

ORIGINALES BREVES

Análisis de las indicaciones y diagnósticos de las gastroscopias solicitadas por médicos de atención primaria

M. Vernet Vernet^a, G. Roca Figueras^a, E. Jovell Fernández^b, M. Iglesias Rodríguez^c,
M.M. Ureña Tapia^a y A. Roca Fusalba^c

CAP Terrassa Nord. Unitat Docent del Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona).

Objetivo. Analizar la patología diagnosticada a partir de las gastroscopias (GC) solicitadas desde un centro de atención primaria (CAP). Valoración y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* (HP).
Diseño. Descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. CAP urbano.

Pacientes. Mayores de 14 años a quienes se realizó una GC con finalidad diagnóstica, solicitada por su médico de atención primaria (AP), durante 1997.

Mediciones. Revisión de historias clínicas y de informes de las GC analizando: datos de filiación, motivo de solicitud, tratamiento previo, diagnósticos, tratamiento erradicador de HP, derivación posterior al digestólogo y tiempo de espera para la realización de la GC.

Resultados. Realización de 206 GC principalmente por epigastralgia en 139 pacientes (67%) y pirosis en 73 (35%). Tratamiento previo en 161 pacientes (78%) utilizándose los alcalinos en 94 casos (45%). Diagnósticos más frecuentes: 54 normales (26%), 60 hernias de hiato (30%), 43 esofagitis (21%), 18 úlceras duodenales (9%) y 4 gástricas (2%). Estudio de HP positivo en 67 casos, realizándose tratamiento erradicador triple (amoxicilina, claritromicina y omeprazol) durante 7 días en 36 de ellos (54%). Derivación al especialista del 3% de los pacientes. Tiempo de espera para la realización de la GC: 60 días (DE, 35).

Conclusiones. La GC es un método diagnóstico de uso habitual en nuestro CAP y la patología diagnosticada es asumida mayoritariamente desde el ámbito de la AP. Dada la controversia existente de actuación en determinadas entidades clínicas, es muy importante la estandarización de criterios de los profesionales de los distintos niveles asistenciales en las indicaciones de las exploraciones, así como en el tratamiento y seguimiento de las patologías. La reducción de la espera para la realización de la GC posiblemente podría modificar la prescripción y duración del tratamiento previo.

Palabras clave: Atención primaria; Gastroscopia; *Helicobacter pylori*.

ANALYSIS OF THE INDICATIONS AND DIAGNOSES OF THE GASTROSCOPIES REQUESTED BY PRIMARY CARE DOCTORS

Objectives. To analyse the pathology diagnosed on the basis of the gastroscopies requested from a primary care centre (PCC). Assessment and treatment of *Helicobacter pylori* (HP) infection.

Design. Retrospective and descriptive.

Setting. Urban PCC.

Patients. Those over 14 who had a gastroscopy for a diagnostic purpose, requested by their primary care doctor during 1997.

Measurements. Review of clinical records and gastroscopy reports analysing: personal data, reasons for request, prior treatment, diagnoses, treatment to eradicate HP, later referral to the digestion specialist and waiting-time for the gastroscopy.

Results. 206 gastroscopies were performed, 139 for epigastralgia (67%) and 73 for heartburn (35%). 161 patients (78%) had had previous treatment, with alkalines used in 94 cases (45%). The most common diagnoses were: 54 normal (26%), 60 hiatus hernias (30%), 43 oesophagitis (21%), 18 duodenal ulcers (9%) and 4 gastric ulcers (2%). The *Helicobacter pylori* study was positive in 67 cases, with triple treatment (amoxycillin, clarithromycin and omeprazole) to eradicate it given for 7 days in 36 cases (54%). Referral to the specialist of 3% of the patients. Waiting-time for the performance of the gastroscopy: 60 days (SD: 35).

Conclusions. Gastroscopy is a diagnostic method habitually used in our PCC. The pathology diagnosed is mainly treated in primary care. Given the current controversy about actions at determined clinical entities, standardisation of criteria used by professionals at different care levels is very important. This standardisation should affect the indications of the examinations, and the treatment and follow-up of the pathologies. The reduction in waiting-time for a gastroscopy could possibly modify the prescription and duration of the prior treatment.

