

REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA

Publicación Oficial de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

SCAMFYC
Dionisio Guardiola, 16, 4º D
02001 Albacete
Telf. y Fax 967 50 79 11
Correo electrónico:
info@scamfyc.org

ISSN: 1699 – 695 X
Dep. Legal: AB-292-2005

Publicación
cuatrimestral con
tres números al año.

Correspondencia:
Dionisio Guardiola, 16, 4º D
02001 Albacete
Telf. y Fax 967 50 79 11
Correo electrónico:
info@scamfyc.org

© Copyright 2005 Sociedad
Castellano-Manchega de
Medicina de Familia
y Comunitaria.

Pedro Abizanda Soler
José Mª Alonso Gordo
Julio Ancochea Bermúdez
Jesús Buendía Bermejo
Julio Carbayo Herencia
José Conde Olasagasti
Juan Antonio Divisón Garrote
Clotilde Fernández Olano
José Gallego Fernández-Pacheco
Javier Gómez Colomer
Jorge Lema Bartolomé
José Ramón Loayssa Lara
Javier Massó Orozco
Mercedes Méndez Llatas
Antonio Moya Bernal
Ramón Orueta Sánchez
Alicia Pérez-Hervada Payá
Luis Rodríguez Padial
Adoración Romero Sáiz,
Antonio Salinas Sánchez
José Luis Santos Gómez
Montserrart Solera Martínez
Antonio Yuxta Izquierdo

Editor:

Jesús D. López-Torres Hidalgo

Editor Asociado:

José Mª del Campo del Campo

Secretaria de Redacción:

Clotilde Boix Gras

Comité editorial:

Francisco López de Castro
Vicente Martínez Vizcaino
Francisco Escobar Rabadán
María José Nadal Blanco
David de Diego Sierra

Consejo Asesor:

Miguel Aguirre Sánchez-Covisa	Gema Alejandre Lázaro
Javier Alonso Moreno	Aurelio Álvarez Prado
Mariano Arévalo González	Tomás Artaza Varasa
Carmen Cabezas Peña	Alfredo Cabrejas Sánchez
Mª José Castillo Ros	José Manuel Comas Samper
Diego Contreras Sánchez	Rafael Cuenca Boy
Eduardo Escario Travesedo	Carmen Fernández Casalderrey
Olga Fernández Rodríguez	Jesús Galiana Gómez del Pulgar
Joan Gené Badia	Francisco Giner Zaragoza
Juan Carlos González Brasero	Concepción Lázaro Bermejo
Máxima Lizán García	Mª Ángeles Lloret Callejo
Mª Ángeles López Verdejo	José Martínez Pérez
Antonio Mateos Ramos	Antonio Medina Alarcón
Julio Montoya Fernández	José Manuel Morales Cano
Rafael Muñoz Sánchez-Villacañás	Juan Fermín Ordoño Domínguez
Ramón Perales Pardo	José Ignacio Peregrín González
Javier Rodríguez Alcalá	José Luis Rodríguez Martín
Gustavo Rodríguez Roca	Manuel Rodríguez Zapata
Mª Lourdes Sáez Méndez	Fernando Salcedo Aguilar
Ignacio Sánchez Fernández	Mairena Sánchez López
José Saura Llamas	Antonio Segura Frago
Juan Téllez Lapeira	Jesús Tornero Molina

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

Presidente:

José Mª del Campo del Campo

Vicepresidentes:

Alejandro Villena Ferrer
Fernando Salcedo Aguilar
Jesús Angel Simancas Carrión
Mª José Nadal Blanco
Ramón Orueta Sánchez

Secretaria:

Nazaret Maldonado del Arco

Tesorero:

Ignacio Párraga Martínez

Vocales:

Encarnación Cuesta Vizcaino	Humberto Soriano Fernández
Enrique González Hidalgo	José Luis Fortés Álvarez
Adoración Romero Sáiz	Jorge Lema Bartolomé
Teresa Butrón Gómez	Ana Díaz Herrero
Javier Rodríguez Alcalá	Natalia Vallés Fernández

REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA

ISSN: 1699 - 695 X

Rev Clin Med Fam. Vol. 1. Núm. 5 - 1 de octubre 2006

SUMARIO

Editorial

- 213 Reflexiones sobre el concepto de autor
M. Pulido

Originales

- 215 Evaluación del Dolor Cervical en pacientes tratados mediante Ejercicios de Rehabilitación
I. Gil, V. Romero, M.D. González, M.P. Sánchez, J. López-Torres
- 219 Utilización de Analgesia en el Paciente Oncológico
A. Ruiz, O. Fernández, I. Álvarez, S. de la Peña, J.N. Muñoz, I. Raja
- 223 Prescripción de la primera receta por el Médico Especialista
M.J. Tirado, J.J. Pérez, I. Garzón, M. D. González, P. Sánchez, J.M. del Campo

Artículos Especiales

- 227 Insulinoterapia en Diabetes Tipo 2. Revisión
J. Massó
- 232 Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones
F. García, A. Alfaro, A. Hernández, M. Molina

Revisión de Guías Clínicas

- 237 Manejo de la Fibrilación Auricular no Reumática
A. Gallardo, I. Tejero

Un paciente con...

- 242 Torus Mandibular
J.V. Ricart, C. Cifuentes, A.B. Paños
- 245 Cólico renal
J.M. Morales, R. Gutiérrez, J. Tapiador

Normas de Publicación

REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA

ISSN: 1699 - 695 X

Rev Clin Med Fam. Vol. 1. Núm. 5 - 1 de octubre 2006

CONTENTS

Editorial

- 213 Reflections about author's definition
M. Pulido

Original articles

- 215 Evaluation of cervical pain in patients treated by rehabilitation exercises
I. Gil, V. Romero, M.D. González, M.P. Sánchez, J. López-Torres
- 219 Use of analgesia over oncologic patient
A. Ruiz, O. Fernández, I. Álvarez, S. de la Peña, J.N. Muñoz, I. Raja
- 223 Prescription of first recipe by second level doctor
M.J. Tirado, J.J. Pérez, I. Garzón, M. D. González, P. Sánchez, J.M. del Campo

Special article

- 227 The Insulin-therapy and type II diabetes. A revision
J. Massó
- 232 The information harvesting. Design of questionnaires: methodology and limits
F. García, A. Alfaro, A. Hernández, M. Molina

Practice Guideline Reviews

- 237 Not rheumatic atrial fibrillation management
A. Gallardo, I. Tejero

A patient with...

- 242 Torus Mandibularis
J.V. Ricart, C. Cifuentes, A.B. Paños
- 245 Renal colic
J.M. Morales, R. Gutiérrez, J. Tapiador

Notes to Contributors

Reflexiones sobre el concepto de Autor

La autoría de las publicaciones biomédicas constituye un atributo estrechamente relacionado con el reconocimiento de mérito científico. Con independencia de la originalidad, pertinencia y contribución real del artículo, la autoría se reivindica como elemento clave de crédito y autoridad. Asimismo, las entidades financiadoras, la industria farmacéutica, los centros sanitarios y los sistemas de salud toman importantes decisiones teniendo como marco de referencia las publicaciones científicas y los autores de las mismas. Por ello, no es de extrañar que los conflictos relacionados con la autoría sean frecuentes y causen muchas dificultades, especialmente en el contexto de la investigación multidisciplinar y los estudios multicéntricos.

¿Quiénes son los autores?. Los auténticos autores ostentan la plena y última responsabilidad del contenido intelectual del artículo, están capacitados para argumentar por qué se hizo el estudio, cómo se concibió y ejecutó y cuál es el alcance de las conclusiones. De hecho, los lectores del artículo aceptan la lista de autores como una declaración verídica de las personas legítimas responsables del estudio. Los autores, además, redactan y elaboran el manuscrito y tienen competencia exclusiva para la toma de decisiones editoriales (elección de la revista, contestación a los revisores, etc.).

Las revistas biomédicas quedan eximidas de cualquier intervención referente al número y orden de los autores, ya que se acepta por consenso que estas competencias atañen única y exclusivamente a los propios firmantes. Sin embargo, para formalizar su completa desvinculación al respecto establecen como requerimiento editorial para iniciar el proceso de evaluación del manuscrito, que cada uno de los autores firme una declaración expresa de autoría donde se hace constar el cumplimiento de los criterios elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y publicados como "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" (normas de Vancouver) (URL: <http://www.icmje.org>) Estos principios son los siguientes:

1. Todas las personas designadas como autores deben estar calificadas para cumplir los criterios de autoría.

Cada autor debe haber participado suficientemente en el estudio para ser responsable públicamente de partes sustanciales de su contenido. Uno o varios autores deben asumir la responsabilidad de todo el trabajo, de forma íntegra, desde su concepción hasta el artículo publicado.

2. La otorgación del crédito de autoría se debe basar únicamente en contribuciones sustanciales en los siguientes aspectos: a) contribuciones fundamentales en la concepción y diseño, u obtención de datos, o análisis e interpretación de datos; b) redacción del artículo o revisión crítica de partes importantes del contenido intelectual; y c) aprobación final de la versión que ha de ser publicada. Las condiciones a, b y c deben cumplirse siempre. La participación única en la obtención de financiación, recogida de datos, o supervisión general del grupo de investigación, por si misma, no justifica la autoría.

Recientemente, se ha propuesto la mención explícita de la contribución individual de los autores ("autoría por contribución") como ampliación y complemento de las normas de Vancouver. Además de añadir una descripción exacta de las tareas efectuadas por cada contribuyente, se crea la figura del garante quien (a veces quienes), además de haber contribuido sustancialmente cumpliendo los criterios de autoría de Vancouver, también habría(n) hecho un esfuerzo adicional para garantizar, avalar y responder de la integridad científica del proyecto en su conjunto, antes de la publicación y después de la misma. Las revistas que han adoptado la normativa de la autoría por contribución, que naturalmente no es excluyente de los requisitos de autoría del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, suelen publicar esta información como nota al pie en la página del título o en un apéndice antes de los Agradecimientos o al final del artículo.

La autoría corporativa, es decir un nombre único para el grupo, parece una fórmula satisfactoria en los estudios multicéntricos con amplia representación internacional. No obstante, existen diferentes posibilidades: 1) nombres de autores individuales y (and) el nombre del grupo, 2) nombres de autores individuales en representación del (for) grupo y 3) autoría de grupo como modalidad única (p. ej. Grupo de Estudio de Enfermedades

Imaginarias). El uso de and y for para los ejemplos 1) y 2) es importante en el mundo anglosajón donde dichas preposición y conjunción, respectivamente, distinguen entre quienes y quienes no, cumplen criterios de autoría. Sin embargo, estas puntualizaciones de forma deben ser discutidas de antemano entre los responsables del proyecto para elegir el sistema idóneo en cada circunstancia. En cualquier caso, cuando se opta por la autoría de grupo como fórmula única es necesario identificar a los autores individuales que componen los comités directivos, ejecutivos, de redacción científica y otros.

Las personas mencionadas en los Agradecimientos, naturalmente, no satisfacen ningún criterio de autoría, aunque su participación haya ayudado notoriamente al buen fin del proyecto. Estos sujetos deben dar su consentimiento por escrito para figurar en esta sección del manuscrito y aprobar la fórmula utilizada por los autores referentes a su colaboración. Esta condición ética se establece con el propósito de prevenir que los revisores o lectores pudieran atribuir o endosar datos o conclusiones del estudio a las personas agradecidas que, por definición, están exentas de la condición de autor.

La edición de borradores internos, memorias, informes técnicos o cualquier otro tipo de escrito dirigido a terceros debe incluir a los autores del trabajo en los mismos términos en si incluirían si se tratara de la publicación formal del artículo. Este mismo criterio se puede aplicar a la difusión de información en congresos o reuniones científicas en forma de comunicación oral, póster, ponencia, etc. Los autores de la publicación final que

sigue a la presentación de un estudio en un congreso científico (muchas veces de carácter preliminar) deben ser esencialmente los mismos que figuraban en el resumen, aunque su orden puede variar dependiendo de su participación ulterior en la finalización del proyecto y redacción del manuscrito.

Por otra parte, los autores de estudios relacionados con la industria, agencias de investigación gubernamentales o patrocinadas por otros organismos que hayan establecido acuerdos contractuales con estas entidades han de poder hacer público los detalles de su participación (y del patrocinador), disponer de plena responsabilidad como firmantes del trabajo, haber tenido acceso a los datos del estudio y haber controlado la decisión de publicar. Imposiciones o impedimentos, directos o indirectos, con respecto a los criterios de autoría incluyendo la presentación parcial de datos o interpretaciones sesgadas por hallazgos percibidos en detrimento de un producto o de un resultado negativo, menoscabarían el derecho de independencia y responsabilidad inherente a la autoría.

En definitiva, las autorías regaladas (propias y ajenas) o las gratificaciones en forma de derecho a firmar son improcedentes y conviene adoptar una postura firme, respaldada por los criterios internacionales, para actuar contra quienes contravienen la ética de la autoría. Sin embargo, considerar la autoría de las publicaciones biomédicas como moneda de cambio en un juego de intereses, lamentablemente, es cuestión de cada cual.

Dra. Marta Pulido
Editora Médica, Barcelona

Evaluación de Dolor Cervical en pacientes tratados mediante Ejercicios de Rehabilitación

Isabel Gil Rosa^a, Vanesa Romero Torres^a, M^a Dolores González Céspedes^a,
M^a Pilar Sánchez Ortiz^a, Jesús López-Torres Hidalgo^b

^a Médico de Familia.
Centro de Salud
(Hellín, Albacete).

^b Médico de Familia.
Gerencia de Atención Primaria
(Albacete).

Correspondencia:
Isabel Gil Rosa.
C/ República Dominicana, nº 4
30530 Cieza (Murcia).
Telf. 617 03 67 54
igilrosa@yahoo.es.

Recibido el 5 de septiembre
de 2006.

Aceptado para su publicación
el 20 de Septiembre de 2006.

RESUMEN

Objetivo. Cuantificar la mejoría del dolor cervical tras una pauta de ejercicios de rehabilitación y evaluar su repercusión en la capacidad para realizar actividades cotidianas de la vida diaria.

Diseño. Estudio observacional de carácter longitudinal.

Participantes. Pacientes adultos con edades comprendidas entre 20-65 años que acudieron a consulta con dolor cervical (n = 56) entre Enero-Marzo de 2006 y fueron tratados mediante ejercicios de rehabilitación. Selección mediante muestreo no probabilístico en dos consultas de atención primaria.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Mediciones. Características del dolor e intensidad mediante escala visual analógica (EVA), consumo de analgésicos, estado psíquico (Escala de Ansiedad/Depresión de Goldberg), repercusión del dolor cervical mediante The Northwick Park Neck Questionnaire (NPQ) al inicio y tras la realización durante dos semanas de ejercicios de rehabilitación isotónicos e isométricos y variables sociodemográficas.

Resultados. La puntuación media en la EVA (rango 0 a 10) descendió de 4,5±1,9 DE a 3,9±2,4 DE (p=0,02). La puntuación inicial media NPQ fue de 32,7±17,5 DE y tras 2 semanas de 25,1±15,4 DE (p<0,001). La repercusión de los ejercicios de rehabilitación en las actividades diarias (dormir, leer, coger peso, trabajar, actividades sociales, conducir, etc.) se evaluó mediante la reducción en la puntuación NPQ, la cual se produjo en el 69,6% de los pacientes, siendo ≥20% en el 14,3% y ≥10% en el 39,3%. Dicha reducción fue significativamente superior (p<0,05) en pacientes con menor tiempo de evolución del cuadro doloroso y de carácter continuo, mayor intensidad en la EVA y consumo previo de analgésicos.

Conclusiones. Moderada repercusión de los ejercicios de rehabilitación en la intensidad del dolor cervical y en la capacidad para realizar actividades diarias. La mejoría es superior en los pacientes que presentan dolor cervical más intenso, de carácter continuo y menor tiempo de evolución.

Palabras clave. Dolor cervical, rehabilitación, atención primaria

ABSTRACT

Evaluation of cervical pain in patients treated by rehabilitation exercises

Objective. To quantify cervical pain improvement after rehabilitation exercises and to evaluate its impact for to develop daily life activities.

Design. Observational and longitudinal study.

Subjects. Patients with age range 20-65 who have consulted by pain to doctor.

Setting. Urban health centre .

Principal measurement. Pain profile and intensity by visual analogical score (VAS), analgesic consumption, physic state by Goldberg depression and anxiety score, cervical pain impact by Northwick Park Neck Questionnaire (NPQ) before and after two week following rehabilitation isometrics and isotonic exercises and social-demographic variables.

Results. The average level in VAS (0-10 rang) has decreased from 4.5 ± 1.9 SD to 3.9 ± 2.4 SD (p=0.02). The beginning average level NPQ was 32.7 ± 17.5 SD and after 2 weeks, 25.1 ± 15.4 SD (p<0.001). The impact of rehabilitation exercises in daily activities (to sleep, to read, to fatten, to work, social relations, to drive, etc) has been tested by reduction of NPQ level in 69.6 % of patients, ≥ 20 % in 14.3 % and ≥ 10 % in 39.3 %. The reduction was significantly higher (p<0.005) in patients with less pain evolution and continuous profile, higher intensity of VAS and analgesic consumption.

Conclusions. It has been showed a moderate impact in pain intensity and capability for to develop daily activities by rehabilitation exercises. There is a higher improvement in patients who suffer a more intense, continue and with less evolution cervical pain.

Key words. Neck pain, rehabilitation, primary care.

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en el VII Congreso de Atención Primaria de Castilla La Mancha el día 9 de Junio de 2006.

INTRODUCCIÓN

El dolor cervical es una patología que generalmente presenta una evolución favorable, con mejorías a corto plazo (entre 2 y 8 semanas). Habitualmente, a los tres meses el 80 % de los que lo padecen están asintomáticos, pero el dolor cervical recidiva con elevada frecuencia. La incidencia anual de la cervicgia es del 12-34 % y más del 66% de la población tiene un episodio de dolor cervical a lo largo de su vida, siendo más frecuente en mujeres¹⁻².

La efectividad de los ejercicios de rehabilitación como medida terapéutica del dolor cervical es desconocida en gran medida, siendo escasas las revisiones sistemáticas realizadas sobre la conveniencia o no de dicho tratamiento³⁻⁶. El resultado de tales medidas sigue siendo incierto y sólo existen pruebas moderadas del beneficio sobre el dolor en los trastornos mecánicos crónicos del cuello, necesitándose más investigaciones sobre el tema.

Por otra parte, es infrecuente la recomendación desde la consulta de los ejercicios como tratamiento, a pesar de la repercusión que el dolor cervical origina en las actividades de la vida diaria de los pacientes, de la ineficacia del tratamiento farmacológico en múltiples ocasiones y de las largas listas de espera en caso de derivación a fisioterapia.

