

Estudio de los trastornos del sueño en los niños de un centro de salud

Introducción. Los trastornos del sueño figuran entre los problemas del comportamiento más frecuentes en la lactancia y la primera infancia¹. La medicina del sueño es una especialidad con poco más de 30 años de existencia y que en la actualidad se encuentra en proceso de elaboración y estudio. Cada vez se conocen más las influencias de las alteraciones del sueño en la infancia en el estado de salud física y psíquica de nuestros pacientes y su entorno familiar². La clínica de dichos trastornos es muy rica y variada en todas las edades, y tienen gran importancia las alteraciones precoces del sueño infantil^{3,4}.

Objetivo. Conocer la prevalencia puntual de los trastornos del sueño en una población pediátrica de atención primaria de nuestro medio y de los diferentes hábitos relacionados con el sueño infantil. Observar su impacto en el descanso familiar.

Tipo de estudio. Observacional y transversal.

Emplazamiento. Área básica de salud urbana.

Sujetos. Muestra aleatoria de 135 niños de 6 meses hasta 10 años calculada con un riesgo alfa de 0,05 y una precisión $\pm 8\%$.

Mediciones e intervenciones. Mediante una encuesta de elaboración propia se recogen datos sobre el hábito del sueño (vivencia del niño al ir a dormir: agradable, desagradable o indiferente, la necesidad de un elemento de transición para conciliar el sueño, tiempo de demora en dormirse, número de despertares nocturnos por noche, cambio de cama al despertarse, repercusiones en la familia por interrumpir el sueño y conciencia familiar del problema).

Resultados. Por sexos, 75 (55,6%) eran varones. La edad media fue de $4,3 \pm 2,7$ años. El 26,7% de los padres considera que sus hijos presentan algún problema del sueño. El 22,2% de los niños vive el hecho de ir a dormir como una experiencia desagradable, y el 56,3% precisa un elemento de transición para poder conciliar el sueño. El 70,4% de los niños tarda menos de 20 min en dormirse, pero el despertar nocturno se produce una vez por noche en el 25,2% de los casos, 2 veces por noche en el 10,4% de los

casos, ≥ 3 veces por noche en el 14,1% de los casos; no se despiertan en toda la noche en el 50,4% de los casos. El 20,7% de los niños se cambia de cama más de 4 veces a la semana. Los despertares nocturnos crean una sensación de descanso insuficiente en el 22,2% de las familias. Se observan diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad, siendo de 6 meses a 2 años los que se despiertan más ($p < 0,004$).

Conclusiones. La prevalencia de los despertares nocturnos por hijo es del 49,6% en nuestro estudio, lo que indica una alta incidencia de problemas con el sueño en niños sanos. Conlleva un descanso insuficiente en la mitad de las familias con hijos que presentan trastornos del sueño pero, a pesar de ello, sólo 1 de cada 4 consultan el problema. Sería conveniente incrementar la enseñanza de los hábitos correctos de sueño en la práctica clínica de atención primaria.

E. Ras Vidal, I. Noguera Vila,
S. Gallardo Moreno
y F. Vall-Llovera Ballesteros
CAP Sant Pere i Sant Pau. Tarragona.
España.

1. Blum Nj, Carey WB. Trastornos del sueño en lactantes y niños pequeños. *Pediatrics Rev.* 1996;17:123-8.
2. Dahl R. The interface between sleep disorders and behavioral/emotional disturbance. *Pediatric sleep medicine course journal* 1997. Palo Alto. California.
3. Ajuriaguerra J, Marcelli D. Manual de psicopatología del niño. 2.ª ed. Barcelona: Masson S.A.; 1987. p. 78-87.
4. Pin Arboledas G, Lluch Roselló A, Borja Paya F. El pediatra ante el niño con trastornos del sueño. *An Esp Pediatría.* 1999;50:247-52.