(Aten Primaria 2000; 25: 253-257)

^aTutores docentes de MFyC.

^bTécnica de Salud.

^cMédicos residentes de MFyC.

Correspondencia: Dra. María Vernet.
CAP Terrassa Nord. C/ 25 de Setembre, 26. 08226 Terrassa (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-IX-1999.

Introducción

La endoscopia digestiva es una exploración que cada vez se utiliza con más frecuencia para el estudio de la patología digestiva alta, siendo pocas las indicaciones que actualmente han quedado reservadas al estudio mediante contraste radiológico¹.

Desde el punto de vista teórico, se dispone de instrumentos para el conocimiento de las indicaciones de la gastroscopia (GC) como son «protocolos» elaborados por grupos de expertos, de carácter más normativo y «guías de práctica clínica», en función de revisiones sistemáticas de la evidencia científica, recomendaciones, de carácter más flexible²⁻⁵. Asimismo, durante los últimos años, se ha publicado gran cantidad de literatura respecto a las indicaciones del tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* (HP), algunas de ellas totalmente establecidas por haber sido demostrada su eficacia y eficiencia, y otras no concluyentes⁵⁻⁹.

En algunos servicios de endoscopia digestiva, la solicitud de GC está reservada a los digestólogos o médicos especialistas hospitalarios, quienes según la evidencia científica harán indicaciones más apropiadas de la prueba^{10,11}. En los llamados servicios de endoscopia digestiva abiertos se realiza la GC a todos los pacientes remitidos a ellos independientemente de la especialidad del médico que la haya solicitado. En el hospital de referencia de nuestro centro de atención primaria (CAP) se dispone de un servicio de endoscopia digestiva abierto, y por tanto de la posibilidad para los médicos del CAP de solicitar las GC de forma directa a dicho servicio.

El objetivo del presente estudio es analizar la patología diagnosticada a

partir de las GC solicitadas en nuestro CAP y la valoración y tratamiento de la infección por HP realizado.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el CAP Terrassa Nord que atiende a una población urbana con un censo de 35.000 habitantes. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 14 años a los que se realizó una GC, solicitada por su médico de atención primaria (AP), con finalidad diagnóstica durante el año 1997. No se incluyeron las GC realizadas para control de patologías ya diagnosticadas previamente.

Los pacientes se seleccionaron a partir del registro informatizado del hospital de referencia. Se revisaron las historias clínicas y los informes de las GC y del estudio anatomopatológico en los casos en que éste se realizó valorándose los siguientes parámetros: a) datos de filiación; b) motivo de solicitud de la GC; c) realización previa a la GC de estudio radiológico con contraste por el mismo motivo, ya fuese como primera indicación del médico o por negativa inicial del paciente a la endoscopia; d) tratamiento realizado previamente a la GC; e) diagnósticos endoscópicos y anatomopatológicos obtenidos; f) tratamiento de erradicación del HP y control posterior de la misma mediante la prueba del aliento con urea C-13; g) derivación al digestólogo posterior a la GC, y h) tiempo de espera para la realización de la GC.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables cualitativas expresadas como frecuencias absolutas y relativas, y de las variables cuantitativas como media (DE). En la comparación entre variables se ha utilizado la prueba de ji-cuadrado y el análisis de la variancia con un nivel de significación del 5%.

Resultados

Se realizó GC a un total de 206 pacientes, con una edad media de 47 años (DE, 17), de los cuales 108 eran mujeres (52%) y 98 varones (48%). La epigastralgia en 139 pacientes (67%) y la pirosis en 73 (35%) fueron los principales síntomas referidos y por tanto los principales motivos por los que se solicitó la GC (tabla 1). Un 48% de los pacientes refería un solo síntoma y un 5% referían más de 3. En 9 casos (4,4%) se había realizado un tránsito esofagogastroduodenal previo a la GC. Se indicó tratamiento farmacológico previo a la exploración en 161 pacientes (78%), siendo los alcalinos los más frecuentes en 94 casos (45%), seguidos de los anti- H_2 en 39 (19%), ortopramidas en 31 (15%) e inhibidores de la bomba de protones en 30 (14%). No habían realizado

