

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código:	
		Fecha:	-02-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA CERVICALGIA Y DORSALGIA	Versión :	

GUIA DE PRACTICA CLINICA CERVICALGIA Y DORSALGIA

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código:	
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA CERVICALGIA Y DORSALGIA	Fecha:	-02-2020
		Versión :	

Contenido

1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA Y METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN.....	2
2. OBJETIVO	3
3. ALCANCE	3
4. POBLACION OBJETO	3
5. ASPECTOS DE SALUD CUBIERTOS POR LA GUÍA	3
6. PERSONAL DE SALUD AL QUE VA DIRIGIDA LA GUÍA	3
7. IDENTIFICACION, CLASIFICACIÓN E INTERPETACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIAS Y GRADOS DE RECOMENDACION	3
8. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES	5
8.1 ¿DE QUÉ HABLAMOS?	5
8.2 ¿CÓMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO?	10
8.3 ¿CÓMO TRATAMOS EL DOLOR CERVICAL Y DORSAL?	13
9. METODOLOGIA DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN GUÍA DE BASE	14
10. ALGORITMO.....	23
11. BIBLIOGRAFÍA	24

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código:	
		Fecha:	-02-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA CERVICALGIA Y DORSALGIA	Versión :	

1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA Y METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Nombre de la guía seleccionada y adoptada	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA CERVICALGIA Y DORSALGIA
Criterios de y búsqueda y escogencia para adopción	1. Basada En La Evidencia Demostrable - Basada En La Evidencia, Sitio Recomendado Por El Minsiterio De Salud Y Protección Social
	2. País de origen con condiciones semejantes - España
	3. Autores -De ministerio de salud de país iberoamericano
	4. Idioma - Español.
	5. tiempo de elaboración o actualización - No mayor a 5 años.
	6. Metodología de elaboración confiable y aceptada.
Actualización	La que determine la GPC escogida y no debe ser mayor a 5 años desde su desarrollo.
Autores	
Fecha	2016 ACTUALIZADA.-GUIA DE NOVO 2008 CON VARIAS ACTUALIZACIONES

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

2. OBJETIVO

Establecer criterios clínicos estandarizados para un diagnóstico, tratamiento, oportunos de la cervicalgia y dorsalgia con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones, el número de consultas adicionales y mejorar la calidad de vida de las pacientes.

3. ALCANCE

Aplica a acciones de diagnóstico y tratamiento en baja complejidad de la cervicalgia y dorsalgia.

4. POBLACION OBJETO

Pacientes con cervicalgia y/o dorsalgia hombres, mujeres y niños, tratamiento baja complejidad

5. ASPECTOS DE SALUD CUBIERTOS POR LA GUÍA

Las preguntas a responder en esta guía son las siguientes:

1. ¿De qué hablamos?
2. ¿Cómo llegamos al diagnóstico?
3. ¿Cómo tratamos el dolor cervical y dorsal?

6. PERSONAL DE SALUD AL QUE VA DIRIGIDA LA GUÍA

Personal clínico asistencial médicos generales, y fisioterapeutas de terapia física.

7. IDENTIFICACION, CLASIFICACIÓN E INTERPETACIÓN DE NIVELES DE EVIDENCIAS Y GRADOS DE RECOMENDACION

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código: <input type="text"/>
		Fecha: -20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:

punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Escala de evidencia y recomendación utilizada en la guía clínica para la atención

CATEGORÍAS DE IA EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Ia. Evidencia para meta análisis de estudios clínicos aleatorizados	A. Directamente basada en evidencia categoría 1.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia 1.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías 1 ó II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas, de evidencias categoría II ó III

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía adoptada corresponde a la información proveniente de la GPC utilizada como documento de referencia. Como no presenta niveles de evidencia, pero si está basada en la evidencia científica que se relaciona en la bibliografía, se acoge la bibliografía de la GPC como la evidencia científica, Teniendo en cuenta la siguiente clasificación de los tipos de evidencia:

Nomenclatura	Tipo de Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de meta-análisis de estudios aleatorizados
Ib	Evidencia obtenida de al menos un estudio aleatorio
Ila	Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado bien diseñado, sin aleatorización
Ilb	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado de tipo cuasi-experimental
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados tales como estudios comparativos, y de casos y controles
IV	Evidencia obtenida de opinión de expertos o experiencias clínicas de los respectivos autores

La evidencia de esta GPC se clasifica como:

Nomenclatura	Tipo de Evidencia
IV	Evidencia obtenida de opinión de expertos o experiencias clínicas de los respectivos autores

8. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

8.1 ¿DE QUÉ HABLAMOS?

Tras el dolor lumbar, la cervicalgia y la dorsalgia son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. Se calcula que el 10% de la población presentará dolor cervical, y en un 25% de los casos de forma crónica (>3 meses) y/o recidivante (Castellón P, 2004; Bordas JM, 2002). Además es origen de numerosas bajas laborales, estimándose que hasta entre un 11-14% de los trabajadores ven limitada su actividad por dolor cervical. El 1% desarrolla déficits neurológicos.

La cervicalgia es el dolor en la región cervical que puede extenderse al cuello, cabeza o a la extremidad superior y que limita los movimientos.

La mayor parte de los dolores cervicales están causados por patología mecánica

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

(90%) (Fernández M, 2009; Martínez C, 2010). Es frecuente la cervicalgia postraumática secundaria a un accidente de tráfico (“latigazo cervical”)

El dolor cervical afecta más a mujeres, tiende a aumentar con la edad y se relaciona con trabajos con alta exigencia o en los que haya que realizar un mayor esfuerzo físico (posturas forzadas, trabajos sedentarios, sobrecarga física, y movimientos repetitivos). El ser fumador o la exposición al tabaquismo también incrementa el riesgo de cervicalgia. Además se relaciona con el estrés psíquico. Se ha observado que la personalidad neurótica y la presencia de cuadros depresivos son factores que aumentan la probabilidad de recurrencia de dolor cervical (Côté P, 2010; Haldeman S, 2008).