Polimialgia reumática. A propósito de 4 casos

Introducción. La polimialgia reumática (PMR) es un síndrome clínico con una in-

cidencia anual de 12,7/100.000 pacientes ≥ 50 años en los países mediterráneos¹. Por tanto, no es una de las consultas más frecuentes en atención primaria, pero sí importante debido al malestar e incluso la invalidez que causa y a la sencillez del diagnóstico y tratamiento. A continuación se exponen los 4 casos de PMR que se han presentado a lo largo de los últimos 3 años a nuestra consulta de atención primaria, que atiende a un cupo de 1.700 personas.

Casos clínicos. *Caso 1.* Mujer de 70 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus, esofagitis, depresión e hipertensión arterial. Acudió por un dolor en el hombro izquierdo, que fue diagnosticado de tendinitis del supraespinoso. No mejoró con los antiinflamatorios habituales y se decidió infiltrar el hombro con corticoides. Acudió 2 semanas más tarde sin manifestar ninguna mejoría y, además, con dolor lumbar. Se solicitó una radiografía lumbar en la que se observaron alteraciones inespecíficas propias de la edad. Quince días después consultó debido a que no mejoraba y refirió dolor sobre todo en la cintura escapular y pelviana que la incapacitaba incluso para las actividades de la vida diaria. Se solicitó una analítica con pruebas reumáticas, en la que todos los parámetros estuvieron dentro de la normalidad excepto la velocidad de sedimentación globular (VSG), que fue de 77 mm/h. Con el diagnóstico de PMR, se inició el tratamiento. Dos días más tarde acudió a la consulta e indicó que había experimentado una notable mejoría. Al cabo de 1 mes, la VSG era de 18 mm/h.

Caso 2. Varón de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial, trombosis venosa profunda, rinitis alérgica, depresión y diverticulitis. Acudió por dolor e hinchazón en las manos desde hacía aproximadamente 2 semanas. Había tomado antiinflamatorios no esteroideos (AINE) que no le habían causado ninguna mejoría e incluso había empeorado. También refirió cierta rigidez matutina de unos 20 min de duración. En la exploración se observó un edema en el dorso de ambas manos, con fovea, dolor a la movilización activa y pasiva de las muñecas, dolor a la palpación e hinchazón de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas. Solicitamos hemograma, VSG, factor reumatoide, hormonas tiroideas y radiografía de las muñecas. Iniciamos tratamiento tras el diagnóstico de

Palabras clave: Psiquiatría. Pediatría. Epidemiología.

Palabras clave: Polimialgia reumática. Arteritis de células gigantes. Poliartitis edematosa del anciano. Atención primaria.

TABLA 1. Criterios de Healey y Hunder para el diagnóstico de polimialgia reumática

1. Dolor y debilidad moderada-severa bilateral de más de 1 mes de evolución en dos de las 3 siguientes localizaciones: cuello, hombros o región proximal de los miembros superiores y caderas o proximal de los miembros inferiores
2. Debilidad matutina de más de 1 h de duración
3. Respuesta rápida a dosis bajas de esteroides (mejoría en 24-72 h)
4. Edad > 50 años
5. VSG > 40 mm en la primera hora al diagnóstico o si hay clínica típica y la VSG límite si cumplía uno de los siguientes criterios: respuesta al tratamiento esteroideo, fiebre inexplicada, anorexia y pérdida de peso
6. Exclusión de otros diagnósticos

VSG: velocidad de sedimentación globular.

poliartritis edematosa del anciano. Una semana más tarde acudió para valorar los resultados. El paciente estaba muy contento porque a los 3 días de tomar la medicación estaba asintomático. En los datos de laboratorio encontramos una VSG de 23 mm/h y anemia normocítica, mientras que las pruebas reumáticas, las hormonas tiroideas y la radiografía fueron normales. El paciente comentó que unos años atrás había sido diagnosticado de PMR.

