

nal. Otros fármacos producen una disminución de su vida media, como es el fenobarbital y la fenitoína, por incremento del metabolismo hepático. La ranitidina también disminuye su vida media por aumento del aclaramiento renal. La eritromicina produce concentraciones plasmáticas elevadas del antiepiléptico por bloquear el paso de carbamacepina a carbamacepina 10-11 epóxido^{1,10}.

MARÍA JESÚS MORALES ACEDO, ESPERANZA MORA GARCÍA
Y JAVIER MARTÍNEZ BLANCO
Hospital General Básico de Antequera.
Centro de Salud Trinidad-Jesus Cautivo. Málaga.

BIBLIOGRAFÍA

- Gilberto A, García Olé L, Luces C, Velasco J. Intoxicación aguda por carbamacepina. *Arch Pediatr* 1995; 46: 331-333.
- Macnab A, Birch P, Macready J. Carbamacepine poisoning in children. *Pediatr Emerg Care* 1993; 9: 195-198.
- Bridge T, Norton R, Robertson W. Pediatric carbamacepine overdoses. *Pediatr Emerg Care* 1994; 10: 260-263.
- García Martín M, Carreras Soler MJ, Jódar Masanés R, Linares Uribe F. Síndrome de ojo seco inducido por carbamacepina. *Rev Clin Esp* 1987; 181 (9): 98.
- Bustillo Alonso M, Campos Calleja C, Feliz de Vargas Pastor J, Boné Calvo J, López Pisón J. Fiebre, exantema, encefalopatía e insuficiencia hepática aguda inducida por carbamazepina. *An Esp Pediatr* 1995; 46: 287-289.
- Peralta Fernández R, Vivas Rojo E. Reacciones adversas medicamentosas. Valoración clínica. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 267-592.
- Dodson E. Tratamiento médico y aspectos farmacológicos de los antiepilépticos. *Trastornos convulsivos*. *Clin Pediatr Nort Am* 1989; 2.
- Blasco Sarramian et al. Eritrodermia por carbamacepina. Su diagnóstico mediante parche cutáneo. *An Med Intern (Madrid)* 1993; 10 (7): 341-342.
- Madrigal Díez V, Alonso Palacio J, Arteaga Manjón-Cabeza R, Herranz Fernández JL. Carbamacepina: intolerancia grave con neumonía intersticial, fiebre, exantema y déficit de inmunoglobulinas. *An Esp Pediatr* 1993; 38 (2): 190-192.
- Alegre Herrera S, Araujo Sanabria J, Rubio Rubio JM. Interacción claritromicina-carbamazepina: síntomas neurológicos e hiponatremia. *An Med Interna (Madrid)* 1998; 15 (1): 70-71.

¿A quién benefician las listas de espera?

Sr. Director: Aunque las listas de espera son una situación puramente hospitalaria, también existen en atención primaria (AP), desgraciada e incongruentemente. Sin embargo, mientras las hospitalarias se encuentran al final de un proceso en la resolución de un estado de salud –de ahí que su incremento en el tiempo origine tanta molestia a nuestros conciudadanos–, las de la AP son soslayables con facilidad, simplemente acudiendo a un servicio de urgencia o PAC. Es conocido que si la lista hospitalaria es para una operación quirúrgica, ésta se convierte en una doble fuente de angustias para el paciente, habida cuenta, primero, del miedo inherente a la misma y, luego, por el hecho de que la intervención marque con cierta probabilidad un antes y un después en su vida.

Las listas de espera son conocidas, permitidas y, aunque nos escandalicemos, en cierto sentido necesarias. Es bien conocido por los economistas que el grado de eficiencia aparente de nuestro sistema (% del PIB) se basa, quiérase o no, de alguna manera en estas denostadas listas de espera, de tal modo que algunos se plantean que su supresión conduciría irremediablemente al incremento en la financiación de nuestro SNS, y muy probablemente a hacer partícipe al ciudadano del exceso de gasto producido (ticket moderador, copago). Las listas de espera no son, pues, más que el excedente surgido de una maquinaria sanitaria de producción constante que ha tenido que hacer frente a la universalización de la asistencia sin por ello aumentar los recursos ni la financiación. Y de ahí la dificultad de su desaparición.

