

psíquicas o físicas, mujeres en prostitución o dependientes de drogas³.

El bajo registro de casos de VG en los servicios de urgencias se ha reflejado en varias ocasiones en la literatura médica con porcentajes que varían entre el 12 y el 18%⁵. Esto cobra aun mayor importancia si consideramos que los servicios de urgencias son, en muchos casos, el primer o el único contacto que tienen las mujeres víctimas del maltrato con el sistema sanitario. Por otro lado, la identificación de casos de VG en la consulta diaria de atención primaria no resulta más alentadora y se sitúa entre el 4 y el 10%⁶.

Concluimos que resulta difícil conocer la cifra real de casos de VG a partir de PJI porque los datos registrados son insuficientes. Se debe insistir en la importancia de cumplimentar los PJI detalladamente como herramienta fundamental de las víctimas en el proceso judicial.

Bibliografía

1. Ginebra: OMS. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Antecedentes. 2005.
2. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Álvarez-Dardet C. Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el período 1998–2006. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:91–100.
3. Ministerio de Igualdad. Instituto de la mujer. Mujeres en cifras. Apartado Violencia. [consultado 5/5/2010]. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/index.htm>.
4. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
5. Escribá Agüir V, Barona Vilar C, Calvo Mas C, Carpio Gesta ML, Fullana Montoro A. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit*. 2006;20:510–2.
6. Ernst AA, Nick TG, Weiss SJ, Houry D, Mills T. Domestic violence in an inner-city ED. *Ann Emerg Med*. 1997;30: 190–7.

Rosmary Argüelles Vázquez^{a,*}, Patricia Lorente Montalvo^b y Magdalena Esteva Cantó^c

^a Centro de Salud Calvià, Mallorca, Islas Baleares, España

^b Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

^c Gabinete técnico, Gerencia de Atención Primaria, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosargu2210@hotmail.com

(R. Argüelles Vázquez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.03.019

Seguimiento de una Guía de Práctica Clínica para el manejo del dolor lumbar en pacientes referidos al servicio de urgencias

Follow-up of a Clinical Practice Guide for the management of low back pain in patients referred to Emergency Departments

Sr. director:

Según la OMS, hasta un 90% de la población mundial llega a padecer lumbalgia en algún momento de su vida, siendo esta la principal causa de discapacidad en menores de 45 años, con las repercusiones sociales y económicas que implica^{1,2}. Entendiendo la importancia de esta patología, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desarrolló en 2008 una Guía de Práctica Clínica (GPC) para ayudar a definir y estandarizar el abordaje diagnóstico y el tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente con lumbalgia de acuerdo a los diferentes niveles de atención³. Su empleo dentro del primer nivel de atención es clave para iniciar el proceso diagnóstico-terapéutico y orientar de forma adecuada la referencia de pacientes al segundo nivel.

Con el objetivo de determinar el grado de seguimiento de esta GPC, se llevó a cabo un estudio observacional transversal descriptivo, autorizado por el comité de investigación, de 537 pacientes que, con diagnóstico de lumbalgia, fueron referidos desde unidades del primer nivel de atención al servicio de urgencias de un segundo nivel del IMSS durante el último cuatrimestre de 2009.

Se utilizó un instrumento diseñado y validado *ex profeso*, basado en la GPC "Diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica" cuya versión final quedó en 56 ítems. Se determinó el porcentaje de seguimiento tanto de cada uno de sus 14 indicadores (factores de riesgo, dolor inflamatorio o mecánico, exploración neurológica completa, semiología del dolor, sospecha de fractura, sospecha de aneurisma de aorta, sospecha de infección, sospecha de cauda equina, sospecha de enfermedad inflamatoria, sospecha de neoplasia, tratamiento no farmacológico, tratamiento farmacológico, envío a rehabilitación, reinterrogatorio y reexploración), como en las diferentes etapas de atención.

Sólo en el 8,6% de los pacientes se encontró un grado de seguimiento alto de la GPC, en tanto que el 58,3% se ubicaron en el rango bajo. Los indicadores de semiología del dolor y sospecha de enfermedad inflamatoria fueron los que más se cumplieron (68%), en tanto que los de búsqueda de factores de riesgo y reexploración fueron los que menos (11%) (tabla 1).