La dorsalgia es menos frecuente que el dolor en región cervical y lumbar, pero es frecuente que exista juntamente con éstos. Es importante considerar que muchos dolores dorsales son referidos, es decir, son manifestación de patología existente en órganos torácicos y abdominales (Hogg-Johnson S, 2010; Mulero J, 2005).

Las causas más frecuentes de dolor cervical se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Causas de dolor cervical.

Cervicalgia simple o aislada		
Dolor cervical mecánico	Cervicalgia irradiada	<ul style="list-style-type: none"> No segmentaria Segmentaria: radiculopatías.
Dolor cervical inflamatorio	Enfermedades reumáticas	<ul style="list-style-type: none"> Artritis reumatoide. Fibromialgia. Artritis crónica juvenil. Polimialgia reumática. Espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías. Polimiositis. Enfermedad Forestier-Rotes Querol. Hiperostosis anquilosante vertebral.
	Tumores (primarios o metastáticos)	
	Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> Discitis. Osteomielitis. Meningitis.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes zoster. • Enfermedad de Lyme.
Dolor cervical referido	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades abdominales y diafragmáticas: vesícula biliar, absceso subfrénico, páncreas, hernia hiatal, úlcera péptica. • Cardiopatía isquémica. • Aneurisma de aorta. • Tumores del vértice pulmonar. • Insuficiencia vertebrobasilar. • Patología acromioclaviculares. • Patología temporomandibular. • Síndrome del desfiladero torácico.

La **cervicalgia aislada o simple** es aquella que se limita a la región cervical. Puede presentarse bruscamente, en relación a espasmos musculares que afectan a los músculos paravertebrales y se extienden hasta el músculo trapecio. Cursa con gran impotencia funcional y se relaciona con movimientos bruscos y forzados, corrientes de aire o frío. Suele ceder en unos días, pero puede durar hasta 6 semanas. La causa más frecuente de dolor cervical es la *artrosis cervical* (cervicoartrosis), sobre todo en las zonas de más presión C4-C5 y C5-C6. Suele tener un comienzo más insidioso. En algunos casos, el dolor no desaparece nunca existiendo periodos de exacerbación. Se acompaña de parestesias y rigidez. Puede irradiarse el dolor, pero no de forma segmentaria. Aún siendo el origen más frecuente de dolor, no toda artrosis observada en una radiografía es causa de cervicalgia. Hay una pobre relación entre el grado de artrosis observado en la radiografía y el grado de dolor. Son frecuentes las alteraciones radiográficas de cervicoartrosis en adultos asintomáticos a partir de los 30 años. El 85% de los mayores de 60 años tienen algún grado de degeneración discal (Pastor A, 2005; Contreras MA, 2002; Rojas M, 2002).

El dolor cervical puede irradiarse a región occipital e incluso frontal, descrito como dolor opresivo, generalmente de curso crónico con brotes, más frecuente en mujeres. Es el *síndrome cervicocefálico*. Es frecuente la asociación con múltiples síntomas inespecíficos: mareos, parestesias, artralgias, epigastralgia, disfagia, etc. relacionados con patología ansiosodepresiva.

Cuando el dolor se extiende por la metámera de una raíz o territorio de un nervio periférico, hablamos de una **radiculopatía**. El paciente suele describir un dolor

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

lancinante con parestesias. Las raíces que con más frecuencia se afectan son C7, C6 y C5. El dolor suele aumentar con la hiperextensión de la cabeza. Los reflejos están abolidos o son anormales. Es más frecuente a partir de los 60 años. En la Tabla 2, se recogen las radiculopatías cervicales.

Cuando se produce la compresión de la medula espinal por artrosis o la existencia de hernias/protusiones, aparece debilidad progresiva en piernas y brazos y espasticidad. Es lo que se conoce como **mielopatía**. Es una causa rara de dolor cervical. Es más frecuente en varones. A diferencia de las radiculopatías la irradiación puede ser o no segmentaria. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con patologías neurológicas como esclerosis múltiple, degeneración subaguda combinada de la médula, esclerosis lateral amiotrófica (Mendioroz M, 2005).

Tabla 2. Radiculopatías cervicales.

Raíz	Espacio	Dolor y/o Parestesias	Reflejo afectado	Pérdida motora
C5	C4-C5	Cara externa del hombro y del brazo hasta el codo.	Bicipital	Abducción y flexión del brazo (deltoides y bíceps).
C6	C5-C6	Cara externa del hombro, brazo, antebrazo, 1º dedo y a veces 2º dedo.	Bicipital y estiloradial	Flexión del brazo y supinación de la muñeca.
C7	C6-C7	Cara posterior del hombro, brazo, antebrazo, 2º, 3º, 4º dedo.	Tricipital	Extensión del brazo.
C8	C7-D1	Cara interna del brazo y antebrazo, 4º, 5º dedo.	Tricipital, estilocubital.	Extensión del brazo y de la muñeca.

Cuando el dolor es de características inflamatorias es importante realizar el diagnóstico diferencial entre **enfermedades reumáticas** (muy frecuentemente espondilitis anquilosante y artritis reumatoide), y menos frecuente con **tumores** (generalmente metástasis de cánceres de próstata, mama, riñón, pulmón y tiroides) e **infecciones** (espondilodiscitis, ocasionada por s. aureus, M. tuberculosis y brucella, entre otros).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Ante una dorsalgia es importante diferenciar si el dolor ha comenzado bruscamente o si por el contrario ha aparecido lentamente. Debemos sospechar una **fractura patológica** en una mujer que ante un traumatismo de baja intensidad o una sobreesfuerzo comienza con dolor. Toda fractura osteoporótica que asiente por encima de D6 debe hacernos sospechar de neoplasia. La región dorsal es también asiento frecuente de mieloma.