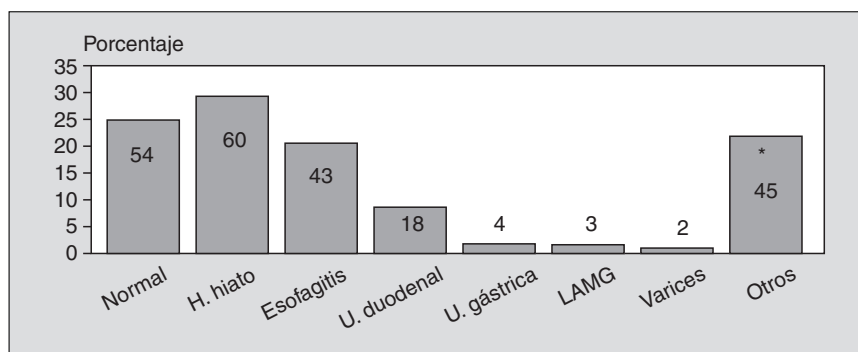


Figura 1. Diagnósticos. La cifra de la barra indica el número de casos. *Incluyen lesiones benignas no asociadas a los otros diagnósticos. H. hiato: hernia de hiato; U. duodenal: úlcera duodenal, y U. gástrica: úlcera gástrica.

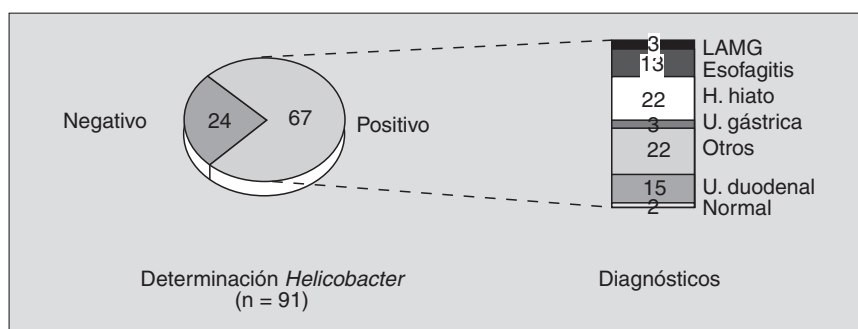


Figura 2. Estudio de *Helicobacter pylori*. Diagnósticos asociados. LAMG: lesiones agudas de la mucosa gástrica; H. hiato: hernia de hiato; U. gástrica: úlcera gástrica, y U. duodenal: úlcera duodenal.

ningún tipo de tratamiento previo 45 pacientes (22%), mientras que 62 (30%) habían tomado más de un fármaco. En la figura 1 se indican los diagnósticos obtenidos de las GC realizadas, de entre los cuales destaca que en 54 casos (26%) ésta fue normal, siendo la hernia de hiato en 60 casos (30%) el diagnóstico más frecuente, seguido de las esofagitis en 43 (21%). De las hernias de hiato diagnosticadas, 29 (48%) estaban asociadas a esofagitis. Éstas fueron severas en 2 casos y en uno el diagnóstico fue de esófago de Barret. En el grupo de otros diagnósticos se incluyen diversas patologías benignas (antritis, duodenitis, mucosa gástrica parcheada sugestiva de gastritis crónica atrófica, pólipos gástricos, angioma gástrico), asociados en 46 de los 91 casos (50%) en que se hallaron a alguno de los diagnósticos anteriores. En ningún caso se detectó patología neoplásica. Las GC normales fueron más frecuentes en mujeres, en un 37% ($p = 0,000$), mientras que las esofagitis predominaban en los varones en un 30,5% ($p = 0,003$). En

la tabla 1 se muestran los diagnósticos en relación a cada uno de los principales síntomas o motivos de solicitud de la GC, oscilando el porcentaje de normales en el 24-34% en los 4 principales motivos. En 94 casos (46%) se disponía de estudio anatomopatológico, diagnosticándose de gastritis en sus diferentes modalidades de leve, moderada o crónica en 78 (83%), con presencia de metaplasia en 12 (1,3%), siendo normal en 9 casos (1%). El estudio de HP mediante el test de la ureasa fue positivo en 67 pacientes, un 74% de los 91 en que el endoscopista creyó indicada su determinación. Los diagnósticos asociados a esta infección se muestran en la figura 2.