Por otra parte, es bien sabido por los médicos de AP que las listas de espera han permitido el florecimiento y el mantenimiento de una aseguración paralela de muchos ciudadanos y una sanidad privada –en cierta manera parasitaria– que de otro modo no hubiera podido existir. Y es que, mal que nos pese, hay mucho especialista cuya actividad privada se fundamenta justamente en ofrecer en el momento aquello que en la pública tiene que esperarse. Y la cirugía cardíaca, precisamente, no ha sido una excepción. Por otro lado, también somos concientes que ésta es perpetuada por muchos especialistas con el fin de controlar la demanda y mantener una situación asistencial cómoda, y por ende laboral. De este mutuo beneficio, de este “efecto riqueza” compartido, creemos que se puede extraer el hecho de que todos –unos más que otros– somos, de alguna forma, responsables del problema.

Hace algunos años fuimos literalmente sacados de nuestra consulta para atender a una paciente que había sufrido un síncope en medio de la calle. Al llegar a su lado, la reconocimos como a una mujer de mediana edad que no hacía más de 2-3 meses había acudido en diversas ocasiones a nuestra consulta por crisis de angor. Su problema se debía a una estenosis aórtica que, en el momento en que la remitimos al especialista, se hacía clínicamente manifiesta y que hacía temer por su vida. Se comentó que se encontraba en una lista de espera para recambio valvular, pero con tal mala fortuna que el día de la intervención coincidió con una de las puntuales huelgas de hospitales y su intervención fue retrasada. Esta demora, muy probable –y desgraciadamente–, condicionó su muerte. ¿Cuántos enfermos cardíacos fallecieron en aquellas huelgas?, ¿hubo denuncias de los especialistas al respecto?

Y es que es sabido, por otro lado, que los medios de comunicación se sorprenden cuando un especialista denuncia alguna situación anómala que afecta a la salud de la comunidad; y se hacen eco rápidamente de las que conducen al fallecimiento de algún/os conciudadanos. Sin embargo, lo que no saben los medios de comunicación, y sí los médicos de AP, es que habitualmente la clase médica no es objetiva cuando denuncia estos malos funcionamiento del sistema, y que lo que sensibiliza a la opinión pública es conocido por éstos desde mucho tiempo antes, pero sólo se expone a la luz pública cuando esta información puede reportar algún beneficio a quien/es lo denuncia.



cian. En fin, que detrás de una preocupación de salud suele esconderse, muchas veces, una motivación de otro tipo. ¿Qué existe detrás de las retiradas manifestaciones sobre la elevada prevalencia de enfermedades alérgicas, reumáticas o dermatológicas que periódicamente invaden nuestros diarios?, ¿y, en este caso, detrás de los enfermos cardíacos que fallecen en lista de espera?, ¿o es que se trata de un hecho reciente?

Si admitimos que este tipo de listas de espera –nos lo ha recordado la ministra estos días–, por regla general, son gestionadas por los mismos equipos que son los que exponen los criterios de prioridad que se han de aplicar en cada caso, así como que justamente existen criterios de gravedad que son los que imponen el criterio quirúrgico e impiden la demora, ya que la imprevisibilidad del pronóstico del paciente hace que se tenga que actuarse de inmediato. ¿Qué es lo que impide ahora cumplir este propósito que no existiera antes?, me pregunto.

No cabe duda que las listas de espera se han de reducir lo máximo que se pueda; que, aunque su desaparición sea una entelequia, esta dinámica tiene que convertirse en una tendencia positiva, una pretensión real; que es responsabilidad de la Administración el poner medios para poder intervenir a aquel paciente con una lesión quirúrgica no demorable, e impedir, justamente, que por necesidad nuestros asegurados acudan a la privada a operarse, dado el tiempo que se les hace aguardar en la pública; ahora bien, creemos que hay que ser objetivos y separar el trigo de la paja, intentar distinguir la denuncia que se basa en una necesidad de salud, y que todos aplaudimos, de aquella que esconde motivos corporativos, institucionales, y muchas veces laborales. ¿Ha sido éste el caso?

M. SEGÚI
Médico de familia. Médico titular de APS (UBS) Es Castell.
Centro de Salud de Dalt. San Joan de Mahón. Menorca.

