

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.

Mujer de 86 años, en cuyos antecedentes familiares destaca la presencia de un hermano alérgico a penicilina. Hipertensa en tratamiento con hidroclorotiazida, 25 mg/día. Presenta intolerancia a la glucosa e hipercolesterolemia en tratamiento con dieta. Ha sido diagnosticada de fibrilación auricular controlada actualmente y en tratamiento preventivo con trifusal (Disgren®); está desde hace años en tratamiento con metazolol y lorazepam.

En junio de 1999 sufrió fractura de cadera derecha, por lo que se le suspendió el trifusal y se administró enoxaparina (Clexane®), 40 mg/día. A los 4 días de la administración comenzó con un cuadro de prurito y exantema maculopapular generalizado que desapareció espontáneamente a las 24 horas de suspender la enoxaparina.

Debido al riesgo de tromboembolismo venoso por la fractura reciente, se decide reintroducir la HBPM a la semana. A las 24 horas de iniciar la toma presentó un cuadro de vómitos, diarrea, prurito y exantema maculopapular generalizado que desapareció tras administrar corticoides y antihistamínicos. Se decidió suspender la enoxaparina y continuar con trifusal, sin que posteriormente reapareciera la sintomatología.

La ausencia de fiebre y la normalidad de la exploración física, el hemograma, la bioquímica y la velocidad de sedimentación globular nos permitió descartar un proceso infeccioso.

El perfil temporal de la sintomatología, coincidiendo con la administración de la enoxaparina, la normalidad de la exploración física y las pruebas complementarias y la ausencia de clínica después de suspender la enoxaparina hace improbable que se deba a otras causas.

Las HBPM actualmente comercializadas en España son: bemiparina (Hibor®), dalteparina (Fragmin®), enoxaparina (Clexane®) y nadroparina (Fragmin®).

Los efectos adversos afectan principalmente al sistema cardiovascular, sobre todo en tratamientos superiores a 3 meses¹.

Las reacciones adversas más características son:

– Frecuentemente (10-25%): trastornos hemorrágicos y trombopenia en las tres primeras semanas de iniciar el tratamiento¹.

– Ocasionalmente (1-9%): alteraciones alérgicas como prurito, urticaria, asma, rinitis, fiebre, reacción anafilactoide¹⁻³.

– Raramente (< 1%): reacción en el lugar de la aplicación, eritema, equimosis, hematoma, necrosis cutánea o subcutánea^{1,4}.

– Excepcionalmente (< 1%): osteoporosis y fragilidad ósea con dosis altas y tratamientos prolongados^{1,2,4}.

Las reacciones cutáneas, aunque se consideran raras, quizá sean debidas a una subestimación de su incidencia

real⁴. Los casos descritos en la literatura más frecuentes son exantema urticarial, necrosis cutánea y reacciones de hipersensibilidad tipo IV^{1,2,5}.

Aunque el número de notificaciones es bajo, el médico de atención primaria debe permanecer alerta a las reacciones de hipersensibilidad, ya que por su proximidad al paciente está en situación privilegiada para detectarlas.

M.R. Romero Ortega y M. Luque Sánchez

Médicos de Familia. Centro de Salud Virgen de Linarejos. Jaén.

1. Wutschert R, Piletta P, Bounameaux H. Adverse skin reactions to low molecular weight heparins: frequency, management and prevention. *Drugsafety* 1999; 20: 515-525.
2. Méndez J, Sanchis ME, De la Fuente R, Stolle R, Vega JM et al. Delayed-type hypersensitivity to subcutaneous enoxaparin. *Allergy* 1992; 53: 999-1003.
3. Odeh M, Oliven A. Urticaria and angioedema induced by low-molecular-weight heparin. *Lancet* 1992; 340: 972-973.
4. Valdes F, Vidal C, Fernández Redondo V, Peteiro C, Toribio J et al. Eczema-like plaques to enoxaparin. *Allergy* 1998; 53: 625-626.
5. Enoxaparin (Drug Evaluations). En: Gelman CR et al, editors. *Drugdex information system*. Vol 101. Englewood: Micomedex Inc, 1999.