

mina. Si tenemos en cuenta que sólo un 30% de los hipertensos existentes son conocidos, a nadie se le escapa la situación de riesgo que se produce durante las estaciones más frías y proclives a infecciones respiratorias.

Caso clínico

Varón de 59 años que acude al PAC (punto de atención continuada) del Centro de Salud Plasencia 1, aquejado de un mareo inespecífico y se detecta una TA de 220/112. El resto de exploración física resulta anodina. Se instaura tratamiento con un IECA sublingual y una dosis del mismo por vía oral. Reevaluado en una hora, la TA era 180/94 y se le da de alta, remitiéndole a la consulta de su médico de cabecera. Se trata de un paciente que normalmente no realiza controles de salud y consta en su historia clínica los siguientes datos relevantes.

Anamnesis: madre ACVA a los 72 años, no sabe si HTA. Sin antecedentes quirúrgicos ni traumatológicos. Nunca se ha hecho analítica ni radiografías. En ocasiones tiene «mareos» que relaciona con situaciones de estrés. Por lo demás, buen estado general. En la última semana está tomando, por un resfriado banal, un producto farmacéutico que se expende sin receta médica y que lleva en su composición un vasoconstrictor.

Exploración física: salvo refuerzo de segundo ruido cardíaco, no encontramos ningún otro dato relevante en la exploración física.

Exploración complementaria: analítica según programa de HTA: lípidos, glucosa, urea, creatinina e iones normales; y ECG: ritmo sinusal, con signos de crecimiento ventricular izquierdo.

Remitido al cardiólogo, el ecocardiograma confirma una hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, secundaria a hipertensión arterial prolongada.

En la actualidad en tratamiento combinado con IECA + verapamilo a bajas dosis, buen control de su TA.

Es muy posible que el desencadenante de la crisis hipertensiva inicial haya sido el componente vasoconstrictor del fármaco antigripal, que estaba tomando el paciente con una hipertensión arterial basal desconocida.

Asociaciones de antigripales y antitusígenos

Describimos con su nombre comercial aquellos medicamentos dispensados sin receta que representan asociaciones de productos sin antibióticos utilizados en procesos catarrales respiratorios banales; fármacos que son comprados directamente en farmacias sin consultar al médico de cabecera. Utilizamos el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas editado por el

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos editado en 1998.

– R05A1A. Asociaciones antigripales con analgésicos:

Alergical expect jarabe, Anticatarral dreiman, Baby rinol, Beecham lemon, Bisogrip, Coricidin, Coricidin fuerte, Cortafriol C, Cortafriol Complex, Couldina, Couldina C, Couldina Instant, Desenfriol, Desenfriol C, Desenfriol D, Desenfriol Infantil, Dimayon, Elingrip, Eucalyptospirine, Farmagripine, Fluxal, Frenadol, Frenadol complex, Frenadol PS, Gripakin, Grippal, Hubergrip, Hubergrip oral, Ilvico, Liderplus, Medinait, Meridol, Nurogrip, Pirifedrina, Pridio, Propalgina plus, Propalgina PS hot lemon, Rinomicine, Rinomicine activada, Rinomicine sobres, Sineficol, Sinutab, Spirsal, Tabletas quimpe, Vincigrip, Vincigrip balsámico y Yendol.

– R05D2A. Antitusígenos asociados a otras sustancias:

Benylin descongestivo, Bequiepto, Bisolvón compositum, Bronco medical, Broncoformo muco dexta, Caltoson balsámico, Codipront, Diminex antitusígeno, Diminex balsámico, Etermol antitusivo, Fludren, Gragenil, Inistolin antitusivo ped, Iniston antitusivo, Irritos, Lasa con codeína, Mentobox antitusivo, Pastillas Dr. Andreu, Pectobal dextro, Tos mai, Vicks fórmula 44 y Vincitos.

Resultados y discusión

En 35 de los 69 medicamentos (51%) descritos hay componentes vasoconstrictores que pueden ser potencialmente peligrosos en pacientes hipertensos. Todos ellos son clasificados con dos abreviaturas: EXO (especialidad excluida de la oferta de la Seguridad Social) o EFP (especialidad farmacéutica publicitaria). En ambos casos no dispensable con cargo a la Seguridad Social.

Los medicamentos antigripales con asociaciones no antibióticas son dispensados sin receta médica en farmacias a pacientes con enfermedades respiratorias banales que suelen cursar sin fiebre.

