

8. Pffenniger JL. Injections of joints and soft tissues. Part I: General guidelessness. *Am Fam Phys* 1991; 44 (4):
9. Caldwell JR. Intra-articular corticosteroids. Guide to selection an indications for use. *Drugs* 1996; 52 (4):
10. Louis D, Hankin F. Cutaneous atrophy after corticosteroid injection. *AFP* 1986; enero:
11. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rotyberg M. Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them. *Geriatrics* 1990; 4:
12. Steinbroker O, Neustadt DH. Aspiration and injection therapy in arthritis and musculoskeletal disorders. Harper & Row, 1972.
13. Andreu J. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. En: Arribas JM, Caballero F, editores. Madrid: Jarpyo, 1993.
14. Dickson J. Corticosteroid joint injection: how to avoid the risks. *The Practitioner* 1995; june.
15. Moll JMH. Reumatología en la práctica clínica. 10 Monografía. Madrid: Jarpyo, 1992.

Posible toxicodermia secundaria a vacunación antigripal

Coordinación entre niveles; Derivación; Reacción adversa; Reumatología; Toxicodermia; Vacuna antigripal.

Sr. Director: La vacuna antigripal se prepara a partir de cultivo de virus obtenidos en embrión de huevo de pollo; es una vacuna trivalente de virus influenzae tipo A y B. Actualmente se dispone de vacuna en forma de virus inactivo, subvirión o antígeno de superficie purificado.

Las reacciones adversas son leves: eritema e induración en el lugar de la inyección en una tercera parte de los tratados, y en una menor proporción malestar general y mialgias; se han descrito casos excepcionales de neuritis, atrofia óptica, mielitis transversa, pericarditis, poliartritis y se ha llegado a asociar con el síndrome de Guillain-Barré. También se han descrito casos de hipersensibilidad a la proteína del huevo con angiedema, anafilaxia generalizada, urticaria, broncospasmo y púrpura de Schönlein-Henoch.

En una revisión bibliográfica no hemos encontrado referencia alguna a posibles toxicodermias en relación con la vacuna de la gripe.

Las toxicodermias son erupciones cutáneas muy variadas que se manifiestan como efecto secundario de productos químicos que entran en contacto con el organismo, bien sea

por vía oral, cutánea o parenteral. Las más frecuentes son las medicamentosas. Los efectos secundarios farmacológicos se manifiestan en un tercio de los casos en la piel, y afectan fundamentalmente a mujeres y ancianos. Entre los fármacos más implicados podemos citar: antibióticos, sedantes, antipiréticos y vacunas. Presentamos un caso de probable toxicodermia relacionada con la vacunación antigripal.

Varón de 80 años de edad, fumador, con alergias a penicilina, estreptomina y sulfamidas. Diagnosticado de EPOC, arteriopatía periférica de extremidades inferiores (1996), úlcus duodenal, neumonías (1998), VHC (1998). Intervenido de tumor vesical (1981) con cirugía radical y enterocitoplastia y en 1972 con vagotomía troncular y gastroenteroanastomosis, hemorragia digestiva alta (1998). El paciente tenía una vida muy limitada, permaneciendo largos períodos sin salir de su domicilio y había sido vacunado en años anteriores de la gripe, ya que no tenía ninguno de los criterios actualmente establecidos para no ser vacunado.

Tratamiento habitual: sulfato ferroso, 525 mg (desde 1994) 1 cap./24 h; omeprazol, 20 mg (desde 1998), 1 cap./24 h; paracetamol, 650 mg a demanda, y vacunación antigripal (virus inactivado), 7-X-1999.

A los 5 días de la vacunación antigripal, el paciente presentó exantema rosoliforme, confluyente en algunas zonas, descamativo, muy pruriginoso, con preservación de cara y cuero cabelludo; no había salido a la calle hacía más de un mes por, lo cual no era posible una reacción de fotosensibilidad. La reacción adversa desapareció muy lentamente tras tratamiento sintomático.

Hemos consultado una extensa bibliografía, sin encontrar descripción de interacción entre omeprazol, paracetamol, hierro y vacuna de la gripe, aunque sí se han descrito con otros fármacos: teofilina, anticoagulantes orales, fenitoína, fenobarbital y clordiazepóxido.

En el caso del omeprazol, los efectos indeseables más frecuentes son digestivos, cefaleas, erupciones cutáneas leves y casos aislados de urticaria, edema angioneurótico, eritema multiforme y necrosis epidérmica tóxica.

