Encuesta postal autorrellenable (cuestionario de satisfacción CVP-35 validado para AP) enviada a cada profesional a su centro de trabajo, y que consta de 35 preguntas que se puntúan del 1 al 10 agrupadas en 3 dimensiones: apoyo direc-

tivo, motivación intrínseca, cargas de trabajo.

Resultados. Se obtuvieron 848 cuestionarios contestados, lo que supone un 64,2% del total de profesionales del área. La puntuación media obtenida en cada uno de los

factores ha sido: apoyo directivo 4,66 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 4,57-4,76), motivación intrínseca 7,16 (IC del 95%, 7,09-7,24), cargas de trabajo 6,45 (IC del 95%, 6,36-6,54) y calidad de vida en el trabajo 4,66 (IC del 95%, 4,51-4,80).

En la tabla 1 se recogen las puntuaciones medias e IC del 95% de todas las preguntas del cuestionario y de los factores en las que se agrupan.

Hay diferencias significativas en relación con los resultados de las 3 dimensiones valoradas y la calidad de vida global según la categoría profesional^{3,4}. La categoría 3 (auxiliar administrativo, celador, auxiliar de enfermería e higienista dental) es la que peor valora el apoyo directivo, la que tiene menos motivación intrínseca y la que considera que tiene una peor calidad de vida global. En cuanto a la dimensión carga de trabajo, se encuentran diferencias entre el grupo 1 (médico de familia, pediatra y odontólogo) y 3, que refieren soportar una carga mayor que el 2 (enfermera, matrona, fisioterapeuta y trabajador social)^{1,3-5}.

Discusión y conclusiones. La percepción de calidad de vida profesional es un tema de vital importancia, no sólo por lo que en sí conlleva sino por las repercusiones que podría tener en el rendimiento en el trabajo y la calidad del servicio prestado².

Algunas de las preguntas peor valoradas hacen referencia directa al estilo directivo.

Los profesionales solicitan más participación, con posibilidad de que sus ideas sean escuchadas y aplicadas por unos directivos accesibles y conocedores de la realidad que reconozcan su esfuerzo y les informen sobre los resultados de su trabajo. El aumento de los recursos, el cambio en el estilo directivo y el establecimiento de medidas organizativas eficientes deben ser las prioridades para la organización. Si no es así, verá cómo el desgaste de sus profesionales deriva no sólo en el deterioro personal y laboral de éstos, sino también en la calidad de la atención prestada y la satisfacción de los usuarios con el sistema.

M.T. Jubete Vázquez^a,
M. Lacalle Rodríguez-Labajo^b,
R. Riesgo Fuertes^c, J.A. Cortés
Rubio^c y C. Mateo Ruiz^d

^aCentro de Salud Cerro Almodóvar. Área 1 de Madrid. Madrid. España. ^bResidente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España. ^cTécnico de Salud. Gerencia Área 1. Madrid. España. ^dUnidad de Uso Racional del Medicamento. Gerencia Área 1. Madrid. España.

1. Acámer F, López C, López-Torres J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;20:401-7.
2. Cabezas Peña, C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7 Supl 7:53-68.
3. Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garijoo Cobo J, Rodríguez Baló A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria*. 2003;32: 288-95.
4. Clúa Espuny JL, Aguilar Martín C. La calidad de vida profesional y el orgullo de trabajar en la sanidad pública. Resultados de una encuesta. *Aten Primaria*. 1998; 22:308-13.
5. Fernández MI, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2000;74:139-47.