Se realizó tratamiento erradicador en 36 casos (54% de los diagnosticados). Se erradicaron 12 pacientes con úlcera duodenal (80% de los diagnosticados) y 3 con gástrica (100% de los diagnosticados). El resto de pacientes a los que se realizó erradicación tenían hernia de hiato (4 casos), esofagitis (2 casos), lesiones agudas de la mucosa gástrica (un caso) y otros

TABLA 1. Motivos de solicitud y diagnósticos de las gastroscopias

Motivo de solicitud de la FGC ^a	Diagnósticos ^b													
	Normal		Esofagitis		UD		HH		UG		LAMG		Varices	
	N	(%)	N	(%) ^c	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Epigastralgia	139	(67)	37	(27)	26	(19)	15	(11)	12	(9)	3	(2)	2	(1)
Pirosis	73	(35)	25	(34)	16	(22)	3	(4)	3	(4)	1	(1)	1	(1)
Dispepsia	30	(15)	8	(27)	6	(20)	1	(3)	1	(3)	1	(1)	—	—
Vómitos	25	(12)	6	(24)	4	(16)	1	(4)	1	(4)	—	—	—	—
Estudio anemia	12	(6)	3	(25)	1	(8)	1	(8)	—	—	—	—	1	(8)
Disfagia	6	(3)	2	(33)	2	(33)	—	—	—	—	—	—	—	—
Hemorragia digestiva alta	4	(2)	—	—	2	(50)	1	(25)	—	—	—	—	—	—
Hepatopatía crónica	1	(0,5)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	(100)

^aEl motivo de solicitud corresponde a uno o más de los principales síntomas (excepto en los casos de estudio de anemia y hepatopatía).

^bLos diagnósticos hacen referencia al motivo/s de solicitud.

^cN.º de diagnósticos/n.º motivo solicitud.

UD: úlcera duodenal; HH: hernia de hiato; UG: úlcera gástrica; LAMG: lesiones agudas de la mucosa gástrica, y Varices: varices esofagogástricas.

diagnósticos (14 casos). Se indicó tratamiento triple (amoxicilina, claritromicina y omeprazol) en 28 casos (82%), durante 7 días en 27 de ellos y durante 14 en el otro. En los 8 pacientes restantes tratados se utilizaron otras alternativas terapéuticas. Se realizó control de la erradicación mediante el test del aliento en 19 pacientes (53%), siendo negativo en 10 de los 11 casos en que se disponía del resultado. Posteriormente al resultado de la GC, 7 pacientes (3%) se derivaron al especialista, 6 de ellos por indicación de su médico y otro a petición del propio paciente. El tiempo transcurrido entre la solicitud y la realización de la GC fue de 60 días (DE, 35), siendo este tiempo de 56 días en las GC patológicas (DE, 35; $p = 0,002$).

Discusión

A pesar de disponer de indicaciones concretas para la realización de una GC, como son las de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal³ o las propuestas por comités de expertos de algunos países europeos⁴, donde se especifican las indicaciones adecuadas y las indicaciones no adecuadas de la prueba, los estudios que se han realizado para valorar este cumplimiento muestran diversidad de resultados sobre todo ante la clínica de dispepsia¹². A su vez, hay disparidad de criterio dependiendo de la especialidad del profesional, siendo los cirujanos más intervencionistas que los médicos generales¹². En estudios realizados sobre las indicaciones apropiadas o no de la GC, siguiendo los criterios

publicados y en servicios de endoscopias de diferentes características, el porcentaje de indicaciones adecuadas varía en un 40-84%, siendo en la mayoría de casos la indicación no adecuada por no haberse realizado un tratamiento sintomático previo^{3,10-13}. En 2 de estos estudios^{10,11} se demuestra que los especialistas hacen más indicaciones adecuadas que los médicos de AP y los diagnósticos relevantes son también más frecuentes en las GC solicitadas por los mismos¹¹, hecho que podría explicarse en parte porque los médicos de AP derivan a los pacientes con mayor probabilidad de patología a los especialistas. Sin embargo, no siempre se correlaciona la indicación adecuada con el diagnóstico obtenido, ya que en uno de estos estudios³ un 46% de los diagnósticos obtenidos considerados relevantes correspondían a indicaciones no adecuadas de la GC. En otro de ellos¹³ se observa que se realizan un 5% de GC por exceso y un 10% por defecto (en proporción similar por los médicos de AP como por los especialistas).