En los niños y jóvenes puede existir dolor dorsal por la existencia de alteraciones en la alineación como cifosis y escoliosis. Aunque es más frecuente en los adultos ya que además existen lesiones artrósicas asociadas. La **enfermedad de Scheuermann** o cifosis juvenil es un dolor en D5-D12. Se caracteriza por ir produciendo un acuñamiento progresivo de las vértebras, por lo que se genera una cifosis.

La **artrosis dorsal** por sí sola rara vez es causa de dolor. Sí es más frecuente encontrar mujeres entre los 16-40 años con dolor continuo de diferentes características en región dorsal, sobre todo D2-D5, que se asocia a contracturas musculares y se acompaña de parestesias y sensación de pérdida de fuerza. Es la dorsalgia crónica benigna. Aparece aumentada en profesiones con flexión del tronco (por ejemplo, administrativas) y durante la lactancia.

En la Tabla 3, se recogen las causas más frecuentes de dorsalgia.

Tabla 3. Causas de dolor dorsal.

Dorsalgia Mecánica	Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura (patológica o no) vertebral. • Hernia discal.
	Crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Scheuermann (cifosis juvenil o displasia de crecimiento). • Cifosis y escoliosis. • Espondiloartrosis. • Dorsalgias funcionales: dorsalgia funcional benigna.
Dorsalgia Inflamatoria	Enfermedades Reumáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromialgia. • Espondiloartrosis y degeneración discal. • Espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías. • Osteoporosis (aplastamientos vertebrales/fracturas). • Síndrome dolor miofascial.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

	Tumores: primarios, metastáticos, mieloma.
	Infecciones
Dorsalgia Referida	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades abdominales: vesícula biliar, páncreas, úlcera péptica. • Cardiopatía isquémica. • Pericarditis. • Aneurisma de aorta. • Herpes zoster.

8.2 ¿CÓMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO?

Lo más importante es realizar una buena anamnesis y una correcta exploración física. Las pruebas de imagen no son necesarias desde el inicio, y su solicitud debe venir a confirmar las sospechas diagnósticas y correlacionarse con los síntomas y signos que presenta el paciente.

- **Antecedentes personales.** Tipo de trabajo, práctica de deportes, antecedentes familiares de enfermedades inflamatorias, problemas psíquicos.
- **Características del dolor.** En principio, debemos diferenciar si se trata de un dolor mecánico o bien es de características inflamatorias (Tabla 4). Además se debe registrar cuando apareció, donde se localiza, por donde se extiende, síntomas acompañantes. Una forma de comienzo aguda sugiere contractura muscular o irritación radicular, mientras que una forma progresiva es más habitual en la patología degenerativa. El dolor referido suele tener una localización profunda e imprecisa y no suele acompañarse de parestesias. La afectación neurológica viene determinada por la existencia de déficit motor, disminución o abolición de reflejos osteotendinosos y maniobras radiculares positivas. El grado de limitación funcional puede registrarse de acuerdo a la siguiente clasificación:
 - Grado I: no signos de patología grave y mínima interferencia en las actividades diarias.
 - Grado II: no signos de patología grave pero interferencia en las actividades diarias.
 - Grado III: cervicalgia con síntomas o signos neurológicos (radiculopatía).
 - Grado IV: cervicalgia con patología grave (fractura, mielopatía, infección tumores, etc.).

Esta clasificación puede ser útil para determinar la realización de pruebas de imagen desde el inicio y la necesidad de tratamientos más agresivos (grados III y IV).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Tabla 4. Tipos de dolor.

Dolor Mecánico	<ul style="list-style-type: none"> No constante. Se produce con la movilización. Mejora con el reposo. Puede dificultar el inicio del sueño, pero no despierta al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Patología degenerativa. Lesiones óseas, ligamentosas y de partes blandas.
Dolor Inflamatorio	<ul style="list-style-type: none"> Constante. Aumenta con los movimientos. No mejora con reposo. Despierta al paciente por la noche. 	<ul style="list-style-type: none"> Inflamaciones articulares. Infecciones. Tumores.

La exploración física debe basarse en 4 puntos:

- Inspección de todo el raquis con el paciente en bipedestación. Hay que observar las curvaturas, si existen asimetrías, posiciones antiálgicas, atrofas musculares.
- Palpación de zonas dolorosas, musculatura paravertebral, y si existen masas.
- Comprobar la movilidad, primero la activa y posteriormente la pasiva y la movilidad contrarresistencia (sólo en la columna cervical). Cuando la movilidad activa está limitada o es dolorosa sugiere lesión articular y/o extraarticular (músculos o tendones). En la artrosis cervical está limitado principalmente los movimientos de lateralización.
- En columna cervical es importante explorar la sensibilidad, la fuerza y los reflejos. Existen una serie de maniobras especiales para explorar la región cervical. Las llamadas radicales provocan estiramiento o compresión de las raíces nerviosas, por tanto si son positivas, indican lesión de las mismas:

Tabla 5. Maniobras de exploración cervical.

No radicales		
Maniobra de Adson	Paciente en bipedestación y el explorador detrás y a un lado. Se palpa pulso radial, se lleva brazo hacia atrás en extensión y rotación externa y se gira la cabeza hacia el lado explorado.	Si disminuye pulso radial sugiere síndrome del escaleno o costilla cervical.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Maniobra Bustos	de	Paciente sentado. Se desliza el dedo por la línea media occipital desde C2 hasta C6-C7.	No se debe palpar relieve alguno.
Radiculares			
Síntoma Lhermitte	de	Flexión de la columna cervical.	Es positivo si el paciente refiere dolor como descarga eléctrica que desciende por el raquis incluso hasta EEII.
De estiramiento o de Lassegue del brazo.		Brazo en abducción 90 °C y el antebrazo vertical. Se extiende el codo tirando del brazo hacia abajo y hacia atrás. Con la otra mano se flexiona lateralmente la cabeza del paciente hacia el lado contrario.	Es positivo si aumenta o desencadena dolor.
De compresión caudal de la cabeza o de Spurling.		Paciente sentado y explorador detrás. Con ambas manos el explorador presiona la cabeza del paciente en sentido craneocaudal y con una ligera inclinación sobre el lado afecto.	Es positivo si aumenta o desencadena dolor.
Tracción cervical		Paciente sentado y explorador detrás. Maniobra contraria a la de Spurling.	Es positivo si disminuye el dolor.

