

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA



	pàgina		pàgina
EDITORIAL			
2 Estratègies per a l'Atenció Primària del segle XXI	2	15 L'aigua embotellada i el potassi	15
		<i>T. Mur Martí, O. Hladun Alvaro, J. Novo Salvador</i>	
TREBALLS ORIGINALS		17 Extrasístoles ventriculars en un pacient tractat amb paroxetina	17
4 Adolescents: situació sociofamiliar i salut mental	4	<i>Encarna Alberó Sánchez, Victòria Aguilera Barba, Cristina Sala Bozano, Matilde Català Magre, Àfrica García Jurado, Susana del Amores.</i>	
<i>Aina Perelló Bratescu, Cristina Oriol Zerbe, Soledad Nadal Gurpegui, Carmen Ruiz Cabello, Elisenda Liso Vinyals, Nuria López Lapeña</i>		19 Home de 66 anys, diabètic, amb dolor precordial	19
8 Vacunació antigripal: possibles factors determinants en les cobertures poblacionals	8	<i>Sofia Riu i Moya</i>	
<i>Carina Mascort Nogué, Carme Graboleda Poch, Imma Jou Solés, Neus Camps Cura, Joana Terrades Cama</i>		21 Cefalea d'esforç secundària	21
CASOS CLÍNICS		<i>J. Claramunt Mendoza, D. Lacasta Tintorer, A. Perelló i Bratescu.</i>	
14 Imatge triangular en una radiografia abdominal	14		
<i>M. E. Blanco García, M. T. Peñarrubia María, D. Ruiz Blanes.</i>			

CRÈDITS

Butlletí editat per:
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
 Portaferriassa, 8, pral. 1a. / 08002 Barcelona
 Tel: 93 301 17 77 · Fax: 93 318 10 01 · E-mail: camfic@camfic.org
 © CAMFiC Reservats tots els drets

JUNTA PERMANENT

Presidenta:
M.Dolors Forés i Garcia
 Vicepresidents:
Sebastià Juncosa i Font
Josep Maria Sagrera i Mis
 Secretari:
Ricard Peiró i Navarro
 Vicesecretària:
Carolina Roig Buscató
 Tresorer:
Ramon Velayos i Balcells
 Vocals:
Carles Alsina Navarro
Rafael Ruiz Riera
 Gerent Fundació d'AP:
Joan Lozano Fernández

COMITÈ EDITORIAL

Director:
Joan Lozano i Fernández
 C. Editorial:
Carles Llor i Vilà
Rosa Pou i Vila
Xavier Bria i Ferré
Ernest Vinyoles i Bargalló
Mènci Benítez Camps
Montse Balagué Corbella
Miquel Àngel Martínez i Adell
Raül Bonich i Juan
Lurdes Alonso Vallès
Carmen Becerra Fuentes
 Comunicació:
Jordi Monedero i Boado
 Secretària:
Emma Blanc

SECCIONS

Recerca:
Montse Balagué Corbella
 Docència:
Yolanda Ortega i Vila
 Formació:
Rosa Morral Parente
 Comunicació:
Josep Espinasa i Rifà
 Residents:
Manuel Sarmiento Cruz

VOCALIES TERRITORIALS

Anoia:
Xavier Cantero Gómez
 Garraf:
Cristina Gallardo i Sánchez
 Girona:
Xavier Pérez i Berruezo
 Lleida:
Núria Nadal Braqué
 Maresme:
Juan José Montero i Alfà
 Osona:
Anna Rodríguez Ferré

PRODUCCIÓ

Realització: EdiDe, S.L.
 D.L.: B-17.664-1988

Tarragona:
Joan Josep Cabré i Vila
 Terres de l'Ebre:
Rosa Caballol i Angelats
 Vallès Occidental:
Montserrat Baré i Mañas
 Vallès Oriental:
Lourdes Martín Montero

ENLLAÇOS AMB EL BUTLLETÍ

Acreditació activitats:
Lluïsa Rodríguez i Latre
 Adolescència:
Ignasi Casado i Zuriguel
 Alcohol:
Rosa Freixedas i Casaponsa
 Anticoagulació oral:
Jordi Altirriba i Vives
 APOC:
Aurora Carranzo
 Respiratori:
Maria Antonia Llauger Rosselló
 ATDOM:
Antonio Aranzana i Martínez
 Cerebrovascular:
Maria Teresa Alzamora i Sas
 Comunicació i salut:
Josep Massons i Cirera
 Cooperació Internacional (COCOOPSI):
Lluï Solsona Díaz
 Dermatologia:
Raül Bonich i Juan
 Diabetis (GEDAPS):
Pilar Roura i Olmeda
 Dislipèmies:
César Asenjo i Vázquez
 Exercici físic i salut:
Óscar Peña i Chimenis
 Farmàcia:
Julio González i Algas
 Gent gran:
Mónica Papiol i Rufiàs
 Hipertensió arterial:
Narcís Salleras i Marco
 Infeccioses (GERMIAP):
Isabel González i Saavedra
 Malalties del cor:
Valeria Pacheco i Huergo
 MBE:
Mènci Benítez i Camps
 Obesitat:
Julio González i Algas
 Osteoporosi:
Cristina Carbonell i Abella
 Patologia digestiva:
Gerard Martínez i Sánchez
 Patologia prostàtica:
Elisenda Sant i Arderiu
 Qualitat:
Miquel Reguant i Fosas
 Reumatologia:
Xavier Mas i Garriga
 Risc cardiovascular:
Josep Franch i Nadal
 Salut mental:
Albert Grau i Ruvireta
 Tabaquisme (GRAPAT):
Joan Lozano i Fernández
 Urgències:
Pedro Cabrero i Sobrino
 VIH:
José Manuel Castillejo i Medina
 Violència a la dona:
Pilar Babi Roureda

CAMFiC no es fa responsable del contingut dels articles publicats, per tractar-se de les opinions dels autors.

EDITORIAL

ESTRATÈGIES PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DEL SEGLE XXI

L'11 de desembre del 2006 el Ple del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut va aprovar el document *Estratègies per a l'Atenció Primària del segle XXI* (AP XXI). El seu origen és la II Conferència de presidents de comunitats autònomes, que a la seva reunió del mes de setembre de l'any 2005 va acordar, entre altres coses, «augmentar els recursos i la capacitat de resolució de l'Atenció Primària de Salut». El mes de novembre de l'any 2005, per tal de donar contingut a aquest acord, el Ministeri de Sanitat va engregar cinc grups de treball formats per experts proposats per les societats científiques (entre elles la semFYC), les comunitats autònomes i el mateix Ministeri. Per part dels metges de família catalans hi va haver un representat a cada grup de treball com a mínim (Carmen Cabezas, Josep Casajuana, Manel Ferran, Joan Gené, Sebastià Juncosa, Begoña Santana i Àngel Vila).

El document (pendent de ser publicat en les properes setmanes) defineix com a objectiu per al període 2007-2012 arribar a una Atenció Primària de qualitat, orientada al ciutadà