En el caso de las dispepsias no existe un acuerdo unánime en las indicaciones de la GC. Si bien, debe realizarse de forma precoz en pacientes de más de 45 años o con síntomas o signos clínicos de alarma^{3,4,14}, en el resto hay partidarios de realizar tratamiento sintomático previo durante 15 días (condición sin la cual se considera una indicación no correcta de la GC)³, mientras otros sugieren hacer la prueba antes para evitar enmascarar diagnósticos y en función de criterios de una mayor satisfacción del paciente al disminuir su an-

siedad y de reducción de costes^{12,13}.

Un análisis comparativo de los resultados del presente estudio y los publicados en la literatura debe considerar la limitación del infrarregistro inherente a la utilización de información procedente de fuentes secundarias como son las historias clínicas, de las cuales se obtuvo los motivos de solicitud de la GC y el tratamiento previo. Algunas de las características de los pacientes de este estudio, como son la edad media y el porcentaje de pacientes mayores de 45 años, aunque con un predominio de mujeres, son similares a otro estudio publicado³. En éste, los motivos de solicitud de la GC también coinciden con el presente estudio en que un 69% de ellos se engloban dentro del síntoma dispepsia, entendida como cualquier tipo de molestia en hemiabdomen superior (descritas en el presente estudio como pirosis, epigastralgia, vómitos y/o dispepsia propiamente dicha, dependiendo de cómo estuviera reflejado en la historia clínica del paciente). Destaca un único caso en que se solicitó la GC para estudio en hepatopatía crónica, lo cual nos lleva a pensar que los pacientes con esta patología o ya están estudiados por el especialista o en realidad no están adecuadamente estudiados.

El tratamiento previo a la GC se había indicado en la mayoría de los pacientes estudiados. Según los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva Alta³, en el caso de la indicación de la exploración por dispepsia, este tratamiento debe realizarse siempre en un mínimo de 2 semanas pudiendo utilizar cualquier

tipo de tratamiento sintomático: antiácidos, procinéticos, anti- H_2 u omeprazol. En los pacientes del estudio se utilizaron mayoritariamente los alcalinos, aunque también se empleó el omeprazol en menor porcentaje. La duración del tratamiento no es una variable recogida en el estudio; sin embargo, los días de espera para la realización de la prueba hacen suponer que en muchos casos éste fue superior a las 2 semanas aconsejadas. Muy probablemente la disminución de estos días de espera podría modificar la prescripción y duración del tratamiento previo.

El descenso de la utilización de la exploración mediante radiología con contraste de la patología digestiva alta¹ se constata también en los resultados del presente estudio.

Respecto a los diagnósticos realizados, comparándolos con otra serie³, el porcentaje de esofagitis es mayor (21 frente a 15%) y el de úlcera gástrica es menor (2 frente a 7%), siendo los demás diagnósticos similares. La prevalencia de cáncer esofagogástrico en la población atendida en nuestro centro en 1996 era de 1/1.000 habitantes; sin embargo, en este estudio no hallamos patología neoplásica (un caso de 442 endoscopias [0,4%] en la serie de Gonvers³). El porcentaje de GC normales es también inferior al descrito por otros autores (52% serie de Gonvers³, 41% en la de Quine con acceso abierto y 28,5% con acceso restringido al servicio de endoscopias¹²). Sin embargo, debe considerarse el porcentaje de otros diagnósticos en los que se incluyen lesiones benignas banales, muchas de ellas de significado patológico dudoso (22% en los casos de dispepsia de Quine¹²).