La prueba de imagen fundamental será la radiografía de columna cervical y dorsal. Se solicitarán 2 proyecciones anteroposterior (AP) y lateral. La proyección AP es útil para valorar la altura y alineación de los cuerpos vertebrales, las articulaciones unciformes, así como las apófisis espinosas. La lateral es la de mayor valor, ya que visualiza el 70% de las alteraciones detectables. Se considera una proyección lateral adecuada cuando permite visualizar desde la base occipital hasta T1. En algunos casos está indicada una proyección oblicua, cuando se sospecha afectación de los agujeros de conjunción y de la articulación interapofisaria, si existe clínica de radiculopatía. Cuando exista traumatismo previo las radiografías se solicitaran desde el inicio.

La existencia de clínica neurológica obliga a solicitar una RMN, ya que es la técnica que mejor visualiza la patología intrarraquídea. Se puede complementar con el electromiograma para localizar las raíces o nervios afectados. El TAC es útil para el estudio de las partes blandas (McRae R, 2004; Sanfélix G, 2005).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

El diagnóstico del dolor cervical y dorsal es similar y viene recogido en el Algoritmo (Villarroel JN, 2005; Isaac Z, 2011).

8.3 ¿CÓMO TRATAMOS EL DOLOR CERVICAL Y DORSAL?

(Anderson BC, 2011; González S, 2005; Robinson J, 2011)

- La mayoría de los pacientes con cervicalgia y dorsalgia mecánica mejorarán en 2-3 semanas. El tratamiento debe incluir modificación de la postura sobre todo al dormir y ejercicios en casa (reeducación muscular y medidas higiénicas de la columna). Si a pesar de estos tratamientos, persiste el dolor se puede realizar rehabilitación. No se recomienda la realización de tracción cervical como tratamiento.

Tabla 6. Medidas higiénicas de la columna.

Posturales
<ul style="list-style-type: none"> • Acostado boca arriba: deberá colocarse una almohada pequeña en cabeza sin abarcar hombros, y una almohada pequeña bajo las rodillas para mantener una flexión de 15 grados. • Acostado de lado: colocar una almohada grande entre cuello y hombro y una almohada entre las rodillas. • Acostado boca abajo: colocar una almohada bajo la cintura y una pequeña bajo los tobillos; la cabeza rotarla del lado que se desee. • Sentado: utilizar de preferencia una silla con respaldo recto con flexión de cadera a 90 grados y de rodillas a 90 grados. • De pie: se recomienda semiflexionar una rodilla (posición de descanso del soldado) o apoyarla en un banquito de aproximadamente 20 centímetros de altura. Así mismo, se deberá alternar la semiflexión de la rodilla con ambas piernas. • Adoptar las posiciones a las actividades de la vida diaria y laborales.
Manejo de cargas
<ul style="list-style-type: none"> • Al recoger objetos del piso, pesen o no, deberá agacharse con las rodillas flexionadas y cargar el objeto pegado al cuerpo. • Al cargar un objeto, se deberá intercambiar el peso en cada brazo. • Al cargar dos objetos se deberá realizar simétricamente para nivelar la carga. • Para cargar objetos muy pesados se deberá auxiliar con carritos, ganchos y montacargas. • Para empujar o jalar objetos, se deberá colocar una pierna adelante, flexionando la rodilla al realizar el movimiento.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Fuente: González Ramírez et al. Guía clínica para rehabilitación de esguince cervical.

- Para el alivio del dolor en dolores moderados se recomiendan tratamientos breves con paracetamol y anitinflamatorios no esteroideos, a los que se pueden añadir opioides menores si el dolor es grave. Si el dolor interfiere con el descanso nocturno, se puede prescribir un antidepressivo tricíclico y un relajante muscular por la noche o dosis muy bajas durante el día si existe contractura muscular.
- El collarín cervical no debería ser utilizado más de 3 horas al día, sólo si existe un dolor muy importante y no más de 1-2 semanas. Se puede retirar mientras el cuello no soporte el peso de la cabeza. No retirar durante el sueño, cuando la relajación es máxima y existe más riesgo de movilidad incontrolada.
- La cirugía no se recomienda en ausencia de síntomas de radiculopatía o mielopatía. Si existe radiculopatía se debe comenzar por un tratamiento conservador con analgésicos orales y si el dolor es importante se puede añadir dosis bajas de prednisona. Cuando el dolor está controlado, se puede iniciar rehabilitación. Si a pesar del tratamiento persisten los síntomas de dolor, pero no existe empeoramiento neurológico, se pueden administrar esteroides vía epidural, antes de plantearse la cirugía.

9. METODOLOGIA DE ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN GUÍA DE BASE

Fisterra utiliza su Metodología de elaboración y diseño de GPC: Planificación

Selección de la condición clínica/problema de salud objeto de la GPC: Las guías de práctica clínica (GPC) se pueden desarrollar sobre distintas facetas de la atención sanitaria, puede ser sobre diferentes aspectos clínicos de una enfermedad o de procedimientos como técnicas quirúrgicas. Cuando se decide realizar una GPC sobre un tema determinado es porque existen una serie de motivos que justifican el esfuerzo de su realización (SIGN, 2015):

- Variabilidad en la práctica clínica por la existencia de áreas de incertidumbre.
- Existe un problema de salud importante con impacto en la morbimortalidad.
- Aparición de técnicas o tratamientos novedosos.
- Posibilidad de conseguir un cambio para mejorar resultados en la atención porque:
 - El proceso es susceptible de mejorarse por una actuación sanitaria.
 - Los medios para lograrlo están disponibles.
 - Disponibilidad de profesionales con conocimientos sobre el tema a desarrollar.
 - Área de prioridad en el Servicio Nacional de Salud.
 - Necesidad percibida.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