Nuestro objetivo ha sido cuantificar la mejoría del dolor cervical tras una pauta de ejercicios de rehabilitación y evaluar la repercusión de éstos en la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana mediante The Northwick Park Neck Questionnaire (NPQ)⁷. También, cuantificar el número de pacientes con cervicgia que presentan simultáneamente síntomas de ansiedad y/o depresión con ayuda de la escala de Ansiedad/Depresión de Goldberg.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional de carácter longitudinal llevado a cabo en el Centro de Salud de Hellín (Albacete), cuyo Zona Básica de Salud comprende 26.173 habitantes. Seleccionamos una muestra de 56 pacientes mediante muestreo no probabilístico en dos consultas de Atención Primaria, considerándose como criterios de inclusión los siguientes: pacientes que acudieron a consulta por cualquier motivo, con edad comprendida entre 20-65 años, y que, al ser interrogados, manifestaron dolor cervical. Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico de hernia discal intervertebral cervical, patología vertebral ósea tipo fractura y retrolistesis (sin serlo la patología ósea degenerativa tipo artrosis propia de la edad), traumatismo cervical como etiología del dolor cervical, patología neurológica cráneo-cervical y similares (por ejemplo radiculopatías) e incapacidad para comprender la forma de realizar los ejercicios fisioterápicos (por ejemplo retraso mental importante).

En cada paciente se registraron las siguientes variables: edad, sexo, nivel de estudios, profesión, tratamiento fisioterápico previo, consumo de analgésicos, estudios diagnósticos complementarios, motivo inicial de la consulta, número de visitas en los tres últimos meses, tipo de dolor, irradiación y tiempo de evolución, resultado de la escala visual analógica (EVA), la escala de Ansiedad/Depresión de Goldberg y The Northwick Park Neck Questionnaire (NPQ). El NPQ es la versión española de un cuestionario diseñado para medir el dolor crónico cervical, que comprende 9 cuestiones o ítems (intensidad del dolor cervical, dolor cervical y sueño, pinchazos u hormigueos en los brazos por la noche, duración de los síntomas, coger pesos, leer y ver TV, trabajo, actividades sociales y conducir). Cada una de estas cuestiones tiene cinco posibles respuestas con puntuación de 0 a 4, desde menor a mayor intensidad y gravedad respectivamente⁷.

A los pacientes seleccionados se les explicó la forma de realizar los ejercicios de rehabilitación en su domicilio, siguiendo las recomendaciones del Servicio de Rehabilitación del Hospital de la Esperanza de Barcelona, consistentes en la realización de siete ejercicios isotónicos y tres isométricos dos veces al día durante al menos 15 días. Posteriormente, al ser citados en la consulta, se exploró mediante entrevista el cumplimiento de los ejercicios recomendados (sí, no, a veces) y volvieron a administrarse las escalas EVA y NPQ, además de una cuestión sobre la autopercepción del paciente de mejoría o no del dolor cervical tras realizar los ejercicios fisioterápicos.

Realizamos, en el análisis estadístico, una comparación de medias en el caso de medidas repetidas (t de Student), un análisis de correlación (r de Spearman) y, en el caso de grupos independientes, pruebas de comparación de medias (U de Mann-Whitney) y proporciones (ji-cuadrado y test exacto de Fisher).

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 41,5 años \pm 10,2 DE y la proporción de mujeres del 96,4%. La proporción de pacientes con síntomas de ansiedad fue del 71,4% y con síntomas depresivos del 64,3%.

La puntuación media en la EVA (rango 0 a 10) descendió de 4,5 \pm 1,9 DE en la primera evaluación a 3,9 \pm 2,4 DE en la segunda ($p=0,02$). La puntuación inicial media NPQ fue de 32,7 \pm 17,5 DE y tras dos semanas de 25,1 \pm 15,4 DE ($p<0,001$). La repercusión de los ejercicios de rehabilitación en las actividades diarias (dormir, leer, coger peso, trabajar, actividades sociales, conducir, etc.) se evaluó mediante la reducción en la puntuación NPQ, la cual se produjo en el 69,6% de los pacientes, siendo $\geq 20\%$ en el 14,3% de los casos y $\geq 10\%$ en el 39,3% (figura 1).

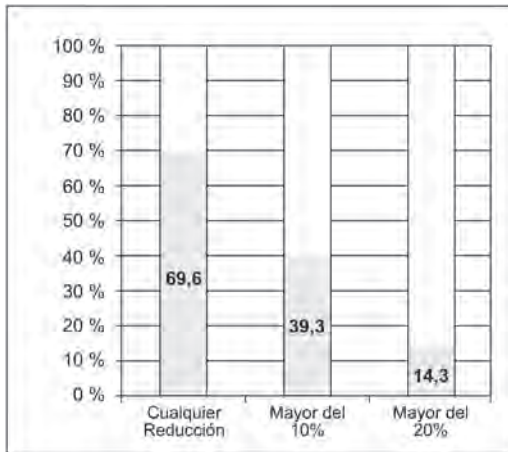


Figura 1. Proporción de pacientes que presentaron reducción de la puntuación NPQ.

Una reducción $\geq 20\%$ fue significativamente más frecuente ($p < 0,05$) en pacientes con menor tiempo de evolución del cuadro doloroso (con un punto de corte a los 24 meses) (25,0% versus 6,2%). Asimismo, una reducción $\geq 10\%$ fue significativamente más frecuente ($p < 0,05$) en pacientes con dolor de carácter continuo respecto a los que presentaban dolor intermitente (62,5% versus 30,0%), en pacientes con mayor reducción de la intensidad en la EVA (tomando como punto de corte al menos 1cm) (75,0% versus 29,5%) y en aquéllos con algún consumo previo de analgésicos (76,7% versus 42,3%).

Existió una autopercepción de mejoría en el 58,9% de los pacientes, según la 10ª cuestión del NPQ, y se observó una moderada correlación entre EVA y NPQ ($r = 0,685$, $p < 0,001$) (figura 2).

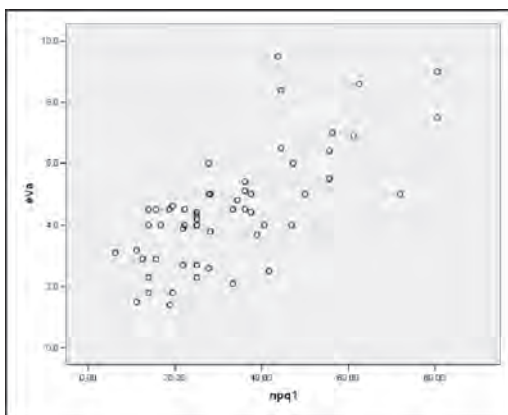


Figura 2. Correlación entre EVA y NPQ.

DISCUSIÓN

Según una revisión Cochrane, la efectividad del tratamiento con ejercicios de rehabilitación sigue siendo incierta y sólo existen pruebas moderadas del beneficio sobre el dolor en los trastornos mecánicos crónicos del cuello, siendo necesarias más investigaciones

sobre el beneficio relativo de otros tratamientos (como medidas físicas) en comparación con los ejercicios o entre diferentes programas de ejercicios³⁻⁶. Otras revisiones sistemáticas indican que, aunque las formas físicas (electromagnetoterapia y laserterapia), solas o combinadas con estiramientos activos y pasivos, no han demostrado mejoría, sí lo han hecho combinadas con el ejercicio³⁻⁶.

Los ejercicios de rehabilitación parecen una buena opción de tratamiento para el dolor cervical, pero no como tratamiento independiente, sino asociados al médico-farmacológico, especialmente cuando no es posible derivar a fisioterapia por las largas listas de espera. Así, en la Guía Clínica de Philadelphia⁸⁻⁹, se aportan evidencias para incluir ejercicios de rehabilitación supervisados en el tratamiento del dolor cervical crónico (mayor de 12 semanas de evolución). Por otra parte, según un estudio de evaluación económica¹⁰, la terapia manual es más efectiva y menos costosa que la fisioterapia y los cuidados del médico general (cuando se aplican independientemente) para tratar el dolor de cuello. Según los resultados de dicho estudio, después de 26 semanas, los pacientes sometidos a terapia manual presentaron mayores porcentajes de recuperación que aquéllos que fueron tratados por el médico, aunque al cabo de 52 semanas los porcentajes fueron similares.

Observamos en los resultados obtenidos una alta frecuencia de pacientes con síntomas de ansiedad o depresión. Sin duda, los factores psicógenos añadidos pueden magnificar un cuadro de dolor cervical con una base claramente orgánica o incluso suponer el origen del dolor^{2,11}. En dichos casos debería plantearse la obtención de mejoría mediante un tratamiento apropiado a su patología ansiosa y/o depresiva. Cabría preguntarse por la alta proporción de mujeres con dolor cervical. En nuestro caso, el predominio del sexo femenino podría deberse a que la mayor parte de pacientes que acuden a nuestra consulta en esta franja de edad son mujeres y, por ello, no podemos valorar la mayor o menor frecuencia de cervicalgia respecto al sexo.

Hemos observado en nuestros resultados una moderada repercusión de los ejercicios de rehabilitación en la intensidad del dolor cervical y en la capacidad para realizar actividades diarias. La mejoría es superior en los pacientes que presentan dolor cervical más intenso, de carácter continuo y menor tiempo de evolución. Un problema a la hora de aplicar este tipo de tratamiento en la consulta es el escaso tiempo disponible para dedicar a cada paciente, ya que se trata de un recurso necesario para explicar adecuadamente la forma de realizar los ejercicios.

Pensamos que son necesarios estudios con muestras mayores y con un mayor periodo de seguimiento y de realización de los ejercicios para evaluar sus resultados. El médico de familia debería plantearse

cómo incluir los ejercicios de rehabilitación entre sus opciones terapéuticas, de forma que se pudieran explicar y supervisar de forma conveniente, añadiendo los fármacos pertinentes (analgésicos, ansiolíticos y/o antidepressivos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Climent JM. Diagnóstico y tratamiento de las cervicobraquialgias. *Jano* 2006; 1590:37-40.
2. Ruano R, Torrecilla M, Encinas de la Iglesia J. Dolor cervical. *FMC* 2003; 10(7):514-5.
3. Kay TM, Gross A, Santaguida PL, Hoving J, et al. Ejercicios para los trastornos mecánicos de cuello (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Kroeling P, Gross A, Goldsmith CH, et al. Electroterapia para los trastornos cervicales (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
5. Gross AR, Hoving JL, Haines TAP, et al. Cervical overview group. Movilización activa y pasiva para trastornos mecánicos de cuello (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
6. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, et al. Rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria para el dolor de cuello y hombro en adultos en edad activa. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
7. González T, Balsa A, Sainz de Murieta J, Zamorano E, González I, Martín-Mola E. Spanish version of the Northwick Park Neck Pain Questionnaire: Reliability and validity. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2001; 19: 41-6.
8. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. *PhysTher* 2001; 81:1701-17.
9. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions: overview and methodology. *PhysTher* 2001; 81(10):1629-40.
10. Ingeborg B, Jan L, Maurits W, Maureen P, Herman J, Henrica C et al: Cost effectiveness of physiotherapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326:911-4.
11. Luo X, Edwards CL, Richardson W, Hey L. Relationships of clinical, psicologic, and individual factors with the functional status of neck pain patients. *Value Health* 2004; 7(1):61-9.

Utilización de Analgesia en el Paciente Oncológico

Almudena Ruiz Giménez^a, Olga Fernández Rodríguez^b, Inmaculada Álvarez Navarro^b, Sara de la Peña García Barba^b, Julia N. Muñoz de Haro^b, Inmaculada Raja Casillas^a

^a Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo

Correspondencia: Almudena Ruiz Giménez. Ronda de Buenavista Nº 29, Portal 10, 1ºC, 45005, Toledo. Telf.: 607596675, e-mail: almuruiz@yahoo.es

Recibido el 25 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 30 de septiembre de 2006.

RESUMEN

Objetivo. Describir el tratamiento y grado de control del dolor en pacientes oncológicos derivados a una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Material y métodos. Se hizo una revisión de las 131 historias de los pacientes derivados a la UCP durante el año 2005. Las variables recogidas fueron: sexo, edad, localización del tumor primario, metástasis y localización, procedencia del paciente, tipo de dolor, intensidad (medida con Escala Visual Analógica EVA), presencia de dolor irruptivo, tratamiento basal, de rescate y coadyuvante.

Resultados. El porcentaje de hombres fue 68.7, siendo el 54.2 % mayores de 65 años. El 74.5% fue derivado desde Oncología frente a 11% desde Atención Primaria. La localización más frecuente fue la pulmonar (26.7%), seguida de colorrectal (16.7%) y páncreas (7.6%). El 78.6% presentaba metástasis, siendo múltiples en 52.4% de los casos. Las localizaciones metastásicas predominantes fueron hepática (41.7%), pulmonar (30.1%) y ósea (30.1%). Casi el 70% presentaba dolor, siendo el visceral el más frecuente (45.8%). Más de la mitad (55.1%) refería dolor irruptivo. Los fármacos más utilizados de cada grupo fueron: Paracetamol 41.2% en primer escalón, Tramadol 56.3% en el segundo y Fentanilo 80.6 % en el tercero. El 21.4% no recibía analgesia basal, mientras el 51.4% no recibía tratamiento del dolor irruptivo. El 67.9% tenía tratamiento coadyuvante siendo los más frecuentes Corticoides 33.8% y Benzodicepinas 31.5%. Sólo una historia recogía EVA al ingreso. La valoración realizada por la UCP mostró un 50.8 % (IC95%: 41.7-59.9) de pacientes con dolor no controlado (EVA>3).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes presenta dolor tanto basal como irruptivo. Más de la mitad se había derivado sin tratamiento analgésico de rescate. Prácticamente no se utilizó la EVA. El dolor no estaba controlado en uno de cada dos pacientes.

Palabras clave. Analgésicos opioides, cuidados paliativos, dolor oncológico.

ABSTRACT

Use of analgesia over oncologic patient

Objective. To describe the treatment and degree control in the pain over oncologic patient who have been sent to Mitigating Care Unit.

Design. Cross sectional and descriptive research.

Material and Methods. It has been made a revision of 131 clinic documents from patients who have been sent to Mitigating Care Unit during 2005. The variables that have been harvested was: gender, age, location of primary tumour, metastasis and location, patient's origin, pain type, intensity (tested by Analogical Visual Score AVS), presence of irruptive pain, treatment in basal, rescue or collaborative conditions.

Result. It there was 68.7 % male (54.2 % older than 65). They have been sent from Oncology 74.5%, vs 11% from Primary Care Units. The more frequent location are lung (26.7%), colorectal (16.7%) and pancreas (7.6 %). 78.6 % patients suffer metastasis (52.4% cases are multiple). The more frequent placement of metastasis are liver (41.7%), lung (30.1%) and bone (30.1%). The more frequent symptom are pain (70%), visceral pain (45.8%). 55.1% patients speak about an irruptive pain. The more frequent used molecules have been Paracetamol (41.2%) in the first steep, Tramadol (56.3%) in the second steep or Fentanyl (80.6%) in the third. 21.4% patients don't receive the adequate treatment for irruptive pain. They have receive collaborative treatment 67.9% patients, 33.8% corticoids, 31.5% benzodiazepins. Only one clinic document have showed AVS. The quantifying by MCU offer 50.8 % (CI 95%: 41.7-59.9) patients who suffer no controlled pain (AVS > 3).

Conclusions. Majority of patients suffer pain, also basal like irruptive. More than half they have been sent to MCU without rescue treatment. Mainly, AVS was not used. The pain is not controlled on half of patients.

Key words. Analgesics opioid, palliative care, cancer pain.

Este trabajo fue presentado como comunicación oral en el VII Congreso de Atención Primaria de Castilla La Mancha celebrado en Cuenca del 8 al 10 de Junio del 2006.

INTRODUCCIÓN

El paciente oncológico y su familia se enfrentan a una enfermedad grave y a todas las complicaciones derivadas de la misma¹. La actitud frente a estos pacientes debe ser aliviar eficazmente su sufrimiento². El dolor es un síntoma subjetivo, la forma de vivirlo y expresarlo dependen de cada persona, y el del paciente oncológico en tratamiento paliativo se convierte en un dolor complejo acentuado por la situación de desesperanza³⁻⁴.

Como ya se ha publicado, del 60 al 80 % de los pacientes oncológicos presentan dolor de moderado a severo, y la incidencia del mismo aumenta según avanza la enfermedad⁵⁻⁷. En el 30% de los pacientes el dolor es intenso e intolerable⁴, de manera que no es sólo uno de los síntomas más frecuentes en estos pacientes, sino también uno de los más invalidantes.

Actualmente, tenemos en nuestras manos todo un arsenal terapéutico para el control del dolor. Se ha demostrado que mediante una utilización correcta de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podríamos controlar este síntoma en el 90% de los casos^{3,8}, pero, muy al contrario de lo que debería ocurrir, el uso de opioides, que constituyen el segundo y tercer escalón de la escala analgésica, no está muy extendido, a pesar de ser de elección frente a dolores de tipo moderado a severo⁵.

Para poder hacer un tratamiento adecuado se debe hacer un diagnóstico correcto, siendo necesario un adecuado registro del tipo de dolor y el uso de escalas de valoración de la intensidad de mismo⁸. Creemos responsabilidad de todos los profesionales sanitarios el saber actuar de forma precoz para evitar la aparición del dolor o, una vez presente, ser capaces de reconocer el tipo de dolor, su intensidad y las complicaciones asociadas, y de pautar un tratamiento adecuado al mismo.

Por este motivo, hemos planteado la realización del presente estudio, ya que consideramos importante conocer el tratamiento y el grado de control del dolor en los pacientes oncológicos cuando son derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos de Toledo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, basado en la revisión de las historias clínicas de los pacientes derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de Toledo durante el año 2005.

El cuestionario recogía información sobre: edad y sexo del paciente, servicio desde donde era derivado el paciente (Atención Primaria, Hospital u otros), localización del tumor primario, existencia de metástasis y su localización, tipo de dolor (óseo, visceral, neuropático, muscular, no etiquetado) y la intensidad del mismo medida mediante la Escala Visual Analógica (EVA),

considerando que un valor entre 0 y 3 representa un dolor bien controlado, de 3 a 6 un dolor moderado, de 6 a 8 un dolor severo y más de 8 un dolor insoportable^{3,7,9,10}. De la misma forma, se recogió la presencia de episodios de dolor irruptivo y su intensidad medidos mediante EVA, los tratamientos para el dolor con los que los pacientes eran derivados a la unidad, tanto para el dolor basal como para el irruptivo, y los tratamientos coadyuvantes.

Los datos se introdujeron en una base creada a tal efecto y fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows, utilizándose la media, distribución de frecuencias y la χ^2 de Pearson para la comparación de proporciones en el análisis bivariente.

RESULTADOS

Se revisaron las historias clínicas de 131 pacientes. Un 68,7% fueron hombres. La edad media fue de 65,05 años, con un rango de edad comprendido entre los 19 y los 89 años. Del total de pacientes, 111 fueron derivados desde el Hospital, 14 desde distintos centros de Atención Primaria y 6 desde otros centros.

