

CARTAS AL DIRECTOR

Sobre las reglas de tobillo de Ottawa

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el artículo, publicado en la revista que dirige, titulado «Validación de las reglas de tobillo de Ottawa para el uso eficiente de radiografías en las lesiones agudas del tobillo»¹, y nos parece oportuno realizar una serie de matizaciones.

Efectivamente, la puesta en práctica de una serie de normas aplicables a los traumatismos de tobillo, en lo referente a la petición de radiografías, es en el momento actual casi incuestionable, hecho refrendado en numerosos trabajos²⁻⁵. El ahorro tanto de dinero como de cantidad de irradiación y la mejora en la sobrecarga asistencial de las urgencias así lo aconsejan. Máxime considerando que tan sólo un 15% de los traumatismos de tobillo presentan fracturas significativas. La sensibilidad para la detección de fracturas oscila en un 93-100%, pero la especificidad disminuye ligeramente, según diversos trabajos^{6,7}, en un 37-42%, si bien la realización de radiografías, basándonos en la aplicación de dichas reglas, se viene a cifrar en un 37% menos.

Nuestro comentario se refiere a la existencia de una variante⁶ que podría incrementar la especificidad hasta un 59%, y disminuir la necesidad de realizar radiografías hasta un 54%. La variante consiste en desplazar el área de exploración clínica situada en la parte posterior de los últimos 6 cm de ambos maléolos (externo-peroneo e interno-tibial) a la parte central de dichos maléolos. La justificación teórica es que el dolor fractuario sería más fácilmente detectable en la zona media de la diáfisis ósea, y además no habría en esa región inserciones ligamentosas que pudieran resultar dolorosas a la palpación, mientras que sí podrían producirse falsos positivos sin existir fracturas al palpar las regiones posteriores de los maléolos, pues en esas zonas sí hay inserciones ligamentarias. El resto de las condiciones de inclusión y exclusión serían las mismas que para la aplicación de las reglas de tobillo de Ottawa (traumatismo de menos de 10 días de evolución, no en gestantes ni en niños, etc.).

Creemos, por tanto, que puede resultar en una mayor especificidad el he-

cho de realizar la palpación de los últimos 6 cm maleolares en la región central del hueso y no en la región posterior, como describen inicialmente Stiell et al.

**I. Salcedo, M. Herrero,
B. Carretero, A.B. Sánchez,
C. Mascías y F.J. Panadero**

Unidad docente de Medicina Familiar y comunitaria. EAP Villanueva de la Cañada. Área 6. Madrid.

1. Aginaba Badiola JR, Ventura Huarte I, Tejera Torroja E, Huarte Sanz I, Cuende Garcés A, Gómez Garcerán M et al. Validación de las reglas del tobillo de Ottawa para el uso eficiente de radiografías en las lesiones agudas de tobillo. *Aten Primaria* 1999; 24: 203-208.
2. Stiell IG, Mc Dowell I, Nair RC, Aeta A, Greemberg G, McKnight D et al. Use of radiography in acute ankle injuries: physician's attitudes and practice. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 1671-1678.
3. Anis AH, Stiell IG, Stewart DG, Laupacis A. Cost-effectiveness analysis of the Ottawa ankle rules. *Ann Emerg Med* 1995; 26: 422-428.
4. Luchessi GM, Jackson RE, Peacock WF, Cesarini C, Swor RA. Sensitivity of the Ottawa ankle rules. *Ann Emerg Med* 1995; 26: 1-5.
5. Stiell IG, McKnight RD, Greenberg GH, McDowell I, Nair RC, Wells GA et al. Implementation of the Ottawa ankle rules. *JAMA* 1994; 271: 827-832.
6. Leddy JL, Smolinski RJ, Lawrence J, Snyder JL, Priore RL. Prospective evaluation of the Ottawa ankle rules in a university sports medicine center (with a modification to increase specificity for identifying malleolar fractures). *Am J Sports Med* 1998; 26 (2): 158-165.
7. Mc Bride K. Validation of the Ottawa ankle rules. Experience at a community hospital. *Can Fam Physician* 1997; 43: 459-465

Consumo de antiinflamatorios no esteroides en las áreas básicas de salud (ABS) de la Región Sanitaria Girona durante 1997

Sr. Director: Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) son uno de los subgrupos terapéuticos más prescri-

tos en el ámbito de atención primaria. Sin embargo, debe valorarse si su extendida utilización está plenamente justificada, debido a la frecuente presentación de toxicidad gastrointestinal, especialmente tras exposiciones crónicas¹, y a su inadecuada administración en procesos dolorosos sin inflamación, como las enfermedades articulares degenerativas².

Se realizó un estudio descriptivo transversal, cuyos objetivos fueron conocer las características del consumo de AINE en 34 áreas básicas de salud (ABS) de la Región Sanitaria de Girona en 1997, relacionar el consumo de AINE con diversas variables poblacionales, asistenciales y organizativas, realizar un análisis crítico del perfil de prescripción de los AINE y valorar la utilización de analgésicos y antiulcerosos en relación con los AINE. Los datos de consumo de fármacos hacen referencia al número de dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Las variables que se analizaron fueron consumo global de AINE, perfil de prescripción de los diferentes principios activos que forman parte de dicho grupo, indicador *drug utilization* 90% (DU90%)³, proporción de consumo de AINE respecto al de AINE más analgésicos y consumo global de antiulcerosos y de analgésicos. Las variables estudiadas fueron poblacionales (habitantes por ABS, mayores de 64 años, densidad de población), asistenciales (número de médicos, actividad asistencial, edad de los médicos) y organizativas (ABS reformada y no reformada). Se estudió la influencia de las distintas variables sobre la prescripción mediante una prueba de regresión lineal múltiple (método *step-wise*). También se ha utilizado el *coeficiente de correlación lineal de Pearson* para el estudio de la relación entre el consumo global de AINE con antiulcerosos; AINE COX 2 selectivos con antiulcerosos y AINE con analgésicos.

El consumo global de AINE de todas las ABS fue de 27,520 DHD (tabla 1). Los AINE más prescritos fueron diclofenaco (DHD, 7,413; 26,9%), piroxicam (DHD, 4,794; 17,4%) y aceclofenaco (DHD, 4,130; 15,0%). Ocho principios activos constituyen el 90% de la prescripción total. Los AINE considerados COX 2 selectivos (melo-

TABLA 1. Consumo de AINE (en DHD) durante el año 1997 (para el total de las ABS estudiadas; n = 34)

AINE	Consumo en DHD	% respecto al consumo total	% acumulado (DU90%)
Diclofenaco	7,413	26,94	26,94
Piroxicam	4,794	17,42	44,36
Aceclofenaco	4,130	15,01	59,37
Naproxeno	3,200	11,63	71,00
Indometacina	1,731	6,29	77,29
Ibuprofeno	1,441	5,24	82,53
Meloxicam	1,430	5,20	87,73
Tenoxicam	0,858	3,12	90,85
Nabumetona	0,832	3,02	
Nimesulida	0,448	1,63	
Otros	1,243	4,50	
Total	27,520	100,00	

DU90%: drug utilization 90%.

TABLA 2. Comparación entre red reformada y no reformada

	Reformada (n = 22)	No reformada (n = 12)	p
Consumo total AINE (DHD)	26,772	28,892	ns
Perfil de consumo AINE (DHD):			
Diclofenaco	7,434	7,375	ns
Piroxicam	4,306	5,690	0,01
Aceclofenaco	4,160	4,075	ns
Indometacina	1,692	1,800	ns
COX 2 selectivos	2,739	2,656	ns
Consumo de antiulcerosos (DHD)	21,063	20,265	ns
Consumo de analgésicos (DHD)	7,075	6,468	ns
Razón AINE/AINE + analgésicos	79,10%	81,71%	
DU90%	8 PA: % acum.	8 PA: % acum.	
	Diclofenaco (27,77)	Diclofenaco (25,53)	
	Piroxicam (43,86)	Piroxicam (45,22)	
	Aceclofenaco (59,40)	Aceclofenaco (59,33)	
	Naproxeno (70,98)	Naproxeno (71,04)	
	Indometacina (77,30)	Indometacina (77,27)	
	Ibuprofeno (82,81)	Meloxicam (82,25)	
	Meloxicam (88,13)	Ibuprofeno (87,02)	
	Nabumetona (91,37)	Tenoxicam (90,67)	

PA: principio activo, y ns: no significativo.

xicam, nabumetona y nimesulida) representaron un 9,8% del consumo total. La razón AINE frente AINE + analgésicos (en DHD) fue del 80,05%. El perfil de prescripción de AINE por principio activo mostró una gran variabilidad entre las diferentes ABS estudiadas. No se encontraron diferencias significativas en el consumo global entre ABS reformadas y no reformadas, aunque sí en su perfil de prescripción (tabla 2). El consumo de piroxicam fue significativamente más elevado en las ABS no

reformadas (p = 0,01). Se observó que las ABS con mayor consumo de AINE también presentan mayor prescripción de antiulcerosos y de analgésicos, siendo esta relación significativa (p = 0,01 y p = 0,05, respectivamente). El modelo de regresión múltiple incluyó como variables el número de visitas por habitante y año, la densidad de población y la edad media de los médicos. Este modelo explicó globalmente un 44,35% de la variabilidad del consumo de AINE en las ABS estudiadas.

Si se analiza la distribución del consumo de los diferentes principios activos se intuyen como problemas de prescripción: el elevado porcentaje de prescripción de piroxicam, el cual se caracteriza por una mayor incidencia de reacciones adversas gastrointestinales, especialmente en ancianos⁴; el importante volumen de prescripción del aceclofenaco, un AINE con una experiencia de uso más limitada, que presenta un perfil tóxico no muy diferente del diclofenaco, con mayor incidencia de reacciones adversas cutáneas y neurológicas⁵ y, finalmente, la escasa importancia dentro de la prescripción de ibuprofeno si se compara con otros AINE. Una consideración interesante es la baja utilización de los analgésicos puros en relación con los AINE, especialmente si se considera la mayor prevalencia de procesos dolorosos, respecto a los procesos inflamatorios. En este caso, se observa un hecho que podría considerarse paradójico y agravante de la situación, como es que las ABS que presentan mayor consumo de AINE también lo hacen de analgésicos. Cabe reseñar la relación estadísticamente significativa entre la prescripción de AINE y la de antiulcerosos, hecho que coincide con lo observado por otros autores⁶. Como conclusión, los factores que explican el mayor consumo de AINE en las ABS estudiadas son: presión asistencial, densidad de población y edad media de los médicos de la ABS.

M.T. Faixedas^a, J.A. García Vicente^b, D. Faixedas^b y M. Farré^c

^aRegió Sanitària Girona del Servei Català de la Salut. ^bSubdivisió d'Atenció Primària Girona, Barcelonès Nord i Maresme del Institut Català de la Salut. ^cInstitut Municipal d'Investigació Mèdica. Universitat Autònoma de Barcelona.

1. MacDonald TM, Morant SV, Robinson GC, Shield MJ, McGilchrist MM, Murray FE et al. Association of upper gastrointestinal toxicity of non-steroidal anti-inflammatory drugs with continued exposure: cohort study. *BMJ* 1997; 315: 1333-1337.
2. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North of England evidence based guideline development project: summary guideline for non-steroidal anti-inflammatory drugs *versus* basic analgesia in treating the pain of degenerative arthritis. *BMJ* 1998; 317: 526-530.

3. Bergman U, Popa C, Tomson Y, Wettermark B, Einarson TR, Aberg H et al. Drug utilisation 90% -a simple method for assessing the quality of drug prescribing. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54: 113-118.
4. García Rodríguez LA. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, ulcers and risk: a collaborative meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum* 1997; 26: 16-20.
5. Anónimo. Efectes indesitjables dels analgèsics i antiinflamatoris de comercialització recent. *Butll Groc* 1995; 8: 9-12.
6. Sánchez Casado JI. Prescripción de antiinflamatorios no esteroides y gastroprotectores. Adecuación a criterios de calidad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20: 127-132.

Sobre la Mesa Inaugural del XIX Congreso de semFYC

Sr. Director: Hemos leído con interés el resumen de la comunicación a la mesa inaugural del pasado Congreso semFYC de Medicina de Familia y Comunitaria sobre los primeros años de nuestra especialidad¹. Como quiera que dicha mesa, por su carácter extraordinario, impedía la participación de los asistentes, aprovechamos esta sección para comentar la información ofrecida.

En la **tabla 2** del trabajo referido se enumeran las unidades docentes nacidas en 1981 asimilándolas a los primeros centros de atención primaria acreditados para la docencia, adjetivándolos cariñosamente de «míticos». Como «agraviados», debemos mencionar para conocimiento de sus lectores —prácticamente todo el colectivo de médicos de familia— que también perteneció a dicha lista el Centro de Salud de Pozuelo. Citaremos una fuente de autoridad como es el Dr. Segovia de Arana: «Tengo que recordar que el primer centro de salud que se inauguró con el concepto actual fue el de Pozuelo, realizado con fines docentes. Dependía de la Clínica Puerta de Hierro y lo dirigía el Dr. Frieyro, que estuvo demostrando lo que en esencia es la medicina de familia, que conocía y conoce muy bien.»²

La historia de la medicina de familia en España, como en el resto de países, se ha convertido en sí misma en objeto de estudio, siendo así que creemos debería ocupar al menos un capítulo en toda historia de la medici-

na del último cuarto de siglo. Por nuestro respeto a la historia y al trabajo de muchos que nos precedieron, hemos querido completar la brillante exposición y magnífica recopilación documental del Dr. Borrell.

E. Calvo Corbella, B. Ibarrola Muñoz, A. Álamo Antúnez y E. Mena García

Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I. Madrid.

1. Borrell i Carrió F. Medicina Familiar y Comunitaria: los primeros años. *Aten Primaria* 1999; 24 (2): 49-52.
2. Prieto Orzanco A. Testigos de una especialidad. Entrevista con José M.ª Segovia de Arana. *Dimens Hum* 1999; 3 (5): 30-35.

La atención a la salud en el domicilio a debate

Atención domiciliaria; Historia; Medicina familia comunitaria; Unidades docentes.

Sr. Director: Ante la carta de respuesta de J. Gené y de J.C. Contel¹ a 2 cartas que escribimos en la revista que dirige^{2,3}, queremos ofrecer algunos argumentos para ayudar a disminuir el escepticismo que manifiestan tener ante los equipos de soporte y que ya comentaban en un editorial anterior⁴.

Primero, cuando hablamos de equipos de soporte, hablamos de equipos desde atención primaria, no de «servicios paralelos creados desde el hospital para cubrir la asistencia que preocupa al jefe de servicio»¹ ni de «servicios extrahospitalarios utilizados como instrumento de poder del hospital dentro del ámbito de la atención primaria»¹. Los equipos de soporte a la atención domiciliaria (ESAD) que se han puesto en marcha en el INSALUD, en las áreas de atención primaria 1, 2 y 4 de Madrid en una primera fase y en 7 áreas más en 1999, dependen de las gerencias de área de AP y están formados por profesionales médicos y de enfermería que provienen de la atención primaria o que tienen amplia experiencia en ella. Así en una evaluación realizada, basada en las opiniones de los profesionales de los centros de salud, hemos encontrado comentarios del tipo de: «El ESAD permite rela-

cionarse de compañero a compañero, son "especialistas" de primaria, conocen cómo se trabaja aquí...». Es verdad que algunos médicos dicen que los equipos de soporte traspasan los límites de la atención primaria y que la formación del médico de EAP es suficiente para atender los pacientes inmovilizados y terminales, pero también es cierto que los profesionales que han tenido contacto con los ESAD comentan que éstos son «algo más que un apoyo: te refuerzan, te dan seguridad y te permiten tomar decisiones mejor fundadas, además de resolver problemas ante los que muchas veces te sientes impotente».

Los profesionales de EAP que tienen relación con los ESAD manifiestan que «es imposible estar al día en los últimos avances para mejorar los síntomas de pacientes como los paliativos, que sólo ves de vez en cuando. Los ESAD están más al día; me han propuesto tratamientos y soluciones que yo no conocía». Así, los profesionales hablan de que los ESAD son una ayuda para técnicas difíciles, un soporte para facilitar el cuidado de un paciente en casa, unos proveedores de medios materiales, unos consultores, unos consejeros, unos coordinadores de los procesos y unos intermediarios con el hospital, que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes⁵.

Y en esa línea de hablar de los pacientes, en el pilotaje de un estudio financiado por el FIS, sobre satisfacción de usuarios con la atención domiciliaria a pacientes oncológicos terminales⁶, nos hemos encontrado que existen diferencias significativas en el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por EAP sin soporte de los ESAD, los atendidos por una unidad de hospitalización a domicilio o por un EAP apoyado por un EASD, favorables a este último grupo. Además el 81,1% de los pacientes dice preferir la atención en casa, porcentaje que aumenta entre los usuarios de los ESAD. Incluso llegan a afirmar, entre otras cosas positivas, que los profesionales que les atienden (ESAD y EAP) son «un equipo que da la impresión de estar bien coordinados».

Creemos que todos estos elementos refuerzan el papel de los equipos de atención primaria en la atención a los pacientes de su zona y por tanto mejora, incluso, el vínculo afectivo creado a lo largo del tiempo en «ese difícil momento de la fase final de mi vida».