Caso 3. Varón de 83 años con antecedentes de isquemia arterial en las extremidades inferiores. Acudió a la consulta por astenia, anorexia, pérdida de peso y distensión abdominal tras las comidas. La exploración fue anodina. En la analítica se observó una anemia normocítica y unos marcadores tumorales negativos. Las radiografías de tórax y abdomen no revelaron datos de interés. Volvió a la consulta 4 meses más tarde refiriendo todavía cansancio, dejadez, dolor en la cintura escapular y rigidez matutina. Se repitió la analítica, con una VSG de 83 mm/h, anemia normocítica, hipoproteïnemia con hipoalbuminemia. Las arterias temporales estaban engrosadas. Se estableció el diagnóstico de PMR y se inició el tratamiento, y al poco tiempo mejoraron tanto la VSG como la clínica.

Caso 4. Mujer de 79 años con antecedentes de cardiopatía isquémica. Consultó por debilidad en la cintura escapular y pelviana, y refirió que por las mañanas se encuentra más débil. En analítica se obtuvo una VSG de 70 mm/h. Se inició tratamiento y a los 10 días la VSG era de 19 mm/h, con una mejoría importante de la sintomatología. Acudió 1 mes más tarde porque se repitió la sintomatología clínica e informó de que

había suspendido el tratamiento porque se encontraba mejor. Reiniciamos la pauta y en los siguientes controles se observó una disminución de la VSG y una mejoría progresiva.

Discusión y conclusiones. Los criterios diagnósticos se exponen en la tabla 1. Además, suele asociarse con síntomas sistémicos, como astenia, febrícula, pérdida de peso y depresión, tal como se observa en nuestros pacientes.

En la exploración física destacaba la ausencia de limitación en la movilidad pasiva de las cinturas, mientras que la movilidad activa está prácticamente anulada por el dolor muscular, pero no por la afección articular. No hay disminución de fuerza muscular, aunque en ocasiones puede parecerlo debido a la incapacidad de los pacientes para levantarse de una silla o elevar los brazos; esto es debido al dolor, principalmente.

Como podemos observar en nuestros pacientes y en estudios previos, la VSG es el mejor indicador del grado de actividad de la enfermedad; también se observan alteraciones de otros reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva, el fibrinógeno y las plaquetas. En algunos casos también podemos encontrar anemia normocítica-normocrómica. Las enzimas musculares, el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares suelen ser negativos.

En el caso 3 señalamos el engrosamiento de las arterias temporales por la relación que parece haber entre arteritis de células gigantes (ACG) y PMR⁵. Según la bibliografía, pueden aparecer de manera simultánea en un mismo paciente o bien pueden precederse en el tiempo, indistintamente, por pe-

ríodos de hasta 10 años. Hay enfermos con PMR que jamás tendrán una ACG, y al revés¹. Se observa una gran variabilidad en los datos, lo que dificulta la determinación del porcentaje de enfermos con 1 de las 2 enfermedades que padecería la otra. Nosotros, no hemos llegado a confirmar la presencia de ACG en este paciente.

En el caso 2 hacemos referencia a la poliartritis edematosa del anciano o RS3PE (*remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema*) porque también se ha observado que la PMR está relacionada con manifestaciones musculares esqueléticas distales, de forma similar a lo comentado anteriormente para la ACG. Algunos autores consideran que la poliartritis edematosa del anciano es una manifestación más de la PMR, mientras para otros son 2 entidades distintas⁴.

El tratamiento en todos los casos se inició con 15 mg/día de prednisona, dosis que mantenemos durante 4-8 semanas, según la respuesta. La mejoría clínica se puede apreciar en 24-72 h y si transcurridos 5-7 días no hay mejoría, deberemos replantearnos el diagnóstico. Cuando el paciente esté libre de síntomas y la VSG sea < 30 mm/h, se procede a la reducción paulatina de corticoides; lo recomendable es reducir un 10% de la dosis inicial cada semana o cada 2 semanas hasta alcanzar 10 mg/día; posteriormente se irá disminuyendo 1 mg/día por mes. Cuando la dosis sea < 5 mg/día, podemos intentar pautas a días alternos. Debemos tener presente que las recidivas son muy frecuentes, sobre todo durante el primer año; por tanto, hay que insistir en que se realice el tratamiento de forma correcta. La mayoría de los estudios proponen mantener los corticoides un mínimo de 2 años. En caso de recidivas con síntomas leves, se puede intentar administrar AINE en lugar de aumentar la dosis de corticoides.

Podemos concluir que la PMR es un síndrome heterogéneo, con buen pronóstico y con una respuesta espectacular a dosis bajas de corticoides. Es necesario que el médico de familia conozca y tenga presente el manejo de esta enfermedad.

E. Trillo Sallán y C. Isanta Pomar
 Centro de Salud San José Centro. Zaragoza.
 España

1. Bordas Julve JM, Benavent Areu J. Polimialgia reumática. FMC. 1994;1:463-70.
2. Calvo Romero JM, Magro Ledesma D, Ramos Salado JL, Buero Dacal JC, Díaz Rodríguez E, Pérez Miranda M. Polimialgia reumática con y sin arteritis de células gigantes. Rev Esp Reumatol. 1999;4:108-13.
3. Noval Menéndez J, Campoamor Serrano MT, Nuño Mateo FJ, Morís de la Tassa J. Manifestaciones musculoesqueléticas distales en la polimialgia reumática. Rev Clin Esp. 2002;202:385-7.
4. Botella Ruiz E, Canal Casals V, Olivé Marqués A. Poliartritis edematosa del anciano o síndrome RS3PE. FMC. 2001; 2:95-8.
5. Abásolo Alcázar L, Jover Jover JA. Vasculitis de grandes arterias. Medicine. 8(32):1671-7.

Respuesta de la industria farmacéutica ante una consulta específica

Introducción. El papel informador de la industria farmacéutica está ampliamente debatido y en constante discusión. Aun así, la OMS considera que entre las responsabilidades de la industria se encuentra la de proporcionar información cabal y fidedigna sobre los productos farmacéuticos¹. En algunos estudios se han evaluado algunos soportes informativos creados por la industria, como las monografías de producto², las fichas técnicas de las especialidades o el papel de los visitantes médicos³ o su formación⁴.

Otro estudio evaluó la respuesta de la industria farmacéutica ante una demanda específica de información sobre las condiciones de conservación fuera de los embalajes originales⁵. La industria debería tener un especial cuidado ante este tipo de consultas, para garantizar la distribución de medicamentos de calidad y en perfecto estado. La conservación de especialidades en el fri-

gorífico se establece para las especialidades termolábiles. Los límites de esta cadena de frío son de 2 a 8 °C. La legislación española establece como requisito de estructura para las farmacias comunitarias la presencia de un termómetro de máxima-mínima para el control de ese intervalo. Los nuevos sistemas de control permanente de temperatura facilitan la determinación del tiempo exacto y la temperatura alcanzada cuando se producen roturas de esa cadena de frío.

Objetivo. El objetivo del presente estudio fue evaluar la respuesta de la industria farmacéutica ante una demanda de información técnica específica.

Diseño. A partir de la base de datos del BOT, preparada por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, en su versión de noviembre de 2002, se obtuvo un listado de las especialidades farmacéuticas que requieren conservación en el frigorífico.

Se solicitó la información mediante una carta estándar, enviada con acuse de recibo a cada uno de los laboratorios que comercializan esas especialidades. Se utilizó la dirección postal que figura en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas de 2003. En dicha carta se requerían los límites de conservación (expresados en horas) de cada una de las especialidades de conservación en el frigorífico, a las temperaturas de 10, 15, 20, 25, 30 y 35 °C. Se consideró una respuesta suficiente si especificaba el límite (en horas) para al menos 3 de las temperaturas solicitadas.

Resultados. En noviembre de 2002 había un total de 491 especialidades farmacéuticas que debían conservarse en frigorífico, y que pertenecían a 72 laboratorios farmacéuticos diferentes.