La indicación de erradicación del HP está claramente establecida en los casos de úlcera gástrica y duodenal^{4,15}, existiendo controversia en la indicación de la dispepsia, la esofagitis por reflujo sin úlcera y el tratamiento crónico con antiinflamatorios no esteroides, entre otros^{6-9,15}. En este estudio se han tratado todos los casos de úlcera gástrica, pero sólo

lo en un 80% de los duodenales y en la mitad de los casos en que se llevó a cabo tratamiento erradicador se hizo con diagnósticos controvertidos. El tipo de tratamiento utilizado y la duración del mismo fue en la gran mayoría de los casos el recomendado⁵; sin embargo, la comprobación de la erradicación del HP mediante el test del aliento debería reservarse a los casos en que está realmente indicado según la evolución de los síntomas después del tratamiento⁵.

De este estudio se concluye que la GC es un método diagnóstico de uso habitual en nuestro centro y la patología diagnosticada, en ausencia de patología neoplásica en este estudio, es asumida en su mayoría desde el ámbito de la AP. Consideramos muy importante que en los CAP donde se disponga de la posibilidad de acceso a un servicio abierto de endoscopia digestiva se estandaricen criterios, entre los profesionales de los distintos niveles asistenciales, en las indicaciones de las exploraciones así como en el tratamiento y seguimiento de las patologías que pueden ser asumidas desde la AP con el fin de mejorar su eficiencia. La reducción de la lista de espera para la realización de la GC posiblemente podría modificar la prescripción y duración del tratamiento previo.

Bibliografía

1. Schwartz LM, Woloshin S, Gilbert Welch G. Trends in diagnostic testing following a national guideline for evaluation of dyspepsia. *Arch Intern Med* 1996; 156: 873-875.
2. Jovell AJ, Navarro MD. Guías de práctica clínica. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995; 2: 152-156.
3. Gonvers JJ, Burnand B, Froehlich F, Pache I, Thorens J, Fried M et al. Appropriateness and diagnostic yield of upper gastrointestinal endoscopy in an open-access endoscopy unit. *Endoscopy* 1996; 28: 661-666.
4. Axon ATR, Bell GD, Jones RH, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995; 310: 853-856.
5. Jovell AJ, Aymerich M, García-Altés A, Serra-Prat M. Guía de práctica clínica del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* asociada a la úlcera duodenal en la atención primaria. Barcelona: Agencia Evaluación Tecnológica Médica, septiembre 1998.
6. Fisher RS, Parkman HP. Management of nonulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1998; 339: 1376-1381.
7. Blum AL, Talley NJ, O'Morain C, Veldhuyzen van Zanten S, Labenz J, Stolte M et al. for the Omeprazole plus Clarithromycin and Amoxicillin Effect One Year after Treatment (OCAY) Study Group. Lack of effect of treating *H. pylori* infection with nonulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1998; 339: 1875-1881.
8. McColl K, Murray L, El-Omar E, Dickson A, El-Nujumi A, Wirz A et al. Symptomatic benefit from eradicating *H. pylori* infection in patients with non ulcer dyspepsia. *N Engl J Med* 1998; 339: 1869-1873.
9. Chan FKL, Sung JJ, Chung SCS, To KF, Yung MY, Leung VKS et al. Randomised trial of eradication of *Helicobacter pylori* before non-steroidal antiinflammatory drug therapy to prevent peptic ulcers. *Lancet* 1997; 350: 975-978.
10. Minoli G, Prada A, Gambetta G, Formenti A, Schalling R, Lai L et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy in an open access system. *Gastrointestinal Endoscopy* 1995; 42: 387-389.
11. Zuccaro G Jr, Provencher K. Does an open access system properly utilize endoscopic resources? *Gastrointestinal Endoscopy* 1997; 46: 15-20.
12. Quine MA, Bell GD, McCloy RF, Devlin HB, Hopkins A and the Steering Group of the Upper Gastrointestinal Endoscopy Audit Committee. Appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy—a prospective audit. *Gut* 1994; 35: 1209-1214.
13. Froehlich F, Burnand B, Vader JP, Gonvers JJ. Endoscopies: too many and not enough! *Endoscopy* 1997; 29: 652-654.
14. Axon A. Which patients should be referred for open-access endoscopy? *Endoscopy* 1996; 28: 722-723.
15. The European *Helicobacter Pylori* Study Group. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. *Gut* 1997; 41: 8-13.