Respecto a la localización del tumor primario, un 25,6% lo presentaba en el pulmón, seguido del 16,3% que presentaba cáncer colorrectal y un 7,4% cáncer de páncreas. El 78,6% de los pacientes presentaba metástasis, siendo la localización más frecuente el hígado (22,2%), seguido de pulmonares y óseas (16% en ambos casos) y del cerebro (9,3%).

En cuanto al tratamiento analgésico con el que los pacientes eran derivados, el 58,3% tenían pautado un fármaco de tercer escalón, siendo los más utilizados la morfina, la oxicodona y el fentanilo. El 13,6% tomaba un fármaco de segundo escalón, de los que los más utilizados fueron la codeína y el tramadol. El 28,1% tenía un fármaco de primer escalón, sin diferencias en cuanto a la frecuencia de utilización de cualquiera de ellos (ácido acetil salicílico, paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos y metamizol). El 67,95% de

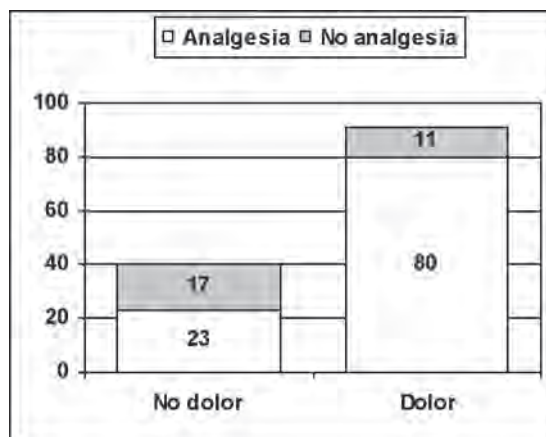


Figura 1. Utilización de analgesia en pacientes con dolor y sin dolor.

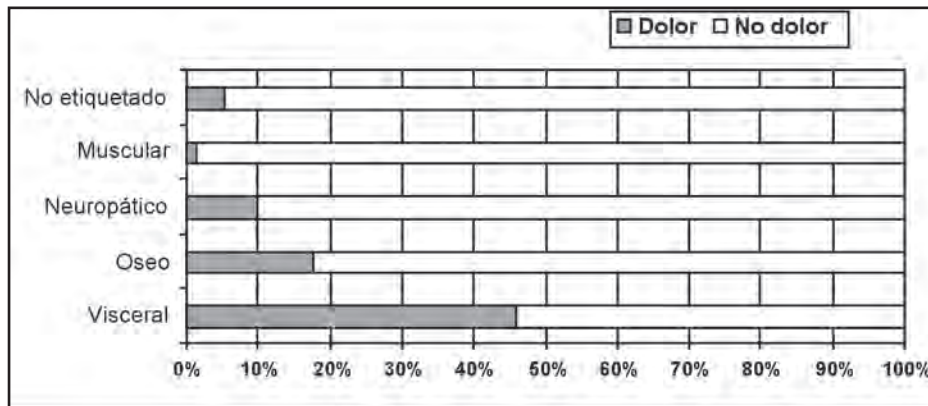


Figura 2. Tipos de dolor.

los pacientes tomaba algún tipo de tratamiento coanalgésico, predominando los corticoides en un 33,8% de los enfermos y las benzodiacepinas en un 31,5%. Un 21,4% de los pacientes fue derivado a la UCP sin tratamiento analgésico.

El 69,5% (IC 95%: 60,7 - 77,1) de los pacientes presentaba dolor en el momento de la primera valoración, siendo el dolor visceral el más frecuente, seguido por el dolor óseo como se muestra en la figura 1. De estos pacientes, el 12,1% no tenía establecido ningún tratamiento analgésico (figura 2).

El 55,1% de los pacientes derivados padecían crisis de dolor irruptivo en la primera valoración por la UCP. Un 40% no tomaba tratamiento alguno para estas crisis, mientras que un 15% no tomaba el tratamiento apropiado. El número de episodios diarios de dolor irruptivo se recogió en la mitad de los casos, encontrándose que el 57,1% presentaba más de tres episodios de dolor irruptivo al día.

En el 99,2% de las hojas de derivación a la UCP no se valoró la intensidad del dolor mediante ninguna de las escalas recomendadas para ello. En la primera valoración realizada por la UCP se utilizó la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor. El 50,8% (IC95%: 41,6-59,9) de los pacientes puntuó más de 3.

DISCUSIÓN

En este estudio nos enfrentamos inicialmente a la limitación derivada del trabajo con historia clínica que conlleva la pérdida de datos por ausencia de registro. Sin embargo, creemos que tal limitación no ha sido importante, ya que únicamente hemos perdido datos en el número de episodios de dolor irruptivo, dato que se recoge en la mitad de las historias de la UCP, a pesar de ser un valioso marcador del grado de control del dolor y un arma para establecer las bases para su manejo farmacológico.

El dolor definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable³...” conlleva, en los pacientes oncológicos, unas connotaciones psicológicas, so-

ciales y espirituales que podrían agravar su vivencia. De esta forma, el reconocimiento y control del mismo debe suponer una prioridad en la actividad asistencial. Analizando las pautas analgésicas de los pacientes cuando son derivados a la UCP, encontramos que casi una cuarta parte de ellos son derivados sin tratamiento analgésico alguno, hecho que llama la atención al tratarse en su mayoría de enfermos con cánceres avanzados. De la misma forma, poco más de la mitad de los pacientes tienen pautado un opioide mayor, dato coincidente con las prescripciones de este grupo farmacológico encontradas en otras series consultadas^{2,7}. Junto a estos datos, debemos resaltar que casi el 70% de estos pacientes presentaban dolor en el momento de su derivación, porcentaje que, a pesar de ser coincidente con los encontrados en otros estudios^{6,7,10}, resulta elevado. Vemos cómo los pacientes que presentan dolor reciben tratamiento con opioides mayores en más de la mitad de los casos, lo que nos hace suponer, al igual que refleja Rispaú Faldá et al en su estudio, que estos fármacos se están utilizando a dosis infraterapéuticas⁵. De la misma forma, el hecho de que uno de cada ocho pacientes con dolor no tenga pautado tratamiento analgésico, a pesar de que para su derivación ha sido valorado por un médico, debe hacernos reflexionar sobre el abordaje que se está realizando en todos los niveles asistenciales de este importante problema.

El tratamiento del dolor está bien establecido en protocolos y estudios, y está especialmente simplificado por la escala analgésica de la OMS^{2,5,7,8}, pero los resultados obtenidos nos plantean dudas sobre el uso correcto del tratamiento analgésico. El abordaje inadecuado del dolor oncológico puede obedecer a diferentes causas, como señala Benítez del Rosario en su serie sobre Cuidados Paliativos. Podría atribuirse esta inadecuación terapéutica a una escasa formación en el abordaje del dolor y cuidados paliativos de los sanitarios, así como a diferentes problemas de actitud y motivación hacia estos pacientes¹¹. Tampoco debe olvidarse los mitos existentes sobre el uso de los opiáceos, que suponen un obstáculo en la aceptación de estos tratamientos por parte de los pacientes y familiares¹¹⁻¹².

Junto al conocimiento y manejo adecuado del amplio arsenal terapéutico disponible para tratar adecuadamente el dolor oncológico, se debe evaluar de forma continuada al paciente. Una anamnesis completa junto a una exploración física adecuada son las principales herramientas de las que disponemos para este fin^{3,13}. Es fundamental establecer una comunicación fluida con el paciente puesto que las características del dolor sólo pueden conocerse mediante la información que éste nos transmite. Por ello, es llamativo que, a pesar de que más de la mitad de nuestros pacientes referían crisis de dolor irruptivo, no siempre se recogía el número de episodios al día. Cuando este dato fue preguntado, se observó que estos episodios no estaban controlados, presentando más de tres crisis diarias casi el 60% de los pacientes. Esta ausencia de control estaría motivada, por un lado, por la ausencia de información sobre la periodicidad del dolor y, por otro, porque muchos de estos pacientes carecían de tratamiento analgésico para este cuadro, y entre los que lo tenían pautado en un 15% de los casos era inadecuado. La inadecuación del tratamiento se establece porque se utilizaron fármacos de los dos primeros escalones analgésicos, cuando la indicación terapéutica para el dolor irruptivo es la administración de dosis suplementarias de opiodes de liberación inmediata¹⁴. De nuevo, nos enfrentamos a la posible existencia de lagunas formativas o "miedos" injustificados para la utilización de estos fármacos, así como a la falta de una comunicación directa y completa con el paciente, que impide establecer las características específicas de su proceso.

Dentro de la entrevista con el paciente, y siempre con el objetivo del control adecuado del dolor, se debe valorar la intensidad de este, para lo que contamos con distintas escalas de graduación^{3,19}. Concretamente, la más utilizada por la UCP es la EVA. A pesar de que en las hojas de derivación a la UCP existe un apartado para especificar dicha puntuación, prácticamente no se utiliza. En nuestro estudio, mediante el EVA recogido en la primera valoración realizada por la UCP, en uno de cada dos pacientes el dolor no está controlado, ya que refleja una puntuación superior a 3 en dicha escala. El dolor no controlado disminuye la actividad del enfermo, interfiere en el sueño, el apetito o el estado de ánimo, y en definitiva, como se ha comentado anteriormente, deteriora su calidad de vida¹⁶. Es lógico que, si se desconoce cuánto le duele a una persona, no puedan adoptarse las actitudes terapéuticas necesarias, por lo que sería necesario que los profesionales sanitarios tuvieran presente la importancia de la utilización de las diferentes escalas para la valoración del dolor (ya sea mediante EVA, como en nuestro caso, o mediante EN) o, en su defecto, la importancia del diálogo y la comunicación con el enfermo.

Según la OMS, "el no padecimiento de dolor por una enfermedad es un derecho irrenunciable de todos los pacientes". Son pocos los sanitarios que realizan una historia clínica detallada sobre las características del dolor, es escasísima la utilización de medidas para establecer la intensidad del dolor y mínima la diferen-

ciación entre dolor basal e irruptivo. Hemos podido comprobar que una elevada proporción de pacientes presentaba dolor, a pesar de que casi la mitad estaban derivados con tratamiento de tercer escalón. Concretamente, los médicos de Atención Primaria nos encontramos, por la cercanía al paciente y a su ámbito familiar, en una posición aventajada para aliviar y cuidar. Mediante la mejora de nuestros conocimientos tenemos la posibilidad de ofrecer calidad de vida, aliviar el sufrimiento y dar apoyo emocional al paciente y a su familia hasta el final.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Boceta Osuna J. Sobre cuidados paliativos, atención en la agonia, sedación y otros asuntos. *Medicina de Familia (And)* 2005; 3:160-5.
- 2- Badia X, Muriel C, Gracia A, Nuñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(2):52-9.
- 3- Raja Casillas I, Martín González MR. Cuidados paliativos en Atención Primaria. Cuadernos de Formación Continuada. *Gerencia de Atención Primaria de Toledo* 2004; 4:4-34.
- 4- Alonso Pérez JL, Crespo Gazón A, Sionis A, Sabugal Rodelgo G, Velásquez García A, Olano Espinosa E. Atención al paciente oncológico Terminal en un distrito de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1997; 9(19):483-6.
- 5- Rispau Falgás A, Soler Vila M, García Bayo I, Vallés Plasencia A, Saladich Puig R, Martínez Alemany V. Como utilizamos los fármacos opioides en los pacientes neoplásicos. *Aten Primaria* 1999; 24 (9):537-9.
- 6- Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud. *Aten Primaria* 1999; 24(5):285-8.
- 7- Pili F, Gracia A. Dolor irruptivo: una entidad específica que precisa de un tratamiento adecuado. *Med Pal (Madrid)* 2001; 2(8):109-12.
- 8- Hermida Porto L, Blanco Rodríguez R, Prego Domínguez J. Tratamiento del dolor en pacientes paliativos: asignatura pendiente en la mayoría de los servicios intra y extrahospitalarios. *Med Pal (Madrid)* 2005; 12(2):74-8.
- 9- Gómez Sancho M, Ojeda Martín M. *Cuidados Paliativos: control de síntomas*. Laboratorios Viatrix; 2003.
- 10- González Barón S, Rodríguez López M. *Sistemas de medición. Dolor y Cáncer: hacia una oncología sin dolor*. 1a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003, p. 24-31.
- 11- Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Díaz R, Cabrerías Sánchez A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I). *Aten Primaria* 2002; 29(6):374-7.
- 12- Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Díaz R, Cabrerías Sánchez A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (II). *Aten Primaria* 2002; 29(8):513-6.
- 13- García Cantero E, Prieto Redondo L, Pérez Hernández F. Optimización del uso de morfina como objetivo de un equipo de soporte de atención domiciliaria en un Área de Salud. *Medicina Paliativa*. 2003; 10:202-7.
- 14- Segura Huerta A, Díaz Beveridge R, Calderero Aragón V, Palomar Abad L. Manejo farmacológico del dolor crónico oncológico. Una aproximación actual. *Rev Oncol* 2004; 6(5):272-82.
- 15- Silva César M, Aldamiz-Echevarría B, Lamelo Alfonsín F, Vidán Martínez L. Manejo del dolor oncológico *Guías Clínicas de Fisterra*. 2006; 6(34) [consultado el 27/9/2006]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/dolor_oncologico.asp.
- 16- Araujo AM, Gómez M, Pascual J, Castañeada M, Pezonaga I, Borque JL. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27(Suppl. 3):63-75.
- 17- Caraceni A, Cherny N, Faisinger R, Kaasa S, Poulain P, Radbruch L, et al. Pain measurements tools and methods in clinical research in Palliative Care: recommendations of the Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:239-55.

Prescripción de la primera receta por el Médico Especialista

M^a José Tirado Peláez^a, José Jorge Pérez Pascual^b, Isabel Garzón García^b, M^a Dolores González Céspedes^c, Pilar Sánchez Ortiz^c, José M^a del Campo del Campo^d

^a Farmacéutica de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Albacete.

^b Médico de Familia. Centro de Salud Zona IV de Albacete.

^c Médico de Familia. Centro de Salud de Hellín (Albacete).

^d Médico de Familia. Centro de Salud de Ossa de Montiel (Albacete).

Correspondencia: M^a José Tirado Peláez. Gerencia de Atención Primaria de Albacete. C/ Marqués de Villoros nº 6, 02001- Albacete. Telf.: 967510825, e-mail: mjtirado@sescam.jccm.es

Recibido el 4 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 25 de septiembre de 2006.

RESUMEN

Objetivo. La circular 8/96 de INSALUD dictó instrucciones para prescripción de receta oficial en atención especializada. Según dicha circular, el médico especialista realizará la primera prescripción en recetas oficiales a los pacientes dados de alta o atendidos en consultas. Puesto que no siempre se cumple, nos planteamos cuantificar, sobre el total de la prescripción del médico de familia, la proporción de recetas que debieran haberse realizado en atención especializada y, sin embargo, se han realizado en atención primaria.

Material y Métodos. Mediante un estudio descriptivo transversal se analizó la prescripción de cinco médicos de familia durante una semana, pertenecientes a tres Centros de Salud del Área Sanitaria de Albacete, diferenciando las prescripciones que deberían haber realizado los médicos de atención especializada e identificando las especialidades farmacéuticas y el origen de las mismas (servicio hospitalario y alta/consulta).

Resultados. Los cinco médicos realizaron un total de 3102 recetas, conteniendo las especialidades más prescritas los siguientes principios activos: paracetamol, omeprazol y ácido acetil salicílico. Durante la semana de observación, 73 recetas deberían haber sido realizadas en atención especializada, suponiendo el 2,35% del total (IC95%:1,85–2,95). El origen más frecuente fue la consulta especializada (79,7% frente a 20,3% de altas hospitalarias) y, en cuanto a servicios hospitalarios, Reumatología (17,8%) y Oftalmología (15,1%). Los principios activos más frecuentes fueron: paracetamol, calcio/colecalciferol y ketorolaco.

Conclusiones. Entre el 1,85 y el 2,95% de las recetas que realiza el médico de familia deberían realizarse en el medio especializado. Aunque dicha proporción no es importante, contribuye a aumentar la carga burocrática que caracteriza la consulta del médico de familia.

Palabras clave. Prescripción de medicamentos.

ABSTRACT

Prescription of first recipe by second level doctor

Objective. The document 8/96 by INSALUD, express the instructions in order to prescribe the official recipe by second health level. The document argues that second level doctor has the responsibility of fulfilment the recipe in patients attended by him. However, usually this instruction is un-fulfilled and we want to quantify percentage of prescription by family doctors that would be made by second level doctor.

Material and methods. By cross sectional descriptive research, it has been studied the prescription by five family doctors at Albacete health area during one week by watching percentage of prescription what would be made by second level doctors, the medicament and the source.

Results. The five doctors have performed 3102 documents and they has been the more frequent prescription, paracetamol, omeprazol, and acetyl salicylic acid. During one week, 73 documents would be made by second level, it suppose 2.35 % of global prescription (IC 95%: 1.85 – 2.95). The more frequent source is second level consultancy (79.7% v.s. 20.3% of hospital check out; IC 95%: 1.85 – 2.95), Rheumatology (17.8%), Oftalmology (15.1%) and more frequent molecules was paracetamol, calcium / cholecalciferol and ketorolac.

Conclusions. From 1.85 and 2.95% of recipes made by family doctor, they would be made by second level doctor. Despite it isn't an important percentage, it increases burocratic charge on the family practice consultancy.

Palabras clave. Prescriptions, Drug

INTRODUCCIÓN

Se entiende por prescripción de fármacos la dispensación de aquella receta o nota escrita por un facultativo médico en la que se indica el modo de preparación y administración de un medicamento. Es el documento normalizado por el que los facultativos legalmente capacitados prescriben medicación para un paciente, la cual será dispensada en una oficina de farmacia.

La prescripción de fármacos contribuye a aumentar la excesiva carga burocrática de la consulta del médico de familia. Con la introducción de las nuevas tecnologías y la informatización de las consultas, cabría pensar que dicha burocratización disminuiría, pero hay estudios publicados en los que se comprueba que todavía no se ha producido la disminución de trabajo meramente administrativo que tiene que realizar el médico de familia¹.

Entre dichos actos administrativos podríamos considerar la emisión de algunas recetas que deberían proporcionarse al paciente por parte de los médicos especialistas. Si dichos especialistas prescriben la primera receta al alta hospitalaria o en consultas externas, se evitan molestias a los pacientes al no tener que acudir a su médico de familia exclusivamente para obtener tales recetas. Por otra parte, el médico de familia obtiene un ahorro de tiempo, pudiendo evitar la percepción de desacuerdo y frustración al ejercer exclusivamente como responsable de un acto administrativo evitable.