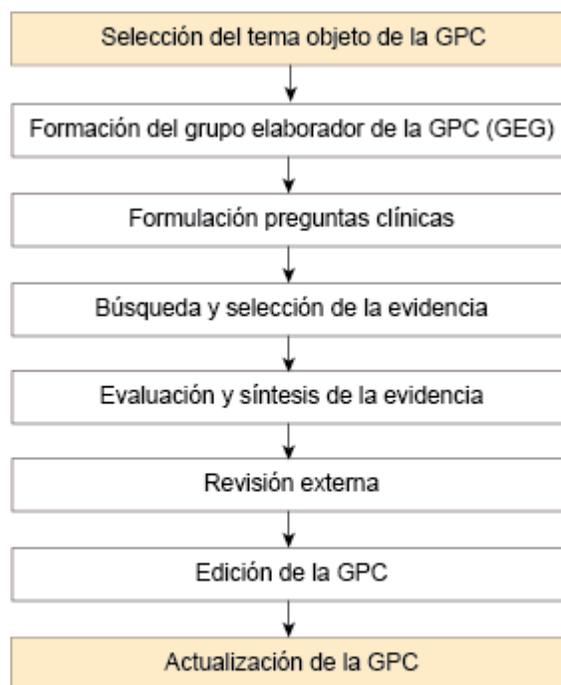


Figura 1
Etapas en la elaboración de una GPC

En muchas ocasiones el alcance y objetivo de la GPC vienen especificados por la entidad promotora de la GPC. En otras ocasiones ésta será la primera tarea del grupo elaborador. Resulta muy útil la redacción de un documento inicial de “Alcance y objetivos” que incluya los aspectos resaltados en el apartado 1 del AGREE II, tales como las preguntas clínicas que aborda, el ámbito de la GPC, sus objetivos, y usuarios finales (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016) (AGREE II).

Resulta muy útil realizar una búsqueda preliminar sobre el tema para identificar el volumen de la literatura disponible que ayudará a dimensionar el proyecto de la futura GPC. También es muy importante el contacto con expertos en el tema y con los pacientes. De esta forma se facilita la inclusión de aspectos adicionales de interés para los usuarios finales de la GPC (SIGN, 2015; NICE, 2014).

Las instituciones públicas que disponen de programas consolidados de elaboración de GPC como NICE o SIGN disponen de herramientas que facilitan la priorización de GPC.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

El desarrollo de las GPC se enfrenta al reto del abordaje de la multimorbilidad. Hasta ahora las GPC se han desarrollado sobre una sola condición. La aplicación de múltiples GPC individuales de forma simultánea a pacientes de edad avanzada con multimorbilidad tiene los riesgos de aumentar la carga de enfermedad para el paciente y su familia y conducir a la polimedicación (Bernabeu-Wittel M, 2014).

Esta es una de las cuestiones que deberán valorarse en el apartado de “Alcance y objetivos” de una GPC (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

Composición del grupo: Una adecuada elección del grupo elaborador de una GPC (GEG) es clave en su éxito final. Su carácter multidisciplinar tiene como objetivo garantizar:

- La representatividad de todas las especialidades y tipo de profesionales implicadas.
- Identificación y evaluación integral de toda la evidencia necesaria.
- Que se identifiquen los aspectos clave en la atención al problema objeto de la GPC.
- Aumentar la credibilidad y aceptación del documento final.
- La identificación de las barreras a la futura implementación de las GPC y la discusión sobre la mejor forma de superarlas.

Es importante recoger la visión de los pacientes en el desarrollo de la GPC. Dependiendo de la experiencia previa, medios y desarrollo metodológico se pueden utilizar varias estrategias. Desde una revisión bibliográfica específica sobre la visión de los pacientes acerca del problema objeto de la GPC, hasta la incorporación de pacientes o sus representantes en el grupo elaborador. Una opción intermedia es recoger la visión de los pacientes mediante técnicas cualitativas apropiadas (grupos focales, etc.) (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

El rigor metodológico necesario para elaborar una GPC requiere de personal cualificado en la búsqueda y evaluación de la evidencia. Si además la GPC requiere considerar el uso de recursos y costes es obligado incluir a expertos en economía de la salud en el equipo.

Este equipo técnico (documentalistas, expertos en epidemiología clínica, economistas, etc.) deberá de trabajar de forma estrecha con el grupo de clínicos. Es muy conveniente que éstos reciban una formación específica metodológica sobre GPC especialmente sobre el sistema GRADE (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

En la tabla se resume una propuesta de reparto de tareas en base a los anteriores perfiles:

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Tabla 1. Propuesta de tareas por perfil del GEG.

Fase de elaboración de la GPC	Clínicos	Equipo técnico	Pacientes
Preguntas clínicas e importancia relativa de las variables resultado	+++	+++	+++
Búsqueda de la evidencia científica	+	+++	+
Lectura crítica	+ / ++	+++	-
Elaboración de tablas de síntesis de la evidencia	+	+++	-
Elaboración de recomendaciones	+++	+ / ++	++ / +++

El número idóneo de personas que debe integrar el grupo será de 10 ó 12. Es esencial elegir un líder o coordinador y contar con un soporte administrativo suficiente para facilitar y organizar la dinámica de trabajo (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

Puede incluirse la aportación de otros clínicos y expertos a través de la revisión externa de la GPC una vez elaborada (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

Puede solicitarse a los revisores externos la evaluación del conjunto de la GPC o sólo de determinados apartados. Es imprescindible la utilización de herramientas que faciliten la revisión externa donde se indique la bibliografía que apoya los cambios sugeridos (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

Declaración de conflicto de intereses: Las GPC presentan una síntesis de recomendaciones y su contenido tiene influencia en muchos profesionales sanitarios. Los destinatarios de las guías deben conocer las relaciones que mantienen los autores individuales de las guías con la industria farmacéutica como una manera de garantizar la independencia y la transparencia en su desarrollo (Feuerstein JD, 2014), antes de su incorporación al grupo de trabajo todos los miembros y revisores deben hacer una declaración sobre la existencia o no de conflicto de intereses.