Cinco de las 72 solicitudes fueron devueltas por correo y en 2 solicitudes más no se obtuvo el acuse de recibo. Por tanto, hubo constancia de la recepción de 65 solicitudes, que incluían un total de 461 especialidades de conservación en el frigorífico.

En 28 de esas 65 solicitudes (43,1%) se obtuvo alguna respuesta del laboratorio. Esos 28 laboratorios que respondieron comercializaban 202 especialidades de conservación en el frigorífico, el 43,5% de las cuales dejaron constancia de su recepción. El tiempo que emplearon en responder esos 28 laboratorios fue de $29,6 \pm 21,9$ días, con un margen de 4-88 días.

Sólo 18 laboratorios (27,7% de los que recibieron la solicitud) proporcionaron algún dato en horas relativo a algún límite de conservación en alguna de las temperaturas indicadas. Esos 18 laboratorios informaban sobre 94 especialidades (20,4% de las que recibieron la solicitud).

La respuesta fue satisfactoria (indicaba al menos 3 límites en horas a temperaturas diferentes) en 7 laboratorios, para un total de 62 especialidades. Esto supone una tasa de respuesta satisfactoria del 10,8% de los laboratorios y del 13,4% de las especialidades de las que hay constancia de la recepción de la solicitud.

Discusión. No cabe duda que conocer los límites de conservación de las especialidades fuera de la cadena de frío permitiría establecer de un modo más eficiente los procedimientos normalizados de su desecho cuando se rompa esa cadena de frío. Aunque no era uno de los objetivos del presente trabajo, se ha podido comprobar que los límites de tolerabilidad están muy por encima de las situaciones normales de rotura de esta cadena de frío, por lo que la práctica de desechar todas las especialidades cada vez que se produzca una rotura de cadena es completamente ineficiente por innecesaria: a 20 °C, las especialidades farmacéuticas más estrictas permitían hasta 4 días fuera de la cadena de frío.

La solicitud de información por correo ha demostrado ser un método fiable, pues las pérdidas verificadas mediante los acuses de recibo han sido muy bajas (9,7% de las enviadas). Al contrario que en otros estudios, donde se solicitaba información previamente preparada por la industria (monografías o fichas técnicas), en el presente estudio, donde se solicitaba una información concreta, la respuesta de la industria fue mucho menor. Poco más del 10% de los laboratorios respondieron a lo que se les solicitaba, proporcionando información para algo más del 13% de los productos.

Este estudio demuestra que la cantidad de información proporcionada por la industria puede ser un problema, incluso mayor que la supuesta falta de fiabilidad. Los laboratorios deberían comprender que la información sobre medicamentos tiene tanta importancia como la calidad de éstos⁶.

Conclusiones. La respuesta de la industria farmacéutica ante una consulta técnica específica puede considerarse muy baja: sólo se obtuvo una respuesta satisfactoria en el

Palabras clave: Información sobre medicamentos. Industria farmacéutica. Embalaje de medicamentos. Refrigeración.

10,8% de las solicitudes, que hacía referencia al 13,4% de las especialidades sobre las que se indagaba.

I. Vázquez Gómez^a, F. Fernández-Llimos^b y M.A. Gastelurrutia^c

^aFarmacéutica Comunitaria. Redondela. Pontevedra. España. ^bGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España. ^cGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España.

1. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos de Nairobi. Ginebra: OMS; 1986.
2. Fernández-Llimos F, Loza MI. Product monographs supplied by drug manufacturers to community pharmacists in Spain. *Ann Pharmacother*. 2000;34:407.
3. Ziegler MG, Lew P, Singer BC. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *JAMA*. 1995;273:1296-8.
4. Bellido Y, Rius F, Montalbán M, Gómez A, Sánchez F. Perfil profesional y de formación de los visitadores médicos de Málaga. *Rev OFIL*. 1994;4:76-87.
5. Fajardo P, Baena MI, Fernández-Llimos F, Faus MJ. Análisis de la información sobre las condiciones de conservación fuera del envase original de los medicamentos más prescritos. *Pharm Care Esp*. 2001;3:422-32.
6. Anon. Talking about drug treatments: Who should say what to whom? The second DTB symposium. *Drug Ther Bull*. 1994;32:35-7.

Circuito de recetas crónicas: algo (todavía) por explotar

Introducción. Cumplimentar recetas de tratamientos crónicos genera mucho trabajo

Palabras clave: Prescripción crónica. Atención primaria. Centro de salud.

en las consultas de atención primaria y gastamos demasiado tiempo de nuestra vida laboral en esta tarea burocrática. El programa informático OMI-AP disminuye esta enorme carga de trabajo permitiendo la impresión automatizada y su entrega en la unidad administrativa (circuito de recetas crónicas).

Objetivo. Cuantificar el número de pacientes que se beneficia del circuito de recetas crónicas y valorar los rasgos sociosanitarios de estos pacientes, así como saber a qué enfermedades se asocian estas recetas y qué fármacos se usan habitualmente.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, de todos los pacientes a los que se les presta el servicio del circuito de recetas crónicas en nuestro centro de salud, analizando datos sociosanitarios a través de la historia informatizada.

Emplazamiento. Centro de Salud El Greco, Getafe, Madrid.

Participantes. Todos los pacientes del equipo de atención primaria (EAP) Greco I que estaban incluidos en el circuito de recetas crónicas en los 3 meses previos al estudio (marzo-mayo de 2004).

Mediciones principales. Las variables estudiadas fueron número de pacientes incluidos en el circuito, número de recetas generadas, edad, sexo y régimen sanitario de los pacientes, las enfermedades a las que están asociadas estas recetas y los principios activos usados.

Resultados. De los 10.363 pacientes pertenecientes al EAP Greco I en la fecha del estudio, 1.672 están incluidos en el circuito de recetas crónicas, lo que supone un 16,13% del total, algo superior al que se muestra en el trabajo de Alonso López et al¹. De éstos, el 54,9% son mujeres.

En los 3 meses del estudio se ha generado un total de 25.737 recetas, englobando activos y pensionistas, lo que da una media de 5,13 recetas/paciente/mes. El 67,11% de los pacientes incluidos en el circuito es pensionista, pero éstos generan el 79,2% del total de recetas.

Según la edad, el grupo etario que más pacientes con recetas crónicas tiene es el de 60-69 años (28,75%). Las tres cuartas partes de los pacientes incluidos en el circuito (76,2%) tienen 50-79 años.

Las enfermedades asociadas con más frecuencia a estas recetas son la hipertensión (códigos CIAP K86 y K87) (20,6%), seguida de la cardiopatía isquémica (K74, K75 y K76) (7,4%), la diabetes mellitus (T90) (7,4%), la hiperlipemia (T93) (5,1%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (R95) (3,1%) y la fibrilación auricular (K78) (2,8%).

El fármaco más recetado de forma crónica según principio activo es enalapril (4,8%), seguido de paracetamol (4,5%), ácido acetilsalicílico (3,9%), atenolol (2,9%), clortalidona (2,5%), la asociación de amiloride e hidrocortisida (2,5%), metformina (2,4%) y simvastatina (2,2%).

Discusión y conclusiones. El uso del circuito de recetas crónicas genera un volumen de trabajo alto en todo el EAP, pero supone una desburocratización importante de las consultas y disminuye el número de visitas a la consulta por ese motivo¹. Además de ser beneficioso para el personal sanitario, es un servicio más que se le ofrece al usuario del sistema de salud que le permite recoger «su medicación de siempre» en la unidad administrativa, sin necesidad de solicitud de cita previa y, en ocasiones, de esperar la demora de nuestras consultas. El funcionamiento de este circuito requiere una buena coordinación de todo el EAP y de los usuarios.

E. Montano Navarro, J.L. Quintana Gómez y M. Rodríguez Ortega

Centro de Salud El Greco. Getafe. Madrid. España.

1. Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos Larumbe A, et al. La informatización de atención primaria. *Documentos semFYC* 13;87-8.