Teniendo como base la circular 8/96 de INSALUD, que dictó instrucciones para prescripción de receta oficial en atención especializada, el médico especialista realizará la primera prescripción en recetas oficiales a los

pacientes dados de alta o atendidos en consultas especializadas. Puesto que no siempre se cumple, nos planteamos como objetivo cuantificar, sobre el total de la prescripción del médico de familia, la proporción de recetas que debieran haberse realizado en atención especializada y, sin embargo, se han realizado en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante un estudio descriptivo transversal se analizó la prescripción de cinco médicos de familia durante una semana (6 a 10 de marzo de 2006), pertenecientes a tres Centros de Salud del Área Sanitaria de Albacete (Zona IV de Albacete, Hellín y Ossa de Montiel). Los mismos registraron todas las prescripciones realizadas durante el periodo de estudio, diferenciando las que deberían haber realizado los médicos de atención especializada e identificando cada una de las especialidades farmacéuticas, así como el origen de las mismas (servicio hospitalario y prescripción tras el alta o tras atención en consulta externa).

Los datos fueron introducidos en una base de datos, procediéndose a su depuración y análisis mediante el programa estadístico SPSS 13.0. Se realizó una descripción de las variables estudiadas mediante distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión y construcción de sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Los cinco médicos realizaron un total de 3.102 recetas correspondientes a 795 presentaciones de diferentes especialidades farmacéuticas. Los principios activos

	Principio activo	Nº veces prescrito	Porcentaje/total recetas
1	Paracetamol	107	3,45%
2	Omeprazol	78	2,51%
3	Ácido acetil salicílico	70	2,25%
4	Ibuprofeno	63	2,03%
5	Metamizol	54	1,74%
6	Enalapril	53	1,71%
7	Bromazepan	40	1,29%
8	Lorazepán	37	1,93%
9	Salbutamol	35	1,13%
10	Metformina	29	0,93%
11	Hesperidina/Diosmina	27	0,87%
12	Indapamida	27	0,87%
13	Almagato	27	0,87%
14	Doxazosina	25	0,81%
15	Furosemida	25	0,81%
16	Acenocumarol	20	0,64%
17	Nifedipino	19	0,61%
18	Ac. Alendrónico	19	0,61%
19	Simvastatina	19	0,61%
20	Ac. Risedrónico	15	0,48%
21	Torasemida	15	0,48%
22	Bromuro Ipatropio	14	0,45%
23	Amoxicilina/Ac. Clav	14	0,45%
24	Cetirizina	14	0,45%
25	Zolpiden14	0,45%	

Tabla 1. Principios activos más prescritos por el médico de familia.

	Principio activo	Nº veces prescrito	Porcentaje/total recetas
1	Paracetamol	5	6,85
2	Calcio/colecalciferol	4	5,48
3	Ketorolaco	3	4,11
4	Amoxicilina	2	2,74
5	Amoxicilina clavula	2	2,74
6	Ciclopentolato	2	2,74
7	Tiotropio bromuro	2	2,74
8	Levocetirizina	2	2,74
9	Hipromelosa	2	2,74
10	Dexametasona/tobram	2	2,74

Tabla 2. Principios activos más frecuentes correspondientes a las recetas que debería haber realizado el médico especialista.

contenidos en las especialidades más prescritas fueron: paracetamol, omeprazol y ácido acetil salicílico (tabla 1).

Durante la semana de observación, 73 recetas deberían haber sido realizadas en AE, suponiendo el 2,35% del total (IC95%:1,85–2,95) (figura 1). El origen más frecuente fue la consulta especializada (79,7% frente a 20,3% de altas hospitalarias) y, en cuanto a servicios hospitalarios, Reumatología (17,8%) y Oftalmología (15,1%). Los principios activos más frecuentes fueron (tabla 2): paracetamol, calcio/colecalciferol y ketorolaco. De dichas prescripciones, la adherencia a la Guía Farmacoterapéutica del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) fue del 66,7% y su precio medio fue de 16,96 euros ± 23,84 DE.



Figura 1. Proporción de recetas que deberían haberse realizado en el medio especializado.

DISCUSIÓN

Entre el 1,85 y el 2,95% de las recetas que realiza el médico de familia debería realizarse en el medio especializado. Aunque dicha proporción no es importante y no permite diferenciar entre servicios hospitalarios, contribuye a aumentar la carga burocrática que caracteriza la consulta de los médicos de familia. Dicha burocratización crea desacuerdo y frustración en estos profesionales. Una manera de disminuir ese sentimiento podría ser mediante una comunicación fluida entre los profesionales de ambos niveles de atención. Contribuiría a ello que la información suministrada en los informes de los especialistas no fuera incompleta como se ha demostrado en alguna publicación², de tal

manera que el médico de familia, siempre respaldado mediante una buena formación continuada, pudiera modificar, si fuera conveniente, el tratamiento “impuesto” por el médico especialista.

En un estudio³ realizado en 2003 se comprobó que un 5% de los médicos de familia están en desacuerdo total con lo prescrito por el especialista y un 14% en desacuerdo parcial. En cuanto a la insuficiente información facilitada por el especialista, se observa la falta de orientación diagnóstica en el 11,2% de los pacientes, así como la falta de precisión en cuanto a la duración de tratamiento en el 45% de los casos.

Últimamente, y debido principalmente al aumento del gasto farmacéutico, existe gran interés sobre la prescripción realizada por el médico de familia. Al ser éste el profesional que realiza un mayor número de recetas médicas, puede ser considerado como el mayor responsable del gasto farmacéutico, si no se tiene en cuenta la influencia que pueden tener en dicho gasto otros niveles asistenciales.

Nuestros resultados nos han permitido comprobar que el 2,35% de las recetas realizadas en la consulta del médico de familia deberían ser entregadas al paciente en el medio especializado. Dicha prescripción no se corresponde con la llamada prescripción inducida, la cual fue definida en el año 1991 como “toda prescripción generada por otro facultativo, o solicitada por el propio paciente, que el médico de cabecera acepta transcribir aunque no comparta el planteamiento diagnóstico-terapéutico”². En relación con lo anterior, observamos, entre la medicación objeto de estudio, algunos principios en los que existen alternativas más eficientes, como el bromuro de ipatropio respecto al bromuro de tiotropio.

Muchos de los tratamientos de larga duración tienen su origen en una prescripción inducida, siendo el médico de atención primaria el encargado de repetir la receta y controlar dichos tratamientos, llegando un momento en que se asumen como propios⁴. En la actualidad, son varios los estudios realizados que han intentado evaluar la prescripción inducida. Sin embargo, la elevada variabilidad en la metodología utilizada

en los estudios publicados hace que los resultados obtenidos sean poco comparables, si bien todos ellos permiten poner de manifiesto una realidad derivada de la figura del médico de atención primaria como centralizador de la prescripción realizada a sus pacientes para garantizar la continuidad asistencial⁵.

Las repercusiones sanitarias y económicas de la prescripción farmacéutica son especialmente relevantes en el ámbito de la atención primaria y es a ella hacia donde se dirigen todos los intentos para conseguir un uso racional de medicamentos, sin embargo, no es infrecuente que en el medio especializado se prescriban novedades terapéuticas que generalmente son más caras y no aportan ventajas sobre otros medicamentos ya financiados por el Sistema Nacional de Salud.

La distancia entre atención primaria y especializada, en cuanto a la prescripción farmacológica, debe tender a ser lo más pequeña posible. Para esto se proponen diversas estrategias como la elaboración conjunta de guías de utilización de medicamentos, la utilización de una historia clínica informatizada única para cada paciente y la implantación de la receta electrónica⁵.

Por otro lado, se debería establecer un sistema que permitiera separar el gasto correspondiente a ambos niveles⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raba Oruña S, Ortiz Lebaniegos I, Villa Puente M, Pérez Martín A, Gutiérrez Conde ML, Urcullu San Cristóbal B et al. Burocracia en la consulta de Atención Primaria e informatización: ¿hemos mejorado? *Medicina General* 2005; 71:18-23.
2. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de fármacos. *Farm Clin* 1991;8:236-52
3. Fernández Liz E, Rodríguez Cumplido D, Diogène Fadini E. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia, Hospital Universitari Vall d'Hebron. *Aten Primaria* 2004; 33(3):118-25.
4. Pérez Fuentes ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14:769-774.
5. Pérez Rodríguez MT. Corresponsabilidad de la prescripción farmacéutica: ¿quién debe asumir la prescripción de los especialistas del hospital de referencia? *Aten Primaria* 2004; 33(3):118-25.
6. Ruiz de Velasco Artaza E, Unzueta Zamalloa L, Fernández Uria J, Santisteban Olavarria M, Lekue Alkorta I. Prescripción inducida en atención primaria de la Comarca de Bilbao. *Aten Primaria* 2002; 29(7):414-20.

Insulinoterapia en Diabetes Tipo 2. Revisión

Javier Massó Orozco^a

^a Médico. Centro de Salud Casas de Juan Núñez. Consultorio de Alatoz.

Correspondencia: Javier Massó Orozco. Centro de Salud Casas de Juan Núñez, C/ Teresa Cogollo, nº 11, 02151 – Casas de Juan Núñez (Albacete). Telf. 967405088. E-mail: jmorozco@sescam.jccm.es

Recibido el 20 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 28 de septiembre de 2006.

RESUMEN

Los profesionales de Atención Primaria atendemos a la gran mayoría de los pacientes diabéticos tipo 2, por lo que debemos conocer bien todas las pautas de tratamiento con insulina y no retrasar el inicio de este tratamiento cuando esté realmente indicado. La insulina es una de las varias posibilidades terapéuticas de las que disponemos para el tratamiento de la diabetes tipo 2, imprescindible cuando el deterioro de la célula beta provoca estados de insulinopenia, que ha demostrado su eficacia en el control metabólico de esta enfermedad y consecuentemente en la reducción de las complicaciones micro y macrovasculares. La introducción en el mercado de los análogos de insulina (insulinas modificadas por bioingeniería genética en las que se ha procedido a sustituir, cambiar de posición o añadir uno o más aminoácidos de su molécula, con el fin de modificar su configuración espacial y así modificar su perfil farmacodinámico), coincidiendo con la retirada de otros tipos, así como las modificaciones en los diferentes sistemas de administración, algunos de los cuales también retirados y sustituidos por otros sistemas, están creando alguna confusión en los profesionales, confusión que puede contribuir también al retraso en el inicio de los tratamientos con insulina.

El objetivo de esta revisión es aclarar los tipos de insulina comercializados en la actualidad, las diferencias entre ellos en cuanto a su perfil de acción, sus indicaciones particulares y las pautas más comunes de insulinización.

Palabras clave. Diabetes tipo 2. Insulina.

ABSTRACT

The Insulin-therapy and type II diabetes. A revision

Professionals at primary care level has the responsibility of attend most of type II diabetic patients, then they have to know different patterns of insulin-therapy in order to avoid delay in beginning treatment when it is required. Insulin is one of the different therapeutic possibilities for type II diabetic patient management, involved when beta cell failure carry an state of insulin deficit, what has demonstrated to be effectiveness in metabolic control of the pathology, reducing macro and micro-vascular complications. The introduction in the market of insulin analogous (insulin modified by genetic engineering with changes in position, removing or addition of amino-acids in the molecule in order to change spatial design and linked or pharmacodynamic profile), removing another and changes in the delivering systems, are involved in a confusion phenomena in professionals that contributes to delay the insulin treatment implementation.

Objective of this work is to revise different types of insulin at the market today, the differences in the profile between them, the particular indications and the more commons patterns of treatment.

Key words. Diabetes Mellitus type 2. Insulin.

INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 2 es una enfermedad crónica y progresiva, caracterizada por un deterioro inexorable de la función beta pancreática¹. El incremento en la incidencia de la diabetes tipo 2, especialmente entre la población más joven, la cual vivirá durante más tiempo con su enfermedad, conducirá a que un mayor número de pacientes desarrollen deficiencias severas en la secreción endógena de insulina y, por lo tanto, necesiten para el tratamiento de su diabetes la administración de insulina exógena².

Los profesionales de Atención Primaria atendemos a la gran mayoría de estos pacientes, por lo que debemos conocer bien todas las pautas de tratamiento con insulina y no retrasar el inicio de este tratamiento cuando esté realmente indicado. El miedo que los médicos tenemos a la hipoglucemia y las dudas sobre la disponibilidad y capacidad de nuestros pacientes para inyectarse insulina, así como diferentes actitudes negativas de estos, puede conducirnos a lo que se ha llegado a definir como "una verdadera confabulación, entre médicos y enfermos, con implícitos y tácitos contratos, para continuar con el tratamiento oral tanto tiempo como sea posible"³. Todavía algunos médicos amenazamos a los pacientes con la necesidad de recetar insulina si no asumen un papel más activo en el control de sus valores de glucosa. Asimismo, el 50 % de los médicos y el 55% de las enfermeras reconocen retrasar la prescripción de insulina hasta que es "absolutamente imprescindible"⁴, haciéndolo habitualmente después de que los antidiabéticos orales no logren reducir la hiperglucemia durante periodos prolongados de tiempo y, a menudo, cuando la Hemoglobina A1c (HBA1C) supera el 9%⁵. Esto es un error. Existe mucha evidencia científica demostrando que la mejora en el control metabólico de la diabetes, realizado con un tratamiento intensivo con insulina y medido a través de los niveles de (HBA1C), reduce el número y la severidad de las complicaciones microvasculares⁶. Los resultados del estudio Steno-2⁷ demostraron que el control estricto de todos los factores de riesgo cardiovascular (incluida la glucemia) reduce a los 7,8 años la incidencia de episodios cardiovasculares y microvasculares en un 50-60%. Por ello, debemos intervenir con todas las armas terapéuticas que tenemos a nuestra disposición (dieta, ejercicio físico, antidiabéticos orales e insulina) para intentar aproximarnos lo más posible a las cifras de glucemia y de HBA1C establecidas como objetivos de buen control por las diferentes asociaciones científicas, basándose en las evidencias aportadas por los estudios epidemiológicos (tabla 1).

TIPOS DE INSULINA

La retirada del mercado de cierto tipo de insulinas, las presentaciones de las insulinas en diferentes siste-

mas de administración, algunos de los cuales también retirados y sustituidos por otros sistemas, y la comercialización de nuevas insulinas están creando alguna confusión en los profesionales, confusión que puede contribuir también al retraso en el inicio de los tratamientos con insulina.

Actualmente disponemos de cinco tipos de insulinas si las clasificamos según su estructura molecular, la cual le confiere a cada una de ellas un perfil farmacocinético determinado:

- Insulina rápida, regular o soluble. Se trata de la molécula de insulina humana no modificada.
- Análogos de insulina rápidos o insulinas ultrarrápidas. Los análogos son insulinas modificadas por bioingeniería genética en las que se ha procedido a sustituir, cambiar de posición o añadir uno o más aminoácidos de su molécula con el fin de modificar su configuración espacial y así modificar su perfil farmacodinámico⁸. Los análogos rápidos intentan conseguir una curva de acción parecida a la de la secreción pancreática de insulina en el posprandio: inicio más rápido y duración más corta que la insulina regular. Actualmente, hay dos análogos de insulina rápido comercializados en España, insulina Aspart (Novorapid®) e insulina Lispro (Humalog®), con un perfil de acción y una eficacia clínica similares entre ellos, y otro a punto de ser comercializado (Insulina Glulisina).
- Insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn). También llamada retardada, intermedia o basal. Es la insulina regular, insulina humana, retardada mediante la adición de Protamina, péptido de pequeño tamaño y PH muy básico obtenido del esperma del salmón. Es la insulina más utilizada, sola o mezclada con insulinas rápidas, en todo el mundo
- Análogos basales, o lentos, de insulina. Intentan simular la secreción basal y uniforme de insulina que realiza el páncreas durante las 24 horas del día, evitando los picos de acción que se producen con la NPH. Estos análogos, igual que los rápidos, se consiguen realizando cambios en la estructura primaria de la insulina humana, con el objetivo de conseguir una absorción más lenta (Insulina Glargina) o una prolongación de su presencia en el plasma (Insulina Detemir).
- Mezclas. Con el objetivo de disminuir el número de pinchazos se comercializan estas mezclas fijas de insulina, más cómodas y precisas para los pacientes. Las mezclas pueden ser de insulina NPH con insulina regular y, actualmente también, con análogos de insulina.

En la tabla 2 se recoge el perfil farmacocinético de los diferentes tipos de insulina y en la tabla 3 las presentaciones de insulina, con los diferentes sistemas de administración, actualmente comercializadas en España.

Análogos Rápidos

El perfil farmacocinético de los análogos rápidos, con una acción más rápida y más corta que la insulina humana, les aporta algunas ventajas respecto a esta:

- Mejor control de las hiperglucemias posprandiales.
- Reducción de las hipoglucemias entre comidas.
- Mayor comodidad, ya que se pueden administrar justo al iniciar las comidas o incluso después de la ingesta.

No están claramente definidas las indicaciones de los análogos rápidos de insulina en la diabetes tipo 2, ya que no existen evidencias sobre una mayor reducción de la HBA1C, ni sobre una menor incidencia de hipoglucemias globales que con insulina rápida. Además, no se dispone de datos suficientes sobre su seguridad a largo plazo. En una revisión bibliográfica Cochrane se observaron leves efectos beneficiosos con los análogos, cuyo uso podría plantearse para pacientes con regímenes de insulinas intensificados o que presentan deficiencia de insulina más avanzada⁹.

Los últimos consensos sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 aconsejan la utilización de análogos rápidos en pacientes tratados con insulina regular que presentan hiperglucemias posprandiales o hipoglucemias antes de la comida siguiente ya que tienen un efecto más corto que la insulina regular, pero también por este efecto más corto, puede haber hiperglucemias antes de la comida siguiente, por lo que requieren casi siempre de la administración conjunta de insulinas retardadas. Las mezclas estándar conteniendo un 25% de Lispro o un 30% de Aspart serían útiles en estos casos. También está indicados en pacientes que por razones diversas (laborales, por ejemplo) no pueden seguir unos horarios de comidas regulares¹⁰.

Análogos Lentos

Actualmente hay comercializados dos tipos de análogos de insulina lentos: la insulina glargina y la insulina detemir. La insulina glargina tiene una curva de acción plana, sin picos, y una absorción menos variable que la NPH, por lo que el riesgo de hipoglucemia es menor. Tiene una duración de 20 a 24 horas lo que permite administrarla en dosis única diaria y a cualquier hora del día. No se han evidenciado diferencias entre glargina y NPH en cuanto a aumento de peso¹¹. Un reciente metaanálisis ha encontrado pruebas claras de que la insulina glargina ocasiona significativamente menos hipoglucemias nocturnas que la insulina NPH¹².

La insulina detemir es una insulina de acción prolongada debido a su autoasociación y unión reversible a la albúmina a través de un ácido graso incorporado a

su molécula. Este hecho y su solubilidad le confiere una menor variabilidad intraindividual en el perfil tiempo-acción hipoglucemiante con respecto a otras insulinas basales¹³. Tiene una duración de acción mayor que la NPH, pero no llega a las 24 horas por lo que la mayoría de las veces se requieren dos inyecciones diarias. En un reciente estudio se ha demostrado que el tratamiento con insulina detemir o NPH dos veces al día como tratamiento adyuvante de los antidiabéticos orales, utilizando un ajuste posológico estricto, provocó mejorías de importancia clínica en el control glucémico sin diferencias significativas entre ambos tipos de insulinas, siendo sus perfiles de seguridad comparables. Sin embargo, en todos los niveles de control, la insulina detemir conllevó un menor riesgo de hipoglucemia, especialmente nocturnas, principal ventaja sobre la NPH, y una menor ganancia de peso que ésta¹⁴.