Un conflicto de intereses se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea este un beneficio financiero, deseo de avance profesional, reconocimiento de logros personales y favores a amigos, familiares, estudiantes o colegas (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

Los intereses que habitualmente se declaran son de tipo financiero, no porque éstos sean más perniciosos que otros, sino porque se pueden medir y se pueden valorar de forma objetiva. El potencial conflicto de intereses puede existir con independencia de que el profesional considere que dichas relaciones tengan o no influencia sobre su criterio científico (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

En las relaciones de los profesionales con la industria farmacéutica los conflictos de interés más conocidos son los económicos: apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas de viaje, etc.), honorarios como ponente, financiación de

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

investigación, empleo como consultante para una compañía farmacéutica, accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica.

Pero existen otros tipos de conflictos no económicos: autor, participante o revisor de proyectos de investigación relacionados con el tema de la GPC, ocupar algún puesto en una organización profesional o grupo de apoyo con interés directo en el tema considerado, etc., (Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

Existe evidencia de que los conflictos de interés de los autores de las GPC pueden influir en sus recomendaciones (Cosgrove L, 2013).

Si un miembro del grupo de trabajo tiene un posible conflicto de intereses con una parte limitada de la guía se abstendrá de participar en esta parte, pero puede estar en el resto del proceso. Cuando el conflicto de interés afecta la objetividad del individuo durante el desarrollo de la guía se considera que es lo suficientemente significativo como para no ser incluido en el grupo de trabajo, con el fin de no afectar a la credibilidad de la guía.

En este sentido ya existen propuestas para minimizar la influencia de los conflictos de interés de los autores de las GPC. Por ejemplo en las GPC del American College of Chest Physicians' Antithrombotic Guidelines un experto en metodología, libre de conflictos de interés es el responsable de cada capítulo. Un autor con conflictos de interés sobre algún aspecto de la GPC no puede participar en la redacción de las recomendaciones sobre ese tema (Guyatt GH, 2011).

Especificación de tareas: Una vez establecidos el alcance y objetivos de la GPC, el GEG los desarrollará en más detalle especificando aspectos como: epidemiología, prevención, síntomas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Queda así establecido el alcance de la guía y se sientan las bases para elaborar las preguntas clínicas.

Ejemplos de aspectos a tener en cuenta:

- Población incluida como grupos de edad, estadio de la enfermedad, inclusión de la comorbilidad.
- Nivel de atención: atención primaria, atención especializada, etc.
- Identificación y definición de las posibles intervenciones. Métodos diagnósticos, tratamiento médico, tratamiento rehabilitador, normas sobre estilos de vida.
- Descripción de los posibles resultados a tener en cuenta en el diseño incluida la perspectiva económica.
- Posibilidad de aplicación en un ámbito concreto.
- Determinación de los formatos de presentación de la GPC según quienes sean los usuarios que se beneficien de su implementación.
- Destinatarios finales de la GPC.
- Diseño de la GPC: guía completa, algoritmos, guía de lectura rápida.
- Material para pacientes.

Cada miembro del equipo de trabajo debe implicarse en el grupo, en las tareas de desarrollo de la guía y ser responsable de las áreas que le han sido asignadas. Los

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

miembros del grupo representan a una especialidad o grupo profesional, deben estar preparados para consultar con colegas con el fin de garantizar el abanico más amplio de opiniones posible (SIGN, 2015; Grupo de trabajo sobre GPC, 2016; NICE, 2014). Un profesional de la salud que se integra en un equipo de trabajo para el desarrollo de una guía no tiene por qué ser un experto en cada una de ellas. Muchos miembros del grupo pueden tener sólo una o dos de éstas habilidades, pero en algún punto del desarrollo de la guía su formación y experiencia serán inestimables.

Elaboración de un calendario y un plan de trabajo

El tiempo medio necesario para el desarrollo de una guía oscila alrededor de 18 y 24 meses, el grupo suele reunirse con una media de encuentros de una vez cada dos meses, los subgrupos se pueden reunir con más frecuencia (SIGN, 2015; Grupo de trabajo sobre GPC, 2016).

A continuación se describe una distribución posible del tiempo según la tarea:

Tabla 2. Elaboración de un calendario y un plan de trabajo.		
Fase	Contenido	Meses
1. Establecer el grupo y las tareas	<ul style="list-style-type: none"> Establecer grupo de trabajo y definir cometido. Realizar las tareas de formación necesarias. Elaboración de preguntas clínicas. Priorizar las variables de resultado. Identificar términos para la búsqueda bibliográfica. Discutir y homologar criterios de la revisión sistemática de la literatura. 	1-2
2. Búsqueda y evaluación de la literatura	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la búsqueda bibliográfica. Lectura de los resúmenes para seleccionar los artículos a incluir en la revisión. Definir criterios para seleccionar o rechazar trabajos. Revisión detallada de la literatura y gradación de evidencia. 	10-12
3. Redacción de la guía	<ul style="list-style-type: none"> Formulación de las recomendaciones. Redacción de la guía. 	2-4
4. Revisión externa	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una evaluación y revisión externa. 	1
5. Revisión final	<ul style="list-style-type: none"> Incorporación de lo aportado por revisores externos. Revisión por grupo editorial. Publicación y diseminación. 	1

Revisión sistemática de la literatura y elaboración de las recomendaciones

Esta es la fase más técnica en el desarrollo de la GPC, se compone de una serie de pasos, cada uno con su aproximación metodológica, que se describen a continuación.