Teniendo en cuenta que las prescripciones de estos fármacos: omeprazol,

hierro y paracetamol, eran anteriores en el tiempo que la vacuna antigripal, pensamos en una posible relación causa-efecto de la erupción cutánea que presentó nuestro paciente con dicha vacuna.

**E. Manzano^a, A. Grau^a,
E. Sequeira^a y J.A. Vallès^b**

^aABS Raval Nord. CAP Dr. Sayé.
^bFarmacólogo clínico. DAP Ciutat Vella.
Barcelona.

American Medical Association. *AMA drug evaluations* (10.^a ed.) Chicago: Saunders, 1995.

Bowlby HA, Dickens GR. Angioedema and urticaria associated with omeprazole confirmed by drug challenge. *Pharmacotherapy* 1994; 14: 119-122.

Bunce H, Cann PA. Adverse drug reaction. *Pharmaceut J* 1993; 250-273.

Cox NH. Acute disseminated epidermal necrosis due to omeprazol. *Lancet* 340-857.

Davies DM, director. *Textbook of adverse drugs reactions* (4.^a ed.). Oxford: Oxford University Press, 1991.

Dollery C, editor. *Therapeutic drugs*. Londres: Churchill Livingstone, 1992.

Dukes MNG, director. *Meyler's side effects of drugs* (12.^a ed.). Amsterdam: Elsevier, 1992.

Fitzpatrick TB et al. *Dermatology in general medicine* (2.^a ed.).

Peyri Rey J. *Toxicodermias*. Sintex Latino, 1984.

Peyri J et al. *Licenciatura dermatológica*. Barcelona: Masson, 1992.

Raviglione MC et al. Clinical features and management of severe dermatological reactions to drugs. *Drug Safety* 1990; 5 (1): 39-64.

Reynolds JEF. *Martindale: The Extra Pharmacopoeia* (30.^a ed.). Londres: The Pharmaceutical Press, 1995.

Roujeau JC, Stern RS. *Severe adverse cutaneous reactions to Drugs*.

Salleras LI. *Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 1999.

Derivación de pacientes desde atención primaria a una consulta de un hospital comarcal

Coordinación entre niveles; Derivación; Reacción adversa; Reumatología; Toxicodermia; Vacuna antigripal.

Sr. Director: Las enfermedades reumatológicas son frecuentes, incapacitantes y con tendencia a la cronicidad. La magnitud de las enfermedades del aparato locomotor y los recursos humanos especializados han sido motivo

de preocupación en distintas publicaciones¹. Un tercio de la población general presenta alguna enfermedad del aparato locomotor. Estas enfermedades causan un 10% de todas las consultas realizadas en atención primaria, algo más del 15% de las incapacidades laborales transitorias, constituyéndose entre la primera y tercera causa de éstas según el medio, y son la primera causa de incapacidad laboral permanente. En el proceso de derivación de pacientes desde el primer nivel al especialista, el documento escrito constituye habitualmente el único medio de comunicación, de ahí la importancia de la correcta y completa cumplimentación, tanto en la derivación como en el retorno. El estudio de la concordancia diagnóstica entre los distintos niveles permite una aproximación al conocimiento de la patología reumática y su manejo en el primer nivel. Por ello hemos valorado la concordancia en el diagnóstico en los enfermos remitidos por primera vez desde 10 centros de salud de nuestra área sanitaria, que abarca 150.000 habitantes, a una de las consultas externas de reumatología ubicada en el Hospital del Bierzo. Se ha consensuado el remitir a los pacientes con una analítica elemental y radiografías de las zonas afectadas. En tres de los centros de salud es posible la realización de radiografías, tendiendo en el resto que acudir al centro hospitalario. Sin embargo, en todos es posible la extracción de analítica.

En un período de 3 meses se derivaron desde atención primaria 121 pacientes a una de las consultas de reumatología, de los cuales fueron excluidos 5 al no ser la primera visita. En 22 (19,1%) de las 115 hojas de interconsultas no constaba ningún diagnóstico. Los diagnósticos de sospecha más frecuentes fueron artralgias en 30, algias axiales en 11, osteoporosis en 7, poliartritis/artritis reumatoide en 7, dolores óseos en 6, gonartrosis en 5, gota en 3, alteraciones analíticas en 3, espondiloartrosis en 3, espondiloartropatía en 2 y el resto por síntomas o patologías diversas. Sólo aportaban analítica 30 pacientes (34%) y 28 tenían radiografías (24,3%). Los diagnósticos finales de reumatología (se expresan agrupados por síndromes) fueron patología axial mecánica o degenerativa en 22 (19%), patología degenerativa de articulaciones periféricas en 18 (15,6%), patología tendinosa en 12 (10,4%), fibromialgia en 10, patología poliarticular inflamatoria en 9, espondiloartropatías seronegati-