Dado que la eficacia de los análogos lentos, tanto en combinación como asociados a insulina rápida, es similar a la NPH, y su coste es superior, las guías actuales recomiendan su utilización cuando hay hipoglucemias nocturnas problemáticas que no se corrigen modificando la pauta previa de insulina o cuando éstas son un impedimento para la mejora del control glucémico¹⁰. También es preferible la insulinización con análogos lentos en los pacientes en los que sospechemos un alto riesgo de hipoglucemias: pacientes con insuficiencia renal o ancianos, sobre todo si viven solos. En cuanto a la sustitución de NPH por análogos, se podría considerar la utilización de glargina en pacientes tratados con dos inyecciones diarias que requieren la ayuda de otra persona para inyectarse la insulina, y en pacientes musulmanes que realizan ayuno durante el Ramadán¹⁵.

PAUTAS DE INSULINIZACIÓN EN DIABETES TIPO 2

La pauta de elección para el inicio de la insulinización en pacientes diabéticos tipo 2, cuando no se alcanzan los criterios de control glucémico (tabla 1) con el tratamiento oral, es la administración de una insulina retardada nocturna manteniendo los fármacos orales. Con esta pauta las necesidades de insulina, el aumento de peso y el riesgo de hipoglucemias son menores¹⁰. La dosis inicial, tanto de NPH como de análogos, es de 10 UI al acostarse sin que se precisen suplementos nocturnos de hidratos de carbono. Si elegimos la insulina glargina, ésta se puede administrar a cualquier hora del día, incluso se ha publicado que su administración matutina es más eficaz y con menor riesgo de hipoglucemias nocturnas que la dosis nocturna¹⁶. El primer objetivo con esta pauta inicial de insulina es normalizar la glucemia basal y para ello debemos ajustar la

dosis en función de los resultados de la glucemia capilar realizados por la mañana antes del desayuno.

Si el control no es adecuado con una dosis nocturna de NPH, si el paciente está moderadamente sintomático, si se producen hipoglucemias frecuentes y/o difíciles de controlar o si se requieren dosis altas de NPH, está indicado el paso a dos dosis de NPH retirando los antidiabéticos orales excepto la metformina¹⁷. La dosis total de insulina recomendada de inicio, en estas situaciones, es de 0,2 a 0,3 UI/Kg/día. Si se trata de un paciente muy sintomático (cetonurias, pérdida de peso, polidipsia, etc.) se debe sospechar una insulino-penia severa y administrar insulina a dosis más altas (0,5 UI/Kg./día). Aunque tradicionalmente se ha fraccionado la dosis de insulina en 2/3 antes del desayuno y 1/3 en la cena, nunca se ha descrito una justificación fisiopatológica para hacerlo así y, concretamente en los diabéticos tipo 2, se requieren dosis superiores en la cena para suprimir la producción hepática de glucosa y conseguir glucemias matutinas más bajas. Cuando estamos utilizando una insulina basal (Glargina o Detemir) y tenemos cifras de glucemia posprandiales altas, tenemos la posibilidad de iniciar lo que actualmente se denomina terapia bolo-basal o terapia intensiva, manteniendo la dosis de insulina basal y añadiendo insulina rápida antes de cada comida. Esta

pauta es la más parecida a la secreción pancreática de insulina, pero tiene el inconveniente de aumentar el número de pinchazos. Otra opción es la utilización de mezclas estándar de insulina rápida con NPH que aunque son menos fisiológicas son más cómodas para el paciente.

Las dosis deben ajustarse para mantener objetivos glucémicos pre y post-prandiales (tabla 1). Para ello, las modificaciones en la pauta de insulina no deben ser superiores a 2-4 UI, modificando sólo una dosis, y se deben realizar tras confirmar la persistencia de la alteración en la glucemia y descartar posibles causas de esa alteración, repasando la dieta, el ejercicio físico realizado, los horarios, las técnicas de inyección y de autoanálisis.

CONCLUSIONES

En el tratamiento de la diabetes tipo 2 debemos intentar aproximarnos al objetivo de control glucémico (HbA1C <7%) sin retrasar el inicio del tratamiento con insulina. Para ello, debemos conocer bien todas sus presentaciones comerciales con sus perfiles de acción, sus diferentes sistemas de administración y las pautas de inicio y combinación de insulinas.

Parámetros	Objetivos de control	Intensificar intervenciones si
Glucemia basal y preprandial (mgr/dl)	90-130	>130
Glucemia posprandial (2 horas)	<180	>180
HbA1c	<7%	>8%

Tabla 1. Objetivos de control glucémico en el paciente diabético tipo 2. Documento 2005 de consenso entre varias sociedades científicas sobre pauta de manejo del paciente diabético tipo 2 en España. Av Diabetol. 2005; 21 (supl 1).

Tipo de insulina	Comienzo	Pico	Duración de acción
Regular	30-60 minutos	2-3 horas	5-8 horas
Análogos rápidos Aspart, Lispro	5-15 minutos	30-90 minutos	< 5 horas
Intermedia (basal) NPH	2-4 horas	4-10 horas	10-16 horas
Análogos lentos (basales) Glargina Detemir	2-4 horas 1-2 horas	Sin pico Sin pico	20-24 horas 12-20 horas
Mezclas			
25% Lispro/ 75% NPL	5-15 minutos	Dual	10-16 horas
30% Aspart/ 70% NPH	5-15 minutos	Dual	10-16 horas
30% Regular / 70% NPH	30-60 minutos	Dual	10-16 horas

Tabla 2. Comienzo, pico y duración de acción de los diferentes tipos de insulinas. Adaptado de: DeWitt DE, Hirsch IB. Outpatient insulin therapy in type 1 and type 2 diabetes mellitus: scientific review. JAMA. 2003; 289:2254-64.

Tipo de insulina	Presentaciones en vial	Presentaciones en pluma desechable
Insulina humana regular, rápida	Humulina regular® Actrapid®	Actrapid Innolet®
Análogos rápidos - Insulina lispro - Insulina aspart	Humalog®	Humalog pen® Novorapid Flexpen®
Intermedia, NPH, basaal	Humulina NPH® Insulatard®	Humulina NPH pen® Humalog NPL pen®* Insulatard Innolet® Insulatard Flexpen®
Rápida + NPH	Humulina 30:70®, Mixtard 30:70®	Humulina pen 30:70® Mixtard 30 Innolet®
Análogos rápidos + NPH		Humalog Mix 25® Humalog Mix 50® Novomix 30 Flexpen®
Análogos lentos, basales - Insulina glargina	Lantus®	Lantus optiset® Lantus optiqlik®
- Insulina detemir		Levemir®

Tabla 3. Diferentes tipos de insulina, y sus presentaciones, comercializados en España. Adaptado de: Quijada Cifuentes F. Comunicación de Medicamentos para profesionales sanitarios. Albacete: Gerencia de Atención Primaria; 2006. *Humalog NPL es análogo Lispro unido a Protamina.

Las ventajas de los análogos de insulina, respecto a la insulina humana (regular y NPH), están en su menor variabilidad, y consecuentemente en una acción más predecible. Esto ayuda a que existan menos hipoglucemias, sobre todo nocturnas, evitando uno de los mayores obstáculos que tenemos para instaurar tratamientos con insulina. Su efectividad es la misma que la de la insulina humana, con un coste económico mayor y con menor experiencia de uso. Por todo ello, no es conveniente popularizar su uso indiscriminado hasta que existan más estudios de coste efectividad y de seguridad a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Maedler K, Donath MY: Cells in type 2 diabetes: a loss of function and mass. *Horm Res.* 2004; 62 (Suppl. 3):67-73.
- Irl B, Hirsch, MD et al: A Real-World Approach to Insulin Therapy in Primary Care Practice. *Clinical Diabetes.* 2005; 23(2):78-86.
- Wallace TM, Matthews DR. Poor glycaemic control in type 2 diabetes: a conspiracy of disease, suboptimal therapy and attitude. *Q J Med.* 2000; 93:369-74.
- Peyrot M, Rubin R, Lauritzen T, Skovlund S, Snoek Fj, Matthews Dr, Landgraf R, Kleinebreil L. Resistance to Insulin Therapy Among Patients and Providers. Results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care.* 2005; 28:2673-9.
- Davies M. The reality of glycaemic control in insulin treated diabetes: defining the clinical challenges. *Int J Obes relat Metab Disord.* 2004; 28 (Suppl.2):S14-S22.
- United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet.* 1998; 352:837-53.
- Garde P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parkin HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2003; 348:383-93.
- Hirsch UK. Insulin analogues. *N Engl J Med.* 2005; 352:174-83.
- Siebenhofer A, Plank J, Berghold A, Narath M, Gfrerer R, Pieber TR. Short actino insulin analogues versus regular human insulin in patients with diabetes mellitas. *The Cochrane Database of Systematic Rewies* 2004, Issue 4. Art. No.: CD003287.pub3. DOI:10.1002/14651858. CD003287.pub3.
- Documento 2005 de consenso entre varias sociedades científicas sobre pauta de manejo del paciente diabético tipo 2 en España. *Av Diabetol.* 2005;21 (supl 1).
- Riddle MC; Rosenstock J, Gerich J. The treta-to-target trial: randomized addition of glargina or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care.* 2003; 26:3080-6.
- Rosenstock J, Dailey G, Maiz-Benedetti M, Fritsche A, Lin Z, Salzman A. Reduced hypoglycemia risk with insulin glargine. A meta-analysis comparing insulin glargine with human NPH insulin in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2005; 28:950-5.
- Heise T, Nosek L, Ronn BB, Endahl L, Heinemann L, Kapitza C, Draeger E: Coger within-subject variability of insulin detemir in comparison to NPH insulin and insulin glargine in people with type 1 diabetes. *Diabetes* 2004; 53:1614-20.
- Hermansen K, Davies M, Derezinski T, Martinez G, Clauson P, Home P. A 26-Week, Randomized, Parallel, Treat-to-Target Trial Comparing Insulin Detemir With NPH Insulin as Add-On Therapy to Oral Glucose-Lowering Drugs in Insulin-Naïve People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 2006; 29:1269-74.
- Mata Cases M, Muñoz Grimaldo M. Nuevas Insulinas. *Aten Primaria.* 2005; 36(3):126-8.
- Fritsche A, Schweitzer MA, Harina HU. Glimepiride combined with morning insulin glargine, bedtime neutral protamine Hagedorn insulin, or bedtime insulin glargine in patients with type 2 diabetes. *Ann Intern Med.* 2003; 138:952-9.
- Douek IF, Allen SE, Ewings P. Continuing metformin when starting insulin in patients with type 2 diabetes: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Diabetic medicine.* 2005; 22(5):634-640.

Diseño de Cuestionarios para la recogida de información: metodología y limitaciones

Francisco García Alcaraz^a, Antonia Alfaro Espín^b, Antonio Hernández Martínez^c,
Milagros Molina Alarcón^d

^a Profesor de Enfermería Comunitaria en la EU de Enfermería de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha.

^b Profesora de Enfermería Materno Infantil en la EU de Enfermería de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha.

^c Enfermero Especialista Obstétrico Ginecológico del Complejo Hospitalario Mancha Centro de Alcázar de San Juan, SESCOAM.

^d Catedrática de Bioquímica, Biofísica y Bioestadística en la EU de Enfermería de Albacete, Universidad de Castilla-La Mancha.

Correspondencia: Francisco García Alcaraz. Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete, Edificio Benjamín Palencia, Campus Universitario de Albacete, 02071 Albacete. Telf. 617 45 29 06. E-mail: fgarciaalcaraz@terra.es

Recibido el 10 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 20 de septiembre de 2006.

RESUMEN

La recogida de información es una parte crucial de una investigación, ya que, cuanto más clara esté, menos laborioso será el desarrollo de un estudio. Además, es importante que el investigador esté próximo a la recogida de la información, sólo así se efectuará un control de calidad adecuado en la recogida de datos.

Una buena recogida de datos es fundamental para alcanzar el objetivo deseado. Incluso con un diseño impecable, un estudio puede fracasar de muchas maneras debido a una deficiente recogida de la información.

Con este artículo pretendemos familiarizar al lector con la encuesta como técnica de recogida de información, describiendo los pasos que deben seguirse para su realización y centrando el interés fundamentalmente en la elaboración de su instrumento básico, el cuestionario.

Palabras clave. Cuestionarios.

ABSTRACT

The information harvesting. Design of questionnaires: methodology and limits

The information harvesting is a basic part of a research. It is important the neighbourhood of researcher to the information harvesting in order to warranty the adequate quality control.

The dates harvesting is the first steep in order to allow target. Also with a care design, the research would to break up because a deficient information harvesting. This article is looking for to teach manage of questionnaire and show steeps for fulfilment and focusing the adequate design of a very important tool.

Key words. Questionnaires.

INTRODUCCIÓN

Uno de los retos metodológicos a los que se tiene que enfrentar el investigador es la elaboración de instrumentos para la recogida de información, es decir, los cuestionarios, que podemos definir como "los documentos que recogen de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta"¹, por tanto cuando hablamos de encuesta nos referiremos a todo el proceso que se lleva a cabo, mientras que la palabra cuestionario se limita al formulario que contiene las preguntas dirigidas a los sujetos objeto de estudio.

El cuestionario debe recoger información sobre todas las variables consideradas de interés. Sin embargo, antes de redactar las preguntas que forman el cuestionario, debemos conocer cuál es la población diana a la que se dirige (nivel cultural, edad, estado de salud) y el sistema por el que se va a aplicar, ya que serán estos aspectos los que condicionaran el número de preguntas, el lenguaje empleado y el formato de las respuestas. En caso de no tener suficiente información sobre la población, podemos aplicar técnicas de investigación cualitativa como grupos de discusión y entrevistas con informadores clave².

Es importante que el cuestionario se construya siguiendo unos criterios de calidad clave como la fiabilidad y validez, dos conceptos que explicaremos más adelante. También debe recogerse de una forma homogénea por todos los investigadores, para todos los sujetos y a lo largo de todo el estudio³.

Siendo la recogida de información una parte crucial de una investigación, cuanto más clara esté, menos trabajo supondrán ciertas partes del desarrollo de un estudio. Además, es importante que el investigador esté próximo a la recogida de la información, sólo así se efectuará un control de calidad adecuado en la recogida de datos⁴.

Por otra parte, una buena recogida de datos es fundamental para alcanzar el objetivo deseado. Incluso con un diseño impecable, un estudio puede fracasar de muchas maneras debido a una deficiente recogida de la información³.

Con este artículo sobre formación en metodología de la investigación nos planteamos el objetivo de familiarizar al lector con la encuesta como técnica de recogida de información, describiendo los pasos que deben seguirse para su realización y centrandolo el interés fundamentalmente en la elaboración de su instrumento básico, el cuestionario. Para conseguir el interés del neófito investigador nos proponemos: identificar los tipos de preguntas que pueden componer un cuestionario, determinar los aspectos clave en la formulación de las preguntas, establecer el orden de éstas y la extensión adecuada del cuestionario y conocer los conceptos de validez y fiabilidad.

VARIABLES QUE SE DEBEN RECOGER EN UNA INVESTIGACIÓN

La selección de las variables no debe hacerse a la ligera. Existe la tendencia a infravalorar la dificultad que existe para medirlas y a seleccionar un elevado número, lo que produce cansancio en el investigador y en el sujeto objeto de estudio, por lo que hay que recoger tantas variables como sean necesarias para el objetivo del estudio y tan pocas como sea posible³.

Las variables en una investigación se pueden clasificar en tres categorías: variables relacionadas con las hipótesis del estudio, variables necesarias para comprobar las hipótesis y otras variables (variables para describir la muestra y para valorar sesgos). Existe el error de recoger datos que tienen una finalidad exploratoria ("a ver qué sucede") en función de los recursos disponibles. Hay que tener cuidado con esta forma de recogida de información, ya que las variables seleccionadas deben tener su razón de inclusión (argu-

mentadas por la literatura científica) y relación con el asunto a estudio (plausibilidad biológica) (por ejemplo: relación del tabaco con la cardiopatía isquémica o relación del tabaco y la obesidad con el envejecimiento)⁴.

TIPOS DE VARIABLES

La información puede ser cuantitativa o cualitativa. Esta información se recoge en variables que se clasifican en tres categorías según la escala de medida:

- **Nominal:** la información es cualitativa (sexo, grupo sanguíneo, etc.). En datos dicotómicos, una respuesta excluye a la otra (por ejemplo: sí/no, varón/mujer, etc.).
- **Ordinal:** la información es cualitativa pero las categorías guardan un orden (grado de úlcera por presión, clase social, etc.)
- **Métrica:** la información que se recoge es cuantitativa. Se pueden distinguir tres tipos:
 - **Categorizada:** cuando se recoge información cuantitativa que se registra agrupada en intervalos de clase (por ejemplo, la edad en menores de 21, de 21 a 50 y mayores de 50 años).
 - **Continua:** cuando se recoge información cuantitativa cuyos valores son números reales (por ejemplo, el peso, la talla o la edad).
 - **Discreta:** cuando se recoge información cuantitativa procedente de un recuento (por ejemplo, número de recidivas, de hijos, etc.).

La regla general es recoger la información de manera cuantitativa con la mayor exactitud posible, por ejemplo, si queremos conocer el hábito tabáquico de un grupo de sujetos, es preferible preguntar por el número de cigarrillos que consumen y luego, si lo necesitamos, podemos transformar esta variable en cualitativa ordinal como el nivel de consumo de tabaco (no consumo, consumo bajo y alto) o en una variable dicotómica (fumador/no fumador), ya que lo cuantitativo se puede transformar en cualitativo, pero no a la inversa⁴.

Las fuentes de obtención de los datos pueden ser recogidos por: observación (visual, exploración física y exámenes complementarios), entrevistas y cuestionarios y registros y documentos. La información derivada de los primeros se denomina datos primarios, mientras que la información recogida mediante fuentes documentales se conoce como datos secundarios³.

CUESTIONARIOS

Es un proceso estructurado de recogida de información a través de la cumplimentación de una serie de preguntas. Existen los siguientes tipos de cuestionarios:

- **Cuestionarios aplicados mediante entrevista personal.** Entre las ventajas destaca la ausencia de influencias de terceros, puede ser más extenso al exigir menos esfuerzo del entrevistado y se consiguen las mayores tasas de respuesta (80-85%). Entre los inconvenientes se encuentra el elevado coste y la influencia del encuestador sobre el encuestado (vergüenza) y sobre las respuestas (interpretaciones).
- **Cuestionarios aplicados mediante entrevista telefónica.** Entre las ventajas se encuentra su bajo coste, la accesibilidad a personas que no conceden entrevistas en sus domicilios por desconfianza, una mayor sinceridad y una buena tasa de respuesta (aunque menor que con entrevista personal). Entre los inconvenientes destaca falta de representatividad en la muestra de la gente que no tiene teléfono, no pueden utilizarse materiales de exhibición (gráficos, reglas) y no pueden ser ni muy extensos ni con muchas opciones de respuesta.
- **Cuestionarios autoadministrados enviados por correo.** La principales ventajas son su bajo coste, ausencia de influencia del entrevistador, permite acceder a personas que viven a grandes distancias y facilidad para responder cuando el encuestado tenga un momento oportuno. Entre los inconvenientes se haya la posible falta de representatividad de la muestra, baja tasa de respuesta y falta de certeza sobre la identidad de la persona que responde.
- **Cuestionarios autoadministrados en grupo con presencia de un entrevistador.** Como ventajas presenta la garantía de anonimato de los sujetos y menor coste que la entrevista personal. Sin embargo, tiene como inconveniente la dificultad de reunir a todos en el mismo lugar y momento, por lo que está más dirigido a grupos naturalmente constituidos (escuelas, empresas, etc.).

Una cuestión importante es el entrenamiento del encuestador, para así poder evitar el sesgo en la recogida de la información.

LIMITACIONES DE LOS CUESTIONARIOS

Debe tener un número de identificación, pero no debe contener identificación personal del sujeto, es decir, debe ser anónimo. Los cuestionarios proporcionan información "blanda" en contraposición a la información "dura" de la observación. Además, proporcionan afirmaciones, no mediciones. Las respuestas no necesariamente reflejan la realidad, sino la percepción que de ella tiene el entrevistado. Es fundamental el entrevistador, éste "se hace", necesita gran técnica y preparación para tal fin. Tiene que comportarse de forma neutral y no expresar acuerdo ni sorpresa. Puede aparecer el sesgo del telescopio: se refieren episodios

lejanos como ocurridos recientemente. Se utilizan con mucha frecuencia. Siempre hay que tratar de utilizar instrumentos ya existentes de probada exactitud y fiabilidad³.

TIPOS DE PREGUNTAS

Según la contestación que admitan del encuestado, pueden ser:

- **Cerradas:** las que se especifican de antemano las posibles respuestas alternativas (por ejemplo: ¿cuál es su estado civil actual? Soltero, Casado, Viudo, Separado, Divorciado). Por lo general, presentan categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes, aunque dependiendo de la naturaleza de lo que se estudia, en ocasiones, el encuestado podrá seleccionar si es necesario más de una opción.
- **Abiertas:** no están preestablecidas, cada entrevistado contesta con sus propias palabras (por ejemplo: ¿cuál es su estado civil actual?)^{3,4}. Aportan mucha información pero su codificación posterior puede suponer grandes dificultades. También es frecuente combinar ambas opciones (abiertas y cerradas), presentado preguntas con un abanico de respuestas acompañadas de un ítem abierto cuando no se tiene la certeza de contemplar todas las opciones de respuesta.

CÓDIGOS, PUNTUACIONES Y ESCALAS

Transforman las respuestas en variables que pueden ser analizadas estadísticamente. Podemos encontrarlos con:

- **Escala Likert** (rangos sumativos): comprende varias frases que expresan una opinión, grado de acuerdo o desacuerdo sobre un tema³.
- **Escala Guttman:** consiste en una escala formada por proposiciones rigurosamente jerarquizadas, en las que la adhesión a una proposición de cierto nivel implica necesariamente la adhesión a las proposiciones de nivel inferior. Los sujetos responden a cada ítem que se presenta de manera afirmativa o negativa según estén de acuerdo con el contenido⁵.
- **Escala de categorías:** la característica básica de esta técnica es la presentación a los encuestados de una escala en forma lineal con los límites claramente definidos (por ejemplo, entre 0 y 1 o entre 0 y 100). Si la línea está dividida en milímetros se denomina "termómetro", si sólo tiene los límites inicial y final se denomina "escala visual analógica" (por ejemplo: la escala utilizada para el medir el dolor)^{3,5}.

CONSIDERACIONES EN LA REDACCIÓN DE LAS PREGUNTAS

Es necesario insistir en este aspecto, ya que casi nadie piensa que las preguntas que ha elaborado para su cuestionario puedan estar sesgadas, o sean incompletas, o que su orden no sea el más apropiado.

Aspectos prácticos a tener en cuenta en la redacción de las preguntas³:

- Hay que evitar preguntas ambiguas: una pregunta no ha de admitir más de una interpretación.
- No usar términos vagos como "en ocasiones", "a menudo", etc.
- No formular dos preguntas en una (¿ha tenido alguna vez dolor en el pecho cuando sube escaleras?).
- No formular la pregunta de forma negativa (¿no piensa usted que fumar perjudica su salud?).
- Las preguntas deben ser cortas y no contener muchos conceptos.
- Utilizar un lenguaje sencillo: el lenguaje debe ser comprensible para todos los participantes, incluidos aquellos con un menor nivel de escolarización, y no emplear terminología médica. Si se emplea ésta última debemos indicar un sinónimo más coloquial entre paréntesis: ¿a qué edad tuvo la menarquia (primera regla)?
- No sobrevalorar la memoria de los encuestados: preguntar por acontecimientos recientes es más fácil para el encuestado.
- Para las cuestiones personales es mejor utilizar preguntas cerradas.
- Evitar un número elevado de opciones en las preguntas cerradas.
- Las preguntas han de ser neutras: evitaremos preguntas que sugieran algún tipo particular de respuesta.
- Considerar todas las posibles alternativas.
- Las alternativas han de ser mutuamente excluyentes.
- Además, es importante el orden de las preguntas y el formato de cuestionario, es decir, la presentación cuenta⁸.
- Debe evitarse el empleo de palabras cargadas emocionalmente (por ejemplo: racista, drogadicto, etc.).

Un apartado importante es la formación de los encuestadores para evitar sesgos en la recogida de la información. Además, es recomendable, antes de pasar un cuestionario, realizar una prueba piloto sobre un grupo de entre 30 y 50 sujetos con la finalidad de depurar aspectos como comprensión de las preguntas planteadas, tiempo que llevará pasar cada cuestionario y, por último, poder desechar preguntas ambiguas o que no aportan información.

El número habitual de preguntas suele situarse entre 20 y 30, y el tiempo necesario para su contestación suele ser de 15 minutos. Pero lo que realmente va a condicionar la extensión del cuestionario es la población a la que va dirigida, ya que, por ejemplo, no es lo mismo una población de jóvenes universitarios que una de ancianos o personas con problemas de escolarización³.

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO

La medición de magnitudes tales como la presión arterial, la edad gestacional, el nivel de colesterol total o el HDL puede ofrecer dificultades prácticas, pero es un problema técnico y conceptualmente resuelto; pero la medición de ciertas categorías abstractas como la ansiedad, la armonía familiar o la calidad de vida presenta dificultades no solo en la recogida de la información sino también en la medición exacta de estas nociones⁶.

Un nuevo instrumento para medir aspectos complejos (actitudes, calidad de vida, estado funcional, etc.) requiere una validación previa mediante el estudio de la fiabilidad y validez, que es largo, costoso⁶ y requiere el empleo de técnicas estadísticas complejas que no son motivo de este artículo. En este trabajo solo presentaremos algunos de estos conceptos^{3,4,6}:

- **Validez:** es la capacidad que tiene un instrumento de medir el concepto que se quiere evaluar.
- **Fiabilidad:** cuando mide de modo reproducible lo que se quiere, relacionado con la estabilidad en mediciones sucesivas.
- **Sensibilidad a los cambios:** capacidad de detectar cambios reales positivos o negativos en la salud.

Para evitar esta tarea tan compleja y larga en el tiempo podemos emplear escalas y cuestionarios ya validados por otros autores⁷.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Otro aspecto que debemos tener en cuenta a la hora de pasar un cuestionario es la solicitud de autorización para el uso de datos de los pacientes, como es el caso de datos clínicos derivados de la actividad asistencial. Conviene recordar que el propietario de la información en nuestro sistema sanitario es la institución sanitaria, garante de los derechos del paciente⁴. En cuanto al consentimiento informado, debe contener: naturaleza del estudio, procedimientos utilizados, beneficios y perjuicios de los procedimientos, confidencialidad, voluntariedad y siempre responder a cualquier pregunta del participante. Todo esto de forma clara y sin ambigüedades, con un lenguaje claro que puede enten-

der el sujeto. Como marco legal que obliga a disponer del consentimiento informado: Código de Nuremberg (1947) ("el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial") y Declaraciones de Helsinki³, Tokyo, Código de Buenas Prácticas de la CEE, RD 561/19939 para la regulación de los condicionantes éticos en la realización de ensayos clínicos en España, etc.

Principios éticos (generalmente aceptados):

- Beneficencia versus no maleficencia (proporcionalidad de riesgo versus beneficio).
- Autonomía (consentimiento informado).
- Justicia (desfavorecidos, grupos vulnerables).

Declaración de Helsinki (1960 -1975):

- Estrictos principios científicos, protocolo aprobado.
- Importancia de los objetivos superior a los riesgos.
- Sujetos informados y que den su consentimiento.

FORMATO DEFINITIVO

Finalmente, todo cuestionario debe incluir los siguientes apartados antes de presentar las preguntas objeto de estudio:

1. Identificación del organismo que lleva a cabo el estudio.
2. Título completo del trabajo que enmarca el cuestionario.

3. Declaración explícita del tratamiento confidencial de la información.
4. Espacio para la fecha de cumplimentación.
5. Instrucciones para la cumplimentación.
6. Frase de agradecimiento para el encuestado por su esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padilla JL, González A, Pérez C. Elaboración de un cuestionario. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis, 1998:115-140.
2. Streininger DI, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1999.
3. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Doyma; 2004.
4. Delgado M, Doménech JM. Fundamentos de Diseño y Estadística. UD 7: Investigación científica: Diseño de estudios. Barcelona: Signo; 2003.
5. Casas J, Repullo JR, Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Med Clinic (Barc) 2001; 116:789-796.
6. Silva LC. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
7. Badia X, Salameró M, Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español.
8. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5a ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
9. Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, sobre requisitos para la realización de ensayos clínicos. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE, 13 de mayo 1993, núm. 114.

Manejo de la Fibrilación Auricular no Reumática

Arsenio Gallardo López^a, Inmaculada Tejero Cabello^a

^a Cardiólogo. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

^b Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Albacete.

Correspondencia: Arsenio Gallardo López. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario de Albacete. C/ Francisco Javier de Moya s/n, Albacete. Teléfono: 967597100.

Recibido el 25 de septiembre de 2006.

Aceptado para su publicación el 28 de septiembre de 2006.

RESUMEN

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica. Su frecuencia aumenta con la edad y constituye un potente factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular isquémico. En la siguiente revisión se pretende clarificar el manejo de los pacientes con FA para aumentar la capacidad de resolución desde Atención Primaria y mejorar los indicadores de Profilaxis Tromboembólica (PTE).

Palabras clave. Fibrilación Auricular.

ABSTRACT

Not rheumatic atrial fibrillation management.

Atrial fibrillation is the more frequent earth arrhythmia in clinic practice. Its frequency increase by age and, in fact, it is a strong risk factor, independent of ischemic brain-vascular stroke. The objective of the above review is to make clear the management of patients with atrial fibrillation in order to increase resolution capability at primary care level and to improve thrombo-embolic prophylaxis ratios.

Key words. Atrial Fibrillation.

INTRODUCCIÓN

La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en la práctica clínica. Su frecuencia aumenta con la edad y constituye un potente factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular isquémico (ACV), oscilando el riesgo atribuible entre el 1.5% para pacientes de entre 50 y 59 años y el 23.5% para los de 80 a 89 años¹.

Estudios clínicos prospectivos y aleatorizados realizados en pacientes con FA han demostrado que el riesgo de ACV disminuye con el empleo de la Anticoagulación Oral (ACO) y en menor medida con Acido Acetil Salicílico (AAS): AFASAK, BAATAF, SPAF I, II y III, y CAFA.

Las sociedades científicas, y en concreto la Sociedad Española de Cardiología, basándose en estos estudios ha realizado una serie de recomendaciones² para clarificar las indicaciones de profilaxis tromboembólica (PTE) en pacientes con FA permanente (Tabla 1). Sin embargo, varios estudios³⁻⁵ ponen de manifiesto que la PTE no llega a todos los casos en los que está claramente indicada.

DEFINICIÓN

La FA es una taquiarritmia supraventricular caracterizada por una actividad auricular descoordinada con el consiguiente deterioro de la función mecánica auricular. En el ECG se caracteriza por la ausencia de ondas P delante del complejo QRS, que son sustituidas por oscilaciones de la línea isoeletrica a lo largo de todo el ciclo cardiaco,

conocidas como ondas "f", las cuales varían constantemente de tamaño, orientación y duración, y se asocian a una frecuencia cardíaca ventricular irregular y con frecuencia rápida.

Desde el punto de vista hemodinámico la FA se caracteriza por la pérdida de la sístole auricular, irregularidad de la respuesta ventricular y frecuencia cardíaca inapropiada.

CLASIFICACIÓN SEGÚN MODO DE PRESENTACIÓN

- De Reciente comienzo o descubrimiento:
 - Primer episodio de FA sintomática.
 - Primera vez que se diagnostica una FA asintomática.

En ambos casos la evolución en el tiempo puede variar su clasificación. Puede ser autolimitada (paroxística) o persistente (permanente).
- FA Recurrente, caracterizada por episodios de FA intercalados con periodos de ritmo sinusal:
 - Paroxística: revierte espontáneamente.
 - Persistente: no revierte espontáneamente.
- Permanente, establecida o crónica: ritmo estable en FA.

CAUSAS Y AFECCIONES RELACIONADAS

Fa con cardiopatía

- Reversibles: la FA puede ser secundaria a una causa aguda reversible (FA que aparece en el contexto de un IAM, cirugía cardíaca, pericarditis, miocarditis).
- No reversibles:
 - Enfermedad valvular reumática, con mayor frecuencia mitral.
 - Enfermedad coronaria.
 - Hipertensión.
 - Otras menos frecuentes: Miocardiopatía hipertrófica (MCH), miocardiopatía dilatada, cardiopatías congénitas (CIA Adulto), miocardiopatías restrictivas, enfermedad del nodo sinusal, preexcitación, prolapso mitral, Calcificación del Anillo Mitral (CAM), cor pulmonale.

Fa sin cardiopatía

- Reversibles: hipertiroidismo, embolismo pulmonar, neumonía, enfermedad pulmonar aguda, ingesta etílica, etc. En todos estos casos el tratamiento del trastorno subyacente suele suponer la conclusión de la arritmia sin recidiva.

- No reversibles: hasta un 30% de los casos paroxísticos y un 20% de los casos persistentes de FA se dan en pacientes jóvenes sin cardiopatía.

En ancianos es más frecuente que la FA se asocie con cardiopatía, aunque el desarrollo de dicha cardiopatía en estos pacientes puede ser independiente de una FA previa.

CRITERIOS DE DERIVACION URGENTE

- FA en contexto de WPW.
- Mala tolerancia clínica (disnea significativa, síncope, dolor torácico, sensación de palpitación inaceptable para el paciente).
- Síndrome taquicardia-bradicardia.
- Paciente con posible indicación de cardioversión: en general en pacientes no seniles y/o sintomáticos y menos de 48 horas de evolución de la arritmia está permitido hacer cardioversión eléctrica (CVE) sin anticoagulación previa.
- FA que acontece en el contexto de otra enfermedad que de por sí indique derivación urgente.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON FA NO REUMÁTICA

Para clarificar el manejo de estos pacientes haremos cuatro grupos con implicaciones terapéuticas diferentes:

1. Primer episodio de FA con independencia de la edad del paciente

Un primer episodio de FA que revierte espontáneamente o en urgencias, independientemente de la edad del paciente, es susceptible de estudio, pero en principio no precisa tratamiento específico ni PTE (salvo en situaciones de alto riesgo embólico).

2. Mayores de 75 años y FA permanente

El estudio inicial de estos pacientes se puede abordar en Atención Primaria ya que, salvo excepciones, van a ser pacientes subsidiarios de PTE y control de frecuencia ventricular, y rara vez nos vamos a plantear cardioversión, ya sea eléctrica o farmacológica, que justifique de entrada su derivación al nivel especializado. Tras el estudio inicial o a lo largo de la evolución se podrá derivar al cardiólogo a criterio de su médico de familia.

- La historia clínica y la exploración física se dirigen a:
- Buscar datos de cardiopatía o enfermedad-situación asociada, sospecha de arritmia secundaria o mal tolerada por: cardiopatía, neumopatía, hiper-

	EDAD	RECOMENDACIONES
CON FACTORES RIESGO	Cualquier edad	ACO
SIN FACTORES RIESGO	> 75	ACO
	65-75	AAS o ACO
	< 65	AAS o nada

Tabla 1. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología² para el uso de profilaxis tromboembólica en pacientes con FA. ACC/AHA Practice Guidelines. Directrices para el tratamiento de los pacientes con fibrilación auricular. Edición en español 2002.

tiroidismo, intoxicación etílica, alteraciones hidro-electrolíticas.

- Buscar síntomas secundarios a la arritmia.
- Buscar otros factores de riesgo tromboembólicos (tabla 2).
- Descartar contraindicación de ACO.

Las exploraciones complementarias que deben realizarse son:

- ECG: diagnóstico de FA y de respuesta ventricular (descartar síndrome de preexcitación).
- Analítica básica que incluya hemograma, iones y TSH
- Ecocardiograma: es conveniente tener uno de referencia en todos los casos de FA permanente. Los hallazgos esperables por la edad o por la propia FA y que son equiparables a Eco normal de cara al manejo del paciente son:
 - Aurículas dilatadas.
 - HVI leve-moderada en paciente hipertenso.
 - Calcificación del anillo mitral (CAM) con o sin insuficiencia mitral ligera.
 - Engrosamiento de la válvula aórtica con insuficiencia Ao ligera.
 - Ligera dilatación de la raíz Ao (hasta 45 mm en ancianos).
 - Ligero aumento de presiones pulmonares (hasta 40-45 mmHg) por Doppler.
 Hallazgos distintos en el Eco justifican derivación al cardiólogo.
- Rx de tórax: en sospecha de cardiopatía o neumopatía.

El tratamiento de la FA en ancianos tiene dos objetivos básicos:

- Profilaxis tromboembólica. Los ancianos son el grupo más susceptible de presentar un ACV: riesgo anual del 3.5% en mayores de 75 años sin otros factores de riesgo tromboembólicos asociados y del 8.1% si presentan factores de riesgo asociados, por lo que la PTE está indicada independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo asociados⁶.

- ACO: mantener INR entre 2 y 3; parece haber consenso en que a mayor edad se mantengan valores más cercanos a 2 que a 3, sin límite de edad, aunque en edades muy avanzadas se debe valorar individualmente según situación clínica del paciente.
- Antiagregación: contraindicación o rechazo por parte del paciente de ACO; usar al menos AAS a dosis de 300 mg/ día y si también está contraindicado usar clopidogrel.