La accesibilidad a dichos medicamentos por parte de una población adulta que tiene enfermedades «silenciosas» como es la hipertensión arterial, los hace potencialmente peligrosos. Por otra parte, los beneficios sintomáticos de los vasoconstrictores que se incluyen en dichos fármacos es dudosa. Asimismo, la población adulta que accede a estos medicamentos no suele frecuentar los centros de salud.

Últimamente se preconiza por parte de personal especializado (otorrinolaringólogos, neumólogos) y médicos

de familia el uso de fármacos sin asociaciones para el control sintomático de cuadros infecciosos respiratorios banales. Analgésicos-antipiréticos y antitusígenos por separado. El beneficio de vasoconstrictores, mucolíticos y antihistamínicos no parece demostrado plenamente.

Resultaría conveniente la retirada de estas asociaciones o, en todo caso, la difusión entre el personal farmacéutico del peligro que representan estos fármacos entre la población hipertensa durante las estaciones frías, proclives a los catarros comunes. La cuantificación de unidades de estos medicamentos dispensados sin receta sería necesaria para dar una idea más aproximada del número de personas que están expuestas a dichos vasoconstrictores.

A. Jové Agustí, M.E. Renilla Sánchez y J.F. Aramburu Patau

Centro de Salud Dr. Fleming-Santa Elena.
Zamora.

Kaplan N. Tratamiento de la hipertensión (7.ª ed.). Medical Trends, 1998.

Martín Zurro A. Atención primaria (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999.

Manual de terapéutica médica (9.ª ed.). Barcelona: Masson, 1996.

Setaro JF, Black HR. Refractory hypertension. N Engl J Med 1992.

Catálogo de Especialidades Farmacéuticas de 1998. Madrid: Colegio General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Taylor RB. Medicina de familia. Principios y práctica (5.ª ed.). Madrid: Springer-Verlag Ibérica, 1999.

Evolución del control de la presión arterial en España. Estudio Controlpres 98. Hipertensión 1998; 15: 298-307.

Medicina basada en la evidencia para modificar estilos de vida en pacientes hipertensos. Aten Primaria 1998; 22: 596-606.

Factores de riesgo en la enfermedad coronaria estable. Med Clin (Bare) 1996; 106: 372-377.

Secondary hipertensión: a practical diagnostic approach. Am Fam Physician 1997; 55: 1263-1270.

Endoscopia digestiva y asistencia primaria: experiencia de petición directa de la endoscopia por el médico de familia

Atención primaria; Endoscopia digestiva; Indicaciones.

Sr. Director: Normalmente, cuando un médico de familia considera indi-

TABLA 1. Indicaciones de la ASGE para una endoscopia diagnóstica

Molestias en el abdomen superior que persisten tras un tratamiento de prueba
Molestias en el abdomen superior asociadas a síntomas y/o signos que sugieren enfermedad orgánica
Disfagia u odinofagia
Síntomas de reflujo esofágico que persiste o recidiva a pesar de un tratamiento adecuado
Vómitos persistentes de causa desconocida
Otras enfermedades sistémicas en las cuales hay alteraciones patológicas en el tracto digestivo superior que pueden modificar el tratamiento
Poliposis adenomatosa familiar
Para confirmar y realizar un diagnóstico histológico de una lesión demostrada radiológicamente: a) sospecha de lesión neoplásica; b) úlcera esofágica o gástrica, y c) estenosis o obstrucción del tracto digestivo superior
Hemorragia del tracto gastrointestinal: a) cuando se presenta una hemorragia digestiva aguda; b) si se plantea una intervención quirúrgica y está indicado un tratamiento endoscópico; c) cuando hay una recidiva hemorrágica después de un episodio autolimitado (y el diagnóstico endoscópico no está realizado); d) cuando se sospecha la presencia de hipertensión portal o fístula aortoentérica, y e) cuando se sospecha una pérdida hemática crónica y por una anemia ferropénica y la clínica es sugestiva de lesión en el tracto digestivo superior o cuando la colonoscopia ha sido negativa
Cuando está indicado coger biopsias duodenales o yeyunales o recoger jugo intestinal
Pacientes cirróticos en los cuales puede estar indicado un tratamiento profiláctico de la hemorragia digestiva
Para valorar la afectación mucosa después de una ingesta de cáusticos