El síndrome doloroso lumbar (lumbalgia) es actualmente considerado como un importante problema de salud pública, que obliga a realizar un adecuado abordaje de estos pacientes^{1,4,5}. Los resultados muestran que el primer nivel de atención médica evaluado no lleva a cabo de forma adecuada el protocolo diagnóstico y/o el manejo indicado por la GPC. Sin poder comprobarlo, podemos inferir que, si se hubieran seguido dichas directrices, los pacientes hubieran sido referidos, no al servicio de urgencias, sino probablemente a la consulta externa de ortopedia y/o rehabilitación, con lo que se optimizaría su atención⁶. Hay que destacar que todos los indicadores evaluados fueron pobremente

Tabla 1 Porcentaje de incumplimiento de los indicadores de la Guía De Práctica Clínica en los 537 pacientes referidos por lumbalgia del primer nivel a urgencias

Indicador	Incumplimiento (%)
Factores de riesgo (físicos, psicosociales y laborales)	29,7
Semiología del dolor (localización, duración, irradiación, desencadenantes, síntomas neurológicos asociados y signos de alarma)	5,3
Sospecha de fractura (historia de trauma, trauma menor en > 50 años, osteoporosis, toma de esteroides y trauma grave)	19,1
Sospecha de aneurisma de aorta (dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos, factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de enfermedades vasculares)	32,5
Sospecha de infección (fiebre, inmunosupresión, herida penetrante, infección urinaria e Infección de piel)	17,9
Sospecha de cauda equina /compromiso radicular (pérdida del control de esfínteres, retención urinaria, anestesia en silla de montar, déficit sensitivo-neuromotor y dolor en ambas piernas)	19,5
Sospecha de enfermedad inflamatoria (< 40 años, dolor que mejora con el ejercicio, duración > 3 meses, rigidez matutina > 60 minutos, tipo de inicio insidioso y déficit neurológico raro)	5,3
Sospecha de neoplasia (antecedentes de cáncer, edad > 50 años, dolor de > 1 mes de evolución, dolor nocturno en reposo y pérdida de peso inexplicable)	18,7
Tratamiento no farmacológico (educación y orientación, evitar reposo en cama, fomentar reincorporación pronta a actividades, higiene de columna, recomendar actividad física apropiada, identificar factores de riesgo y de cronicidad)	11,9
Tratamiento farmacológico (paracetamol y antiinflamatorios)	11,8
Reinterrogar y reexplorar (identificar datos de cronicidad, identificar factores de riesgo, valorar utilidad de radiografías, búsqueda de datos neurológicos)	20,4

registrados por parte del médico de primer nivel, destacando un ítem que suponemos vital dentro de la atención médica, el de semiología, sin el cual no es posible llegar a una adecuada sospecha diagnóstica y consecuentemente, no se puede establecer un tratamiento óptimo, derivando de forma negativa en la atención directa del paciente y en la saturación del servicio de urgencias. Sería necesario establecer una estrategia para informar y capacitar a los médicos del primer nivel sobre las características de la GPC así como la necesidad de su cumplimiento a fin de ofrecer una atención médica de calidad.

Bibliografía

1. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2006;15:S169–91.
2. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guidelines: adult low back pain. [Consultado el 19 de julio del 2009]. Disponible en: http://www.icsi.org/low_back_pain/adult_low_back_pain_8.html.
3. División de excelencia clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la lumbalgia aguda y crónica. [Consultado

el 17 de julio del 2009]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7CB2D1AB-E743-475F-8193-34F264DA0F55/0/GPCLumbalgia.pdf>.

4. U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults; recommendation statement. Rockville: Agency for Health Care Research and Quality; 2004.
5. Primary Care Interventions to Prevent Low Back Pain in Adults; Recommendation Statement U.S. Preventive Services Task Force. *Am Fam Phys*. 2003;71:2337–38.
6. Clinical Guideline in Rehabilitation. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pair patients: the Italian clinical Guidelines. *EURA Medicophys*. 2006;42:151–70.

Jorge Loria Castellanos*, Elvia Santos Pérez y Guadalupe Márquez-Ávila

Hospital General Regional 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jlorigac@hotmail.com
(J. Loria Castellanos).

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.008