- Control de la respuesta ventricular. Objetivo: frecuencia cardiaca en reposo de 80-90 lpm y no superar en esfuerzo 120-130 lpm. Si esta condición se diera espontáneamente indica cierto grado de bloqueo AV por lo que no se indicaría tto para este fin. Los fármacos recomendados son:
 - Primera elección: digoxina, betabloqueantes (atenolol, propanolol, metropolol, pindolol, bisoprolol) y antagonistas del calcio (diltiazem y verapamilo). La digoxina es el que peor controla la respuesta ventricular en el ejercicio por lo que debería ser la última opción.
 - La amiodarona, aunque tiene efecto cronotrópico negativo, no está recomendada de primera elección por los efectos secundarios potenciales.

Se debe elegir el fármaco según el perfil del paciente:

- Hipertensión asociada: betabloqueantes o antagonistas del calcio si no hay contraindicación.
- EPOC con HRB o claudicación intermitente: evitar betabloqueantes.
- La diabetes mellitus no es contraindicación de betabloqueantes.
- Cardiopatía Isquémica: betabloqueantes, verapamilo o diltiazem.
- Insuficiencia cardiaca descompensada: digoxina sola o asociada a diltiazem. Si hay datos de congestión pulmonar o sistémica hay que asociar diuréticos y optimizar tratamiento estándar. Evitar verapamilo mientras dure la descompensación. No iniciar betabloqueantes: si la insufi-

ciencia cardiaca no es por disfunción sistólica no habría problema en el tipo de fármaco; si es por disfunción sistólica una descompensación aguda no es el momento de iniciarlo, aunque a medio plazo estos enfermos deben de tomar betabloqueantes como el bisoprolol, carvedilol o metoprolol.

- Casos de difícil control:
 - Asociación: digoxina con betabloqueantes o bien digoxina con verapamilo o diltiacem (con precaución ya que aumentan los niveles de digoxinemia; se recomienda usar menores dosis de digital, por ejemplo, Lanacordín pediátrico^R 3 cc/ día. Digoxinemia de control si hay riesgo alto de intoxicación)
 - La incapacidad para el control de la respuesta ventricular sintomática es motivo de derivación, ya que pudiera precisar incluso ablación del nodo AV con implante de marcapasos.
 - Paciente con FA permanente con respuesta ventricular bien controlada que presenta aceleración de la frecuencia cardiaca sin haber abandonado el tratamiento: descartar proceso añadido intercurrente como infección, reagudización de EPOC, uso de fármacos beta2agonistas o descompensación de patología cardiológica de base. En estos casos el esfuerzo principal debe ir encaminado a tratar esta eventualidad.

3. Mayores de 75 años y FA recurrente

La recurrencia (FA paroxística) conlleva estudio y profilaxis tromboembólica igual que la permanente. A diferencia de la permanente, en el tratamiento antiarrítmico se podrá optar por:

- Ninguno si crisis poco frecuentes y/o bien toleradas.
- Fármacos para control de respuesta ventricular durante los episodios.
- Fármacos que intentan disminuir el no y duración de episodios: amiodarona, sotalol, flecainida y propafenona. Su uso e indicación, salvo quizá la amiodarona, justificaría la derivación a cardiología dado su difícil manejo.

4. Menores de 75 años con FA paroxística o permanente

Debe individualizarse cada caso en función de la edad y el perfil del paciente. En la mayoría de los casos sería conveniente la valoración por cardiólogo de referencia. En los casos de clara indicación de PTE, no demorarla e iniciarla desde AP. La recurrencia (FA paroxística) conlleva estudio y profilaxis tromboembólica igual que la permanente.

El tratamiento debe consistir en:

- Profilaxis tromboembólica:
 - Menores de 65 años sin otros factores de riesgo y sin cardiopatía: riesgo de ACV isquémico del 1% anual: valorar uso de AAS 300 mg/ día; si contraindicación usar clopidogrel.
 - Menores de 65 años en presencia de uno o más factores de riesgo: 8% riesgo anual de ACV isquémico: ACO.
 - Entre 65 y 75 años con factores de riesgo asociados: ACO.
 - Entre 65 y 75 años sin otros factores de riesgo asociados: individualizar teniendo en cuenta que a mayor edad más riesgo sobre todo en mujeres; como mínimo antiagregar.

En el caso de FA con presencia de algún otro factor de riesgo: ACO independientemente de la edad. Si se trata de FA aislada, sin otros FR para embolia:

- Menores de 65: riesgo anual de ACV isquémico 1.1; valorar AAS 300 mg/día; si contraindicado, clopidogrel.
- 65-75 años: individualizar cada caso teniendo en cuenta que a más edad más riesgo, sobre todo en mujeres; como mínimo antiagregar.
- Cardioversión: A valorar por cardiólogo de referencia.
- Control de respuesta ventricular: a la vez que se inicia ACO, se debe iniciar tratamiento para el control de respuesta ventricular atendiendo a los principios reflejados en mayores de 75 años.

En cuanto al seguimiento, este grupo, una vez valorado por cardiología, podrá seguir dos caminos:

FACTORES DE RIESGO PARA EMBOLIA (al menos uno de los siguientes):	RR
- Accidente cerebrovascular o AIT previo	2,5
- Hipertensión	1,6
- Insuficiencia cardiaca congestiva	1,4
- Edad avanzada(continua por década)	1,4
- Diabetes méllitus	1,4
- Enfermedad coronaria	1,5

Tabla 2. Factores de riesgo para embolia. RR: riesgo relativo.

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Diátesis hemorrágica	Enfermedad hepática grave
Hemorragia activa	Enfermedad renal grave
Aneurisma intracerebral	Aneurisma de aorta
Hipertensión arterial grave no controlada	Trastorno de la marcha
Alergia a cumarínicos	Cirugía reciente del SNC u oftalmológica
	Alcoholismo
	Alteración del estado mental

Tabla 3. Contraindicaciones de la anticoagulación.

- Control en atención primaria: en aquellos casos en que ya se hayan tomado todas las decisiones específicas y no precisan cardioversión, ni seguimiento de cardiopatía de base, ni toman fármacos antiarrítmicos complejos.
 - Control en cardiología: aquellos pacientes sometidos a cardioversión, uso de fármacos antiarrítmicos específicos, seguimiento de cardiopatía, difícil control de síntomas o cualquier otra condición a criterio de su médico de atención primaria o del propio cardiólogo.
1. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk for stroke: Framingham study. *Stroke* 1991; 22:983-8.
 2. Heras M, Fernández A, Gómez JA, Iriarte JA, Lindon RM, Pérez F, et al. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Recomendaciones para el uso del tratamiento anti-trombótico en cardiología. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52:801-20.
 3. Martín E, Salgado F, Sánchez A, Martos F, González JA, Fuentes T. Valoración del tratamiento antitrombótico en pacientes con fibrilación auricular crónica no valvular. *Atención Primaria* 1998; 22:172-5.
 4. Albers GW, Yin JM, Belew KM, Brittar N, Hattemer CR, Philips BG. Status of antithrombotic therapy for patients with atrial fibrillation in university hospitals. *Arch Intern Med* 1996; 156:2311-6.
 5. Pérez I, Melbourn A, Kalra L. Use of antithrombotic measures for stroke prevention in atrial fibrillation. *Heart* 1999; 82:570-4.
 6. Laupacis A, Albers GW, Dalen JE, Dunn MI, Jacobson AK, Singer DE. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation. *Chest* 1998; 114:579S-89S.

BIBLIOGRAFÍA

Torus Mandibular

José Vicente Ricart Cortés^a, Cele Cifuentes González^b, Ana Belén Paños Fernández^c,

^a Médico de Familia. Centro de Salud de Caudete (Albacete).

^b D.U.E. Centro de Salud de Caudete (Albacete).

^c Odontóloga. Unidad de Salud Bucodental de Caudete (Albacete).

Correspondencia: José Vicente Ricart Cortés. Centro de Salud, C/. José Ruiz Ruiz s/n, Caudete (Albacete). Telf.: 965825335.

Recibido el 18 de septiembre de 2006

Aceptado para su publicación el 29 septiembre de 2006.

RESUMEN

El torus constituye una prominencia ósea benigna que se asienta en el paladar duro o en la mandíbula. Generalmente es asintomático y no requiere tratamiento salvo que llegue a ser de gran tamaño, interfiriendo con la colocación de prótesis dentales, o presente ulceración superficial a causa de traumatismos repetidos. Cuando se requiere tratamiento, la solución es quirúrgica, procediéndose a su extirpación. En cuanto a su evolución sin tratamiento, el crecimiento es lento, pero no presenta tendencia a la malignización. Presentamos el caso de un paciente con torus mandibular bilateral.

Palabras clave. Torus mandibular.

ABSTRACT

Torus **Mandibularis**

Torus is a bone benign prominence, placed in the hard palate or jawbone. It is usually a not symptomatic process and it doesn't require treatment if it hasn't a big size or it difficult dental prosthesis or provokes an ulcer in surface by repetitive traumatism. When it is required treatment, the solution is a surgery procedure by extirpation. In matter of evolution and treatment, its growing is slow and it has not malignization. Above is showed the case of a patient with a bilateral jawbone torus.

Key words. Torus Mandibularis.

INTRODUCCIÓN

El torus constituye una prominencia ósea benigna de crecimiento anárquico que se asienta en el paladar duro o en la mandíbula. Es una forma de defensa que presenta el organismo ante fuerzas exógenas anómalas en dirección, frecuencia e intensidad no deseada. Son como un muro de contención, un refuerzo óseo. Podríamos compararlos con el hallux valgus de los pies.

Generalmente es asintomático y no requiere tratamiento salvo que llegue a ser de gran tamaño, interfiriendo con la colocación de prótesis dentales, o presente ulceración superficial a causa de traumatismos repetidos. Cuando se requiere tratamiento, la solución es quirúrgica, procediéndose a su extirpación. En cuanto a su evolución sin tratamiento, el crecimiento es lento, pero no presenta tendencia a la malignización.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente de 64 años con antecedentes de bigeminismo, insuficiencia aórtica ligera, intolerancia a la glucosa, hipercolesterolemia y polimialgia reumática, en tratamiento con prednisona, calcio y vitamina D, piroxicam-β-ciclodextrina y omeprazol.

Consultó por exostosis bilateral indolora en maxilar inferior (figura 1) cubierta con mucosa normal localizada a nivel sublingual, a la altura de los premolares, e igual a

nivel vestibular (figura 2), a la altura de las piezas 44, 45 y 46 en el lado derecho y a nivel de 34, 35 y 36 en el lado izquierdo. El paciente presentaba facetas de desgaste en ambas arcadas y refirió que "cerraba los dientes con fuerza" notando siempre tensión en los maseteros. En la radiografía (figura 3) se apreció desgaste dentario, a nivel del esmalte, siendo éste un signo de que se trataba de una persona apretadora, bruxista.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Aunque el torus ha sido mencionado en la literatura médica desde hace más de 180 años, sólo con los avances en el campo de la genética ha sido posible un mejor conocimiento del mismo en las últimas dos décadas. Su frecuencia varía en diferentes grupos étnicos y hoy se considera el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales con una presentación familiar que sugiere una herencia autonómica dominante de baja penetrancia.



Figura 1. Exostosis bilateral en maxilar inferior (torus mandibular) a nivel sublingual. Facetas de desgaste en arcada dental inferior.



Figura 2. Imagen del torus mandibular a nivel vestibular.

El torus mandibular es, junto al torus palatino, la exostosis intraoral más común. La prevalencia varía entre el 6 y el 40%. La frecuencia y el tamaño aumentan con la edad, siendo raros antes de los 10 años. En la radiografía no se aprecia el torus cuando es menor de 4 mm. Predomina en forma simétrica en el 80% de los casos, pero cuando es unilateral se encuentra mayormente en el lado derecho.

Se ha visto que son muy frecuentes en pacientes con torus alteraciones parafuncionales, como el bruxismo, de ahí que en su mayoría se asocie un desgaste dentario a nivel de las caras oclusales, que son las que se enfrentan unas con otras cuando el paciente bruxa. Asimismo, los pacientes con torus tienen, en promedio, un mayor número de dientes.

En un estudio llevado a cabo sobre 1000 pacientes, la mayoría fueron encontrados en el grupo de edad de 11 a 30 años. Aunque se ha descrito que el torus mandibular es más frecuente en mujeres que en hombres, en un estudio reciente no se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de torus entre ambos sexos, si bien se ha observado una fuerte asociación entre torus mandibular y torus palatino.

Es esencial realizar una historia completa y una correcta exploración para el diagnóstico de enfermedades de tejidos bucales duros, como es el torus mandibular, siendo también necesario un adecuado estudio radiográfico. De esta forma, puede ayudarse a establecer la causa de la lesión y proporcionar al estomatólogo o al odontólogo una valiosa información.

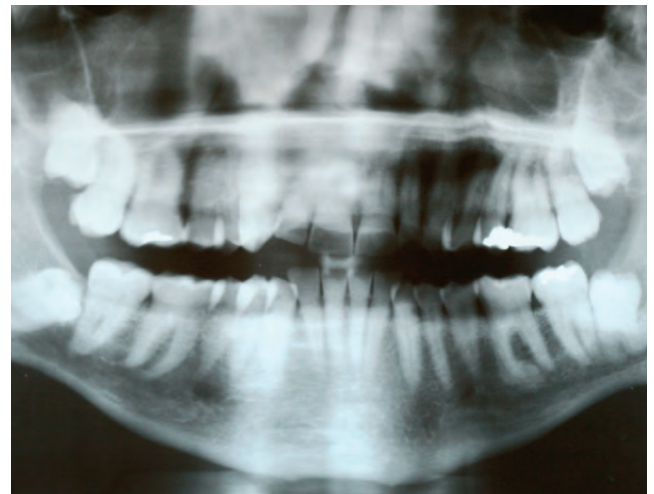


Figura 3. Imagen radiográfica de desgaste dentario.

BIBLIOGRAFÍA

- Al Quran FA, Al-Dwairi ZN. Torus palatinus and torus mandibularis in edentulous patients. *J Contemp Dent Pract* 2006; 7(2):112-9.
- Axelsson G, Hedegard B. Torus mandibularis among Icelanders. *Am J Phys Anthropol* 1981; 54(3):383-9.
- Gorsky M, Raviv M, Kfir E, Moskona D. Prevalence of torus palatinus in a population of young and adult israelies. *Arch Oral Biol* 1996; 41(6):623-5.
- Kerdpon D, Sirirungrojying SA. Clinical study of oral tori in Southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. *Eur J Oral Sci* 1999; 107(1): 9-13
- Laskaris G. Atlas de enfermedades orales. Barcelona: Masson; 2005.
- Meza Flores JL. Cavidad oral: torus palatinus y torus mandibularis. *Rev gastroenterol Perú*; 24(4): 343-8.
- Piera-Navarro N, Daniele-Rios N, Villalain-Blanco D. Clinical evaluation of hard tissue proliferations in the mouth. *Med Oral* 2002; 7(2):97-102.
- Seah YH. Torus palatinus and torus mandibularis: a review of the literature. *Aust Dent J* 1995; 40(5):318-21.
- Shah DS, Sanghavi SJ, Chawda JD, Shah RM. Prevalence of torus palatinus and torus mandibularis in 1000 patients. *Indian J Dent Res* 1992; 3(4):107-10.
- Susuki M, Sakai T. A familial study of torus palatinus and torus mandibularis. *Am J Phys Anthropol* 1960; 18:263-272.

Cólico Renal

José Manuel Morales Cano^a, Raúl Gutiérrez Ríos^b, Julia Tapiador Fernández^b

^a Especialista MF y C. Centro de Salud de El Torreón. Ciudad Real.

^b Médico Residente MF y C. Unidad Docente de Ciudad Real.

Correspondencia: José Manuel Morales Cano, C/ Real 11-B, 13003 Ciudad Real. Telf.: 926221072.

Recibido el 14 de septiembre de 2006

Aceptado para su publicación el 22 septiembre de 2006,

RESUMEN

La disponibilidad de la ecografía en el centro de salud permite un seguimiento de alta calidad en los cólicos nefríticos no complicados. Permite documentarlos correctamente, adelantarse a las posibles complicaciones y mejora considerablemente la confianza de los enfermos, a la vez que la propia satisfacción profesional. Presentamos el caso de una mujer de 30 años que acudió a la consulta por dolor agudo en fosa renal derecha.

Palabras clave. Litiasis renal. Cólico renal agudo.

ABSTRACT

Renal colic

The availability of ecography in health centre makes possible the high quality follow up in not complicate renal colic. It offers a improvement of warranty, the management of information previously to complication and the satisfaction of professionals. The article show the case of a 30 years old woman who consulted by acute renal pain.

Key words. Nephrolithiasis. acute renal colic.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se trata de una mujer de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, salvo que había padeció un cólico nefrítico hacía 5 años, cuando era gestante de 6 meses, sin expulsión de cálculo y sin que se encontrara causa subyacente alguna. Acudió a nuestra consulta del centro de salud por dolor agudo en fosa renal derecha irradiado a genitales y focalizado con más intensidad en la fosa iliaca derecha. Puesto que el dolor no había cedido espontáneamente, acudió sin cita a nuestra consulta. A la exploración física se observó una puñopercusión renal derecha dolorosa, sin otros datos de interés.

Reconocimos el cuadro como de un cólico nefrítico derecho con pocas posibilidades de equivocarnos. El análisis cualitativo de una tira de orina objetivó microhematuria intensa sin leucocituria ni nitritos. Decidimos dejarla en observación con espasmolíticos por vía intravenosa y diclofenaco intramuscular para que cediera el dolor; mientras tanto, nosotros continuamos atendiendo nuestra consulta. Una vez mejorada, le practicamos una ecografía en el mismo centro de salud, comprobando la existencia de una imagen hiperecogénica que dejaba sombra sónica correspondiente a una litiasis en el riñón derecho, acompañada de dilatación de la pelvis renal en grado leve-moderado (figura 1).

Eliminado el dolor y demostrado el origen del mismo, procedimos a darle de alta con vigilancia en nuestra consulta a los tres días, manteniendo espasmolíticos por vía oral como único tratamiento médico. Con el fin de completar el estudio se solicitó una analítica general y una radiografía simple de abdomen. A los tres días la paciente estaba asintomática y en la ecografía de control de la hidronefrosis se comprobó la disminu-

ción de la misma (figura 2). La analítica de control fue normal y en la radiografía simple de abdomen no se localizó ninguna imagen radiopaca que pudiera ser la culpable del cuadro. A la semana, la paciente nos llamó por teléfono comentándonos que no podía acudir al control que le habíamos citado por motivos de trabajo. A los 18 días, comprobamos por ecografía que la hidronefrosis había desaparecido completamente, manteniéndose la imagen de litiasis en cálices inferiores del riñón derecho (figura 3). Una analítica general completa, incluida calciuria y uricosuria en orina de 24 horas y una PTH intacta que resultaron normales (para despistar hiperparatiroidismo por ser un cuadro recidivante), completó el estudio. La paciente continuaba asintomática y procedimos a darle de alta por este proceso, reflejando en su historia clínica todos los detalles para disponer de amplia información ante eventos futuros. De forma definitiva dimos por hecho que el cálculo responsable del cólico nefrítico había sido una litiasis migrada al uréter que, fragmentada, habría sido expulsada con la micción (la litiasis que permanece en el riñón derecho sólo había sido espectadora pasiva del cuadro).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La disponibilidad de la ecografía en el centro de salud permite un seguimiento de alta calidad en los cólicos nefríticos no complicados. Permite documentarlos correctamente, adelantarse a las posibles complicaciones y mejora considerablemente la confianza de los enfermos, a la vez que la propia satisfacción profesional. Nos ayuda a evitar el sufrimiento del enfermo con el trasiego de ir y venir a los Servicios de Urgencias y también las derivaciones innecesarias a consultas especializadas (con frecuencia, cuando llega el paciente ya ha desaparecido el cuadro clínico).

La incorporación de la ecografía en Atención Primaria obliga a cambiar muchos algoritmos de manejo de ciertas patologías prevalentes. La Comunidad de Castilla-La Mancha se encuentra entre las más avanzadas en la utilización de la ecografía en Atención Primaria, pero aún estamos lejos de que su uso esté reconocido y extendido de manera universal en nuestros centros de salud y puntos de atención continuada (PACs), lo cual nos ha motivado para presentar el caso clínico.

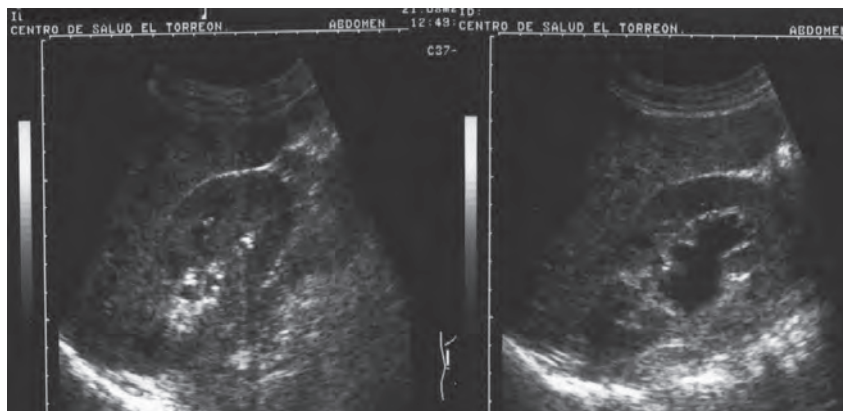


Figura 1. A la izquierda, imagen hiperecogénica en riñón derecho que deja sombra sónica en cálices de polo inferior: litiasis renal. A la derecha, imagen anecoica en interior de médula, dibujando la pelvis, en el contexto de cólico nefrítico: hidronefrosis leve-moderada.



Figura 2. Hidronefrosis en fase de regresión tres días después (clínicamente resuelto el cólico nefrítico).

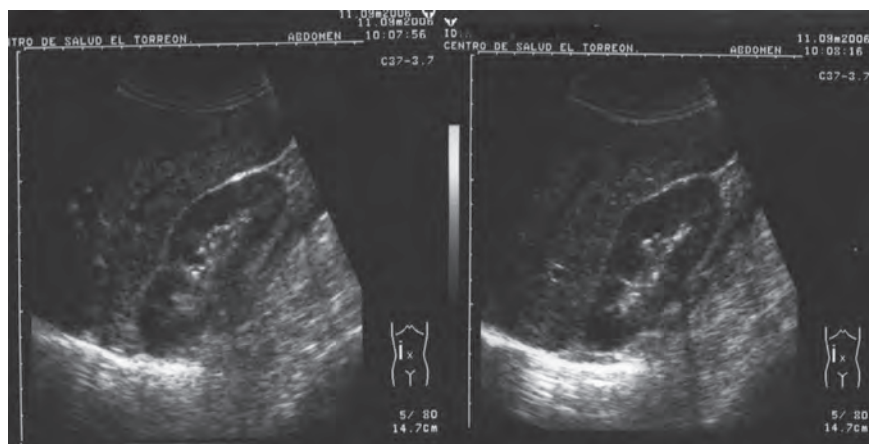


Figura 3. A la izquierda, hidronefrosis resuelta totalmente al cabo de 18 días. A la derecha, la imagen de litiasis permanece tras resolverse la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Press SM, Smith AD. Incidence of negative hematuria in patients with acute urinary lithiasis presenting to the emergency room with flank pain. *Urology* 1995; 45(5):753-7.
- Wright PJ, English PJ, Hungin AP, Marsden SN. Managing acute renal colic across the primary-secondary care interface: a pathway of care based on evidence and consensus. *BMJ* 2002; 325(7377):1408-12.
- Fábregas Escurriola M, Solórzano Cortijo I, Aragón Forés R. La Litiasis Renal y el Cólico Nefrítico. *Fisterra, Guías Clínicas* 2004; 4 (1) (Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/crenal.asp>).
- Merenciano Cortina FJ, Escuder Alejos A, Manzanero Gualda MA, Martínez Salinas P, Rafie Mazketti W, Amat Cecilia M et al. El valor de la radiología simple de abdomen en el cólico nefrítico. *Actas Urológicas Españolas* 2000; 24(2):138-43.

Revista Clínica de Medicina de Familia, Publicación Oficial de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria, considerará para su publicación aquellos trabajos que estén relacionados con esta especialidad. La revista seguirá los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

REQUERIMIENTOS LEGALES

Todos los originales aceptados quedan como propiedad permanente de Revista Clínica de Medicina de Familia y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. El autor cede, en el supuesto de publicación de su trabajo, de forma exclusiva a la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte incluso sonoro, audiovisual o electrónico) de su trabajo.

Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra revista.

Los autores deben comunicar en la carta de presentación cualquier asociación comercial que tengan y que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado. Asimismo deberán remitir el documento de declaración de conflicto de intereses.

Cuando se presenten estudios realizados en seres humanos, debe indicarse si los métodos seguidos han cumplido las normas éticas del comité ético de investigación clínica correspondiente. No han de utilizarse nombres, iniciales o número de historia clínica de pacientes, en especial en el material de ilustraciones. Cuando se presenten experimentos realizados con animales se debe indicar si se han seguido las normas del centro o del consejo nacional de investigación, o las posibles leyes nacionales, respecto al cuidado y uso de animales de laboratorio.

PROCESO EDITORIAL

Los manuscritos se remitirán por vía electrónica a la dirección SCMMFYC@terra.es.

Deberá acompañar al manuscrito una carta de presentación dirigida al Editor de Revista Clínica de Medicina de Familia en la que se solicite la evaluación del mismo para su publicación y se especifique la sección de la Revista donde se desea que se publique. En dicha carta deberá indicarse que el contenido del trabajo no ha sido publicado con anterioridad y que el mismo artículo, o una parte de él, no ha sido enviado simultáneamente a otra revista. Los autores deben poner en conocimiento cualquier circunstancia que pudiera suponer un conflicto de intereses.

SECCIONES DE LA REVISTA

Editoriales

Se incluyen trabajos que supongan una puesta al día rigurosa o una puntualización interesante sobre algún tema relacionado con la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Los editoriales se realizarán preferentemente por encargo del Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia. Tendrán una extensión máxima de cinco hojas y podrán incluir hasta dos figuras o tablas.

Originales

Preferentemente trabajos de investigación prospectivos y otras contribuciones originales sobre la etiología, la clínica, la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud. La extensión máxima será equivalente a unas 12 hojas tamaño DIN A4 y se admitirán hasta 8 figuras o tablas. El número máximo recomendado de autores es de 6. En los grupos de trabajo o autores corporativos el listado completo de los participantes aparecerá a pie de página o, si su número es elevado, al final del artículo. Es recomendable que el número de referencias bibliográficas no sea superior a 30.

Artículos especiales

Trabajos de revisión bibliográfica sobre un tema relacionado con la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Los artículos especiales se realizarán preferentemente por encargo del Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia. Se publicarán preferentemente revisiones sistemáticas fundamentadas en medicina basada en la evidencia. Tendrán una extensión máxima de unas 12 hojas y podrán incluir hasta 8 figuras o tablas. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

Revisión de guías clínicas

Trabajos de revisión de guías clínicas sobre el manejo de problemas de salud prevalentes y relevantes en el ámbito de Atención Primaria, incluyendo recomendaciones sistemáticas útiles en la toma de decisiones para situaciones clínicas concretas y para una atención sanitaria apropiada. Las revisiones de guías clínicas se realizarán preferentemente por encargo del Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia. Tendrán una extensión máxima de unas 10 hojas y podrán incluir hasta 8 figuras o tablas. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

Un paciente con...

Exposición resumida de un caso clínico de interés que suponga una aportación importante. La extensión máxima del texto será de 4 hojas y se admitirán hasta 3 figuras o tablas. Es recomendable que el número de

autores no sea superior a cuatro y que las referencias bibliográficas no sean más de diez.

Cartas al editor

En esta sección se publicarán objeciones, comentarios, observaciones o experiencias relativas a artículos publicados recientemente en Revista Clínica de Medicina de Familia u otros temas de interés para el médico de familia. La extensión máxima será de 2 hojas y se admitirá una figura y una tabla. Es recomendable que el número de autores no sea superior a cuatro.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Los trabajos se presentarán en hojas tamaño DIN A4, a doble espacio (26 líneas por página, con tipo de letra Arial tamaño 12 cpi) y por una sola cara. Las páginas deben ir numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho. Cada parte del trabajo comenzará con una nueva hoja, en el siguiente orden:

Primera página

Se indicará el título del artículo (conciso e informativo), nombre y apellidos de los autores, denominación del centro de trabajo, ciudad y país, la dirección completa del autor para la correspondencia y un teléfono, fax o correo electrónico de contacto. Si se desea hacer mención del grado académico o de los cargos que desempeñan los autores se hará referencia a pie de página. Se incluirá, si procede, la fuente de financiación del trabajo u otra información relevante, por ejemplo, si ha sido presentado previamente en una jornada o congreso, si ha recibido algún premio, etc.

Segunda página

Se incluirá el título del trabajo, el resumen/abstract y las palabras clave/key words derivadas del Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine (mínimo 3, máximo 6) (disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>). En los artículos originales se incluirá el resumen en español e inglés que será de aproximadamente de 250 palabras, estructurado bajo los siguientes apartados: objetivo, diseño, emplazamiento, participantes, mediciones principales, resultados y conclusiones. En los artículos de revisión, el resumen y abstract será de 250 palabras estructurado según los siguientes apartados: objetivo, estrategia de búsqueda, selección de estudios y de datos, síntesis de resultados y conclusiones. A fin de facilitar la valoración anónima de todos los trabajos se recomienda no incluir ni en esta página ni en el texto, datos identificativos de los autores o lugar de trabajo.

Tercera página y sucesivas

Los trabajos deberán estar divididos en apartados

siendo deseable que se ajusten, siempre que ello sea posible, al esquema siguiente:

Editoriales: sistematizados al máximo en función del contenido del trabajo.

Originales: introducción, material (o pacientes) y métodos, resultados, discusión y conclusiones. La introducción será lo más breve posible, limitándose a proporcionar la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue, debiendo incluir los fundamentos teóricos, los antecedentes del problema y la elaboración del objetivo del estudio. En el material (o pacientes) y métodos se indicará el tipo de estudio, ámbito o emplazamiento, tiempo que ha durado, las características y modo de selección de la sujetos, los criterios de inclusión y exclusión seguidos, las variables de interés y las técnicas empleadas, proporcionando los detalles suficientes para que una experiencia o un trabajo determinado pueda ser reproducido sobre la base de esa información. Al hacer referencia a fármacos o productos químicos deberá indicarse el nombre genérico, la dosificación y la vía de administración. Si se trata de métodos o procedimientos muy utilizados y conocidos, debe proporcionarse la cita bibliográfica correspondiente y evitar su descripción detallada. En el caso de ensayos clínicos con distribución aleatoria se debe detallar el método utilizado para la aleatorización y si la asignación aleatoria se mantuvo oculta. Se han de describir los métodos estadísticos utilizados con el nivel de significación aceptado. Las unidades de medida han de estar expresadas, al menos, en el Sistema Internacional de Unidades. Cuando se trate de experimentos relacionados con seres humanos, se ha de indicar si los procedimientos seguidos fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica de la institución correspondiente. Asimismo, se debe hacer constar que se ha obtenido la autorización de los individuos. En resultados se deben cuantificar los hallazgos y presentarlos con los indicadores apropiados de medición de error o incertidumbre (como los intervalos de confianza). En esta sección se debe relatar, pero no interpretar, los datos obtenidos con el material y métodos utilizados, con la ayuda de figuras y tablas si fuera necesario. Los resultados deben ser concisos y claros. Los manuscritos que presenten resultados de un ensayo clínico de grupos paralelos con distribución aleatoria deberán incluir el diagrama de flujo CONSORT (<http://www.consort-statement.org>) en el que se ilustra la distribución y el progreso de los pacientes a los largo del estudio. En discusión se ofrecerán las propias opiniones sobre el tema sin repetir datos aportados en la introducción o en los resultados. En esta sección deben desarrollarse los siguientes aspectos: los hallazgos más relevantes, la aplicación práctica de los resultados, la concordancia o discordancia con

observaciones previas, los problemas metodológicos que pudieran existir y las directrices para futuras investigaciones, exponiendo nuevas hipótesis cuando esté justificado. No es necesario incluir conclusiones, en todo caso, éstas deben derivarse exclusivamente del estudio. Se incluirán agradecimientos cuando se considere oportuno, mencionando a las personas, centros o entidades que hayan colaborado en la realización del estudio. En bibliografía las referencias bibliográficas se presentarán según el orden de aparición en el texto, con la correspondiente numeración arábiga correlativa. En el artículo constará la numeración de la cita en superíndice. Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales y se elaborarán según las normas de Vancouver, disponible en: <http://www.icmje.org/>. Los nombres de las revistas serán abreviadas de acuerdo con el Index Medicus/Medline (consultar List of Journal Indexed, que publica Index Medicus/Medline, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cg>).

A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

1. Artículos de revistas. Relacionar todos los autores si son seis o menos. Si son más, relacionar sólo los seis primeros, añadiendo la expresión et al:

Jimeno Mollet J, Molist Brunet M, Franch Nadal J, Serrano Borraz V, Serrano Barragán L, García Jiménez R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en la diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2005; 35:30-6.

2. Autor(es) personal(es) de libro:

De la Serna de Pedro I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Ed. Masson; 2000.

3. Capítulo de un libro:

Phillips SJ, Whisnant JP. Hipertensión and stroke. En: Lara IH, Brenner BM, editors. Hipertensión: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Artículos especiales: cuando se trate de revisiones incluirán objetivo, estrategia de búsqueda, selección de estudios y de datos, síntesis de resultados y conclusiones. En objetivo se establecerá el propósito principal de la revisión e incluirá información sobre la población estudiada, intervenciones, exposiciones, escalas o resultados que se van a revisar. En la estrategia de búsqueda se resumirán las fuentes de información utilizadas mencionando las restricciones y se indicará si se ha contado con expertos, base de datos o publicaciones, años incluidos en la búsqueda, etc. En selección de estudios se describirán los criterios de selección de los artículos considerados como relevantes. En selección de datos se describirá la metodología utilizada para la extracción de datos de cada artículo relevante. En síntesis de resultados se referirán los principales resultados de la revisión. En conclusiones se indicarán

las que son relevantes y se recomendará la dirección de estudios futuros. En palabras clave, tablas, figuras y bibliografía se seguirán las mismas normas que las reseñadas en los Originales.

Notas Clínicas (un paciente con...): introducción, observaciones clínicas y discusión o comentarios.

Cartas al Editor: no precisan apartados.

Figuras (gráficas o fotografías)

Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9 x 12 cm. o múltiplo. Irán numeradas (números arábigos) al dorso mediante una etiqueta adhesiva y con una flecha se señalará la parte superior. Tanto las fotografías como las gráficas irán numeradas correlativa y conjuntamente como figuras. Pueden remitirse las fotografías en soporte electrónico, en este caso los formatos empleados deben ser bmp, jpg o tiff. Si se utilizan fotografías de personas, no deben ser identificables o bien se han de acompañar de un permiso escrito para utilizarlas. Los pies de las fotografías deben ir mecanografiados en hoja aparte. Las gráficas se presentarán separadamente del texto el artículo, cada una en una página diferente. Deben ser autoexplicativas, con un título breve que describa su contenido. Las figuras deben utilizarse solamente cuando la información no pueda presentarse claramente de otra forma. No deben repetirse en gráficos los datos ya presentados en tablas o texto.

Páginas de Tablas.

Las tablas se presentarán en hojas aparte. Incluirán numeración arábiga y encabezamiento con un título genérico de su contenido, ajustándose a una ocupación máxima de una hoja. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa a pie de tabla. Las tablas deben ser lo más sencillas posible y no duplicar información que se presenta en el texto. Las filas y columnas deben ir precedidas de un encabezamiento corto o abreviado, que identifique exactamente el material que contiene. Si se incluyen datos que no proceden del estudio, debe señalarse claramente con una nota al pie de tabla que identifique la fuente. Cuando se presenta más de una tabla, se aconseja utilizar un formato similar para facilitar su comprensión al lector. Todas las tablas deben aparecer mencionadas en el texto.

PROCESO EDITORIAL

El autor recibirá un acuse de recibo del trabajo remitido con un número de identificación asignado. Los manuscritos serán revisados por el Comité Editorial,

que se reserva el derecho de devolver aquéllos que no cumplan con las instrucciones indicadas.

Todos los artículos remitidos a la revista serán revisados anónimamente por dos evaluadores expertos, externos a la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. El Comité Editorial valorará dichos comentarios y se reserva el derecho a rechazar aquellos trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario.

Siempre que el Comité Editorial sugiera efectuar modificaciones en los artículos, los autores deberán remitir, junto a la nueva versión del manuscrito (original, dos copias y versión electrónica) una carta en la que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas. Esta versión modificada se podrá remitir por correo electrónico o, en su defecto, por correo postal, haciendo referencia al número de identificación previamente asignado al artículo y especificando que se trata de una versión modificada. Los trabajos remitidos a los autores para la introducción de modificaciones deben ser devueltos a la redacción de la revista en el plazo de 20 días; en caso contrario, el Comité Editorial no garantiza su publicación.

El autor de correspondencia recibirá una carta con la decisión acerca de la aceptación, nuevas modificaciones o rechazo del artículo.

El autor de correspondencia recibirá unas pruebas de imprenta del artículo para su corrección. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas en un plazo de 72 horas. El Comité Editorial se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.

POLÍTICA EDITORIAL

Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor(es), y no necesariamente del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.