cado realizar a un paciente una endoscopia digestiva alta, el servicio de salud correspondiente le obliga a remitirlo al digestólogo de referencia, quien valora y decide la realización o no de dicha prueba diagnóstica. Por otro lado, muchos estudios radiológicos del tracto digestivo superior pueden obviarse si se realizara una endoscopia. Por todo ello, se planteó llevar a cabo un programa de petición directa de la endoscopia digestiva alta desde el médico de familia al servicio de digestivo del hospital de referencia (Hospital Son Dureta) y conseguir disminuir el tiempo de espera entre petición, realización y toma de decisión terapéutica. Lo citado se practicó en Palma de Mallorca, durante 1998, en 5 centros de salud urbanos a la población mayor de 14 años (89.859 personas). Previamente, se estableció un protocolo de indicaciones de endoscopia directa, de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal¹ (tabla 1); se diseñó un circuito de derivación directo (centro de salud-servicio de digestivo-centro de salud), tanto de la persona como del resultado de la endoscopia y de la anatomía patológica, siendo el médico peticionario el responsable de comunicar el resultado al paciente. Se valoraba el motivo principal de petición y el diagnóstico. Se contabilizaron 257 gastroscopias,

con un tiempo de espera de 18,7 días (DE, 14) de media y una mediana de 16 días (rango, 1-134). Los motivos de petición fueron los siguientes: dispepsia (n = 160), pirosis (n = 32), síndrome tóxico (n = 8), anemia (n = 6), disfagia (n = 6), hemorragia digestiva alta (n = 6), hipertensión portal (n = 5), otros (n = 16) y falta un motivo claro de petición (n = 18). Los diagnósticos de las gastroscopias fueron: normal-dispepsia no ulcerosa (n = 100), úlcus duodenal o pilórico (n = 44), úlcera gástrica (n = 5), gastritis, duodenitis o erosiones (n = 26), esofagitis (n = 22), estenosis pilórica (n = 3), hernia de hiato grande (n = 4), neoplasia gástrica o esofágica (n = 2), tumores submucosos (n = 3), varios (n = 7), no se presentaron (n = 20) y sin informe (n = 21). Como segundo diagnóstico, cabe mencionar esofagitis (n = 9) y hernia de hiato (n = 53). Nuestra experiencia revela: a) coincidencia de criterios entre motivo de petición del médico de familia y diagnóstico de la endoscopia; b) una reducción cercana al 80% en el tiempo de espera, pasando de cerca de 2 meses a 16 días; c) mejora en el tiempo de establecer tratamientos específicos o tomas de decisión secundaria; d) adecuación en la toma de medicamentos antiulcerosos, y e) plena satisfacción del paciente y del médico de familia. Por todo ello, pensamos que es importante promover iniciativas que

puedan servir para mejorar el proceso asistencial, favorecer al paciente y revalorizar la función del médico de familia. Establecer un protocolo de indicaciones de endoscopia directa entre el médico de familia y un servicio de digestivo puede reducir en un 80% el tiempo de espera y mejorar el proceso diagnóstico. Otros estudios²⁻⁴ demuestran que la selección de pacientes para gastroscopias realizada por médicos de familia obtiene resultados aceptables.

V. Thomas Mulet^a, M. Benejam Gual^a, D. Ginard Vicens^b y A. Obrador Adrover^b

^aCentre de Salut Camp Redó. ^bServei Digestiu. Hospital Universitari Son Dureta. Balears.

1. Academia Norteamericana de Médicos de Familia. Normas de procedimiento sobre EGD para los médicos de familia. Am Fam Physician (ed, esp.) 1977; 4: 204-207.
2. Heaney A, Collins JS, Watson RG. Open access gastroscopy—3 year experience of a new service. Ir J Med Sci 1998; 167: 136-137.
3. Charles RJ, Chak A, Cooper GS, Wong RC, Sivak MV Jr. Use open access in GI endoscopy at an academic medical center. Gastrointest Endosc 1999; 50: 480-485.
4. Mahajan RJ, Barthel JS, Marshall JB. Appropriateness of Referrals for open-access endoscopy. Arch Intern Med 1996; 156: 2065-2069.

Reacción de hipersensibilidad a enoxaparina

Efectos secundarios; Enoxaparina; Hipersensibilidad.

Sr. Director: Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son fragmentos de la heparina no fraccionada obtenidos por despolimerización química o enzimática. Son un grupo heterogéneo con características farmacológicas diferentes, pero eficacia clínica equivalente.

En los últimos años se han multiplicado los tratamientos con HBPM en atención primaria por su fácil manejo y administración y no precisar controles hematológicos; por tanto, es necesario conocer en profundidad cualquier efecto adverso que pudiera derivarse de estos tratamientos.

A continuación presentamos un caso de reacción a HBPM.