vas en 6, enfermedades microcristalinas en 5, patología mecánica de rodilla en 5, síndromes de atrapamiento nervioso en 5, enfermedades óseas metabólicas en 4, otras patologías diversas en 8 y 8 sujetos no presentaban enfermedades del aparato locomotor. Existía concordancia diagnóstica en 39 casos, los que representa el 41,9% de los pacientes que eran remitidos con un diagnóstico de sospecha.

Los porcentajes de concordancia en el diagnóstico de estudios previos son variables. Cruz et al encuentran una concordancia del 39,3%, aunque en su serie incluyen pacientes intrahospitalarios². Cruz Valenciano et al observan una derivación correcta en aproximadamente la mitad de los pacientes, con un juicio clínico concordante del 68%³. Algunos autores han abordado esta cuestión de forma específica y han mostrado que los problemas más prevalentes en la población general son fácilmente confundidos por los médicos de atención primaria. Así, se encuentra que pacientes con afecciones de partes blandas y fibromialgia a menudo acuden con el diagnóstico de artrosis, o se intercambian los diagnósticos de artrosis y afecciones de partes blandas con facilidad⁴.

Asumiendo la dificultad que supone la realización de radiografía a los pacientes procedentes de centros de salud alejados del hospital, sin embargo sólo un tercio de los pacientes aportaban analítica, a pesar de haber sido consensuado para facilitar la rápida evaluación, ya que una analítica general y una radiología simple permiten diagnosticar hasta el 72% de los enfermos en la primera visita⁵. Un 65% de los pacientes que eran consultados por primera vez en nuestra unidad presentaba procesos mecánicos, reumatismos de partes blandas o no se evidenciaba enfermedad reumatológica, cifra similar a la de estudios previos¹, y que se refiere a entidades que puede ser diagnosticada y controladas en la asistencia primaria. El conocimiento de los escalones en la analgesia, de medidas higiénicas articulares y rehabilitadoras permite en la mayoría de las ocasiones el alivio de los síntomas. La atención de estas entidades repercute en la demora global para atender las enfermedades inflamatorias (17% en nuestra serie), por lo que la realización de un cribado en los procesos que se remiten puede ayudar a paliar esta situación.

La mejor comunicación entre especialistas y médicos de asistencia primaria puede ayudar al empleo adecuado de recursos. Esa comunicación es bidireccional, y debe exigirse al especialista un documento de retorno completo, el cual también en ocasiones es deficiente o se halla ausente⁶. Según Marinker, para mejorar el número de derivaciones y la calidad de éstas es necesario el desarrollo de protocolos específicos de derivación acordados entre los médicos generales y los distintos especialistas implicados⁷.

L. Pantoja Zarza, R. Baz Carranza*, S. Losada Ruiz* y J. Ortiz de Saracho

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. *Medicina Familiar y Comunitaria Hospital del Bierzo. Ponferrada (León).

1. Batlle E, Jovani V, Ivorra J, Pascual E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 91-105.
2. Cruz L, Gutierrez C, López I et al. Análisis de la derivación de pacientes a un servicio hospitalario de reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1995; 22: 311-316.
3. Cruz Valenciano A, Miguel I, De Alba C, Quirós J, Cabero F, Crespo M. Análisis de la derivación desde atención primaria a la consulta ambulatoria de reumatología. ¿Qué pacientes debe atender el reumatólogo?
4. Trenor P, Batlle E, Noguera R, Medrano C, Pascual E. Concordancia entre atención primaria y especializada en el diagnóstico de artrosis. *Rev Esp Reumatol* 1995; 22: 161.
5. Carbonell J, Llopart E, Egea G, Rotes-Querol J. Caracterización de los pacientes en una consulta externa de reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1978; 5: 89-93.
6. Caballero A, Bonal P, De Cea C, Buzón E. *Aten Primaria* 1993; 12 (5): 30-35.
7. Marinker M, Wilkin D, Metcalfe DH. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 1988; 297: 461-464.

Estreñimiento y consumo de laxantes en ancianos

Ancianos; Estreñimiento; Geriátrica; Laxantes; Uso racional medicamentos.

Sr. Director: El estreñimiento es un síntoma frecuente en nuestra población, que muchas veces no llega a las consultas de atención primaria (AP),