Definición de preguntas clínicas

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Una vez decidido el alcance y propósito de la GPC es necesario elaborar una serie de preguntas clínicas que aborden todos los aspectos de la atención en que se descompone el problema tratado en la GPC. La especificación de las preguntas se realiza como paso previo a la revisión sistemática de la literatura pues sus contenidos constituyen una guía para esta revisión y para la elaboración de las recomendaciones (Grupo de trabajo sobre GPC, 2007). Es determinante elegir un n° de preguntas asumible por el grupo elaborador. NICE estima que para una duración de trabajo entre 10 y 18 m el n° de preguntas a responder debe ser entre 15 y 20 (NICE, 2014).

La formulación de las preguntas debe realizarse según el esquema PICO: Paciente, Intervención, Comparación y Resultados (Outcome).

La elección de las variables de resultado son claves para los siguientes pasos en la elaboración de la GPC. La utilización del sistema GRADE en la formulación de recomendaciones hace imprescindible este paso (Guyatt GH, 2011). Es importante priorizar las variables orientadas al paciente (POEM: Patient-Oriented Evidence that Matters) frente a las orientadas a la enfermedad (DOE: Disease Oriented Evidence) (Shaughnessy AF, 1994). Ej: eventos coronarios (POEM) frente a niveles de LDL (DOE) en la evaluación de estatinas en prevención primaria cardiovascular. El sistema GRADE utiliza una escala ordinal de 1 a 9 para clasificar las variables de resultado:

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Tabla 3. Importancia de las variables de resultado en la GPC sobre HTA.

Mortalidad	8,75	Crítica
Mortalidad cardiovascular	8,75	Crítica
ACVA	8	Crítica
IAM	8	Crítica
Eventos cardiovasculares mayores	7,75	Crítica
Insuficiencia renal (trasplante/diálisis)	7,4	Crítica
Aparición de neoplasias	7	Crítica
Insuficiencia cardíaca	6,75	Importante
Angina que requiere ingreso	6,6	Importante
Calidad de vida	6,4	Importante
Procedimientos de revascularización	6,4	Importante
Arteriopatía	6,375	Importante
Efectos secundarios	6,25	Importante
Cumplimiento	5,4	Importante
Nuevos casos de diabetes	5,4	Importante
Deterioro función renal	5	Importante
Cifras de PA	4,66	Importante

Tabla 4. ¿Cuáles son los antihipertensivos de elección en hipertensos sin patología asociada?

Paciente	Intervención/Comparación	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adulto HTA sin comorbilidad cardiovascular. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diferentes grupos de antihipertensivos entre sí. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eventos cardiovasculares: ACV, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, etc. ▶ Cifras de PA. ▶ Efectos secundarios.
Tipo de estudio	Revisión sistemática de ensayos clínicos	

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Tabla 5. Tipo de bases de datos.

Bases de datos primarias	Fuentes de información elaborada
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Medline ▶ Cinhal ▶ Embase ▶ IME¹ ▶ IBECS² 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cochrane Library ▶ Best Evidence ▶ Clinical Evidence ▶ Trip Database ▶ Epistemonikos ▶ UpToDate ▶ Dynamed
<p>¹ Índice Médico Español.</p> <p>² Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud.</p>	

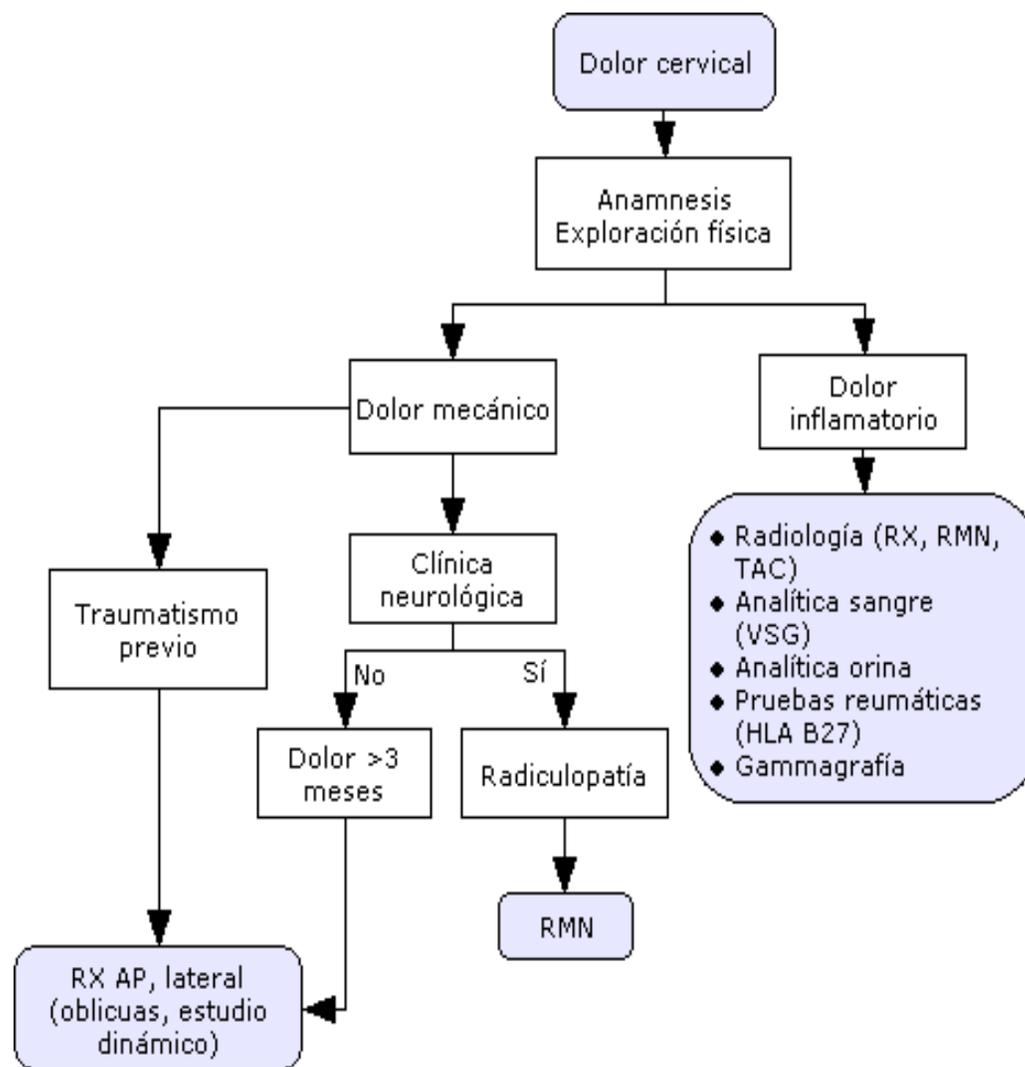
Tabla 6. Clasificación de preguntas y tipo de estudio más apropiado para responderlas en una GPC sobre HTA.

