

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 ligamentosas. 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. Masciás 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, Lapacis 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. McBride 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