Pregunta	Clasificación	Tipo de estudio
¿Cuáles son los valores de PA que definen la HTA según la MAPA?	Pronóstico	Cohortes
¿Son efectivos los cambios en el estilo de vida en el control del paciente hipertenso?	Tratamiento	Ensayo clínico Revisión sistemática
¿Es útil la AMPA en el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada?	Diagnóstico	Validez de pruebas diagnósticas
¿Los antagonistas del calcio aumentan la incidencia de neoplasias?	Etiología	Casos-Control Cohortes
¿Por qué los pacientes incumplen los tratamientos farmacológicos antihipertensivos?	Expectativas e interpretaciones	Investigación cualitativa

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código <input type="text"/>
		Fecha: -20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión: <input type="text"/>

10. ALGORITMO



Actuación ante el dolor cervical

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

11. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson BC, Isaac Z, Devine J. Treatment of neck pain [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2011, version 19.1. [consultado 14/01/2011]. Disponible en <http://www.uptodate.com>
- Bordas JM. Dolor dorsal. Guía de actuación en Atención Primaria. 2.^a ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2002.
- Castellón de Arce P. Dolor cervical y dorsal. En: Blanco García FJ, Carreira Delgado P, editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 4.^a ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2004. ISBN-13: 978-84-7903-859-5.
- Contreras MA. Protocolo diagnóstico de la dorsalgia. Medicine. 2001;8(34):1811-2.
- Côté P, van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, et al.; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S60-74. PubMed [PMID: 18204402](#)
- Fernández Castro M. Protocolo diagnóstico de la cervicalgia. Medicine. 2009;10(30):2038-41.
- González Alconada R, Pescador Hernández D. Exploración específica en la columna vertebral [Internet]. Disponible en: <http://www.manualresidentecot.es>. [consultado 1/6/2011]. [Texto completo](#)
- González Ramírez S, Chaparro Ruiz ES, de la Rosa Alvarado Mdel R, Díaz Vega M, Guzmán González JM, Jiménez Alcántara JA, et al. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(1):61-8. PubMed [PMID: 15998482](#). [Texto completo](#)
- Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD, Schubert J, Nygren A; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: executive summary. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S5-7. PubMed [PMID: 18204400](#)
- Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al.; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S39-51. PubMed [PMID: 18204398](#)

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

- Isaac Z, Anderson BC. Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2011, version 19.1. [consultado 14/01/2011]. Disponible en <http://www.uptodate.com>
- Martínez González C, et al. Cervicalgia. En: Julián Jiménez A, editor. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. 3.^a ed. Madrid: Edicomplet, S.A.; 2010. ISBN-13: 978-84-87450-50-1.
- McRae R. Ortopedia y fracturas: exploración y tratamiento. Madrid: Editorial Marbán; 2004. ISBN-13: 978-84-7101-312-5.
- Mendioroz Iriarte M, Poza Aldea JJ. Mielopatía y radiculopatía por cervicoartrosis. Tumores de la médula espinal. Medicine. 2005;8(99):5339-44.
- Mulero Mendoza J. Protocolo diagnóstico de cervicalgia. Medicine. 2005;9(32):2125-7.
- Pastor Rodríguez-Moñino A, Villarroel Rodríguez JN. Cervicalgia. En: Sánchez-Celaya del Pozo M, coord. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005. ISBN: 84-7592-769-6. [Texto completo](#)
- Robinson J, Kothari MJ. Treatment of cervical radiculopathy [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2011, version 19.1. [consultado 14/01/2011]. Disponible en <http://www.uptodate.com>
- Rojas Salido M. Dolor cervical. En: Guía de actuación en Atención Primaria. 2.^a ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2002.
- Sanfélix Genovés J, Giner Ruiz V. Exploración de la columna y articulación sacroiliaca. Madrid: Luzán 5, S.A. de Ediciones; 2005. ISBN-13: 978-84-7989-299-9.
- Villarroel Rodríguez JN, Pastor Rodríguez-Moñino A. Dorsalgia. En: Sánchez-Celaya del Pozo M, coord. Recomendaciones prácticas para el médico de familia. Madrid: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005. ISBN: 84-7592-769-6. [Texto completo](#)

Más en la red

Sociedad Española de Reumatología. [Protocolos para esqueleto axial](#)

Hurwitz EL ET AL. Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008 Feb 15;33(4 Suppl):S123-52. PubMed [PMID: 18204386](#).

Kay TM ET AL. Cervical Overview Group. Exercises for mechanical neck disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3). PubMed [PMID: 16034925](#).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA:

 HOSPITAL DE SOLEDAD MATERNO INFANTIL <i>Unidos por la Salud y el Bienestar de Soledad</i>	PROCESO Medicina General	Código	
		Fecha:	-20-2020
	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	Versión:	

Nordin M ET AL. Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008 Feb 15;33(4 Suppl):S101-22. PubMed [PMID: 18204385](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18204385/).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	COPIA CONTROLADA: 1
Subgerencia Científica	Equipo Gestión de Calidad	Gerencia	COPIA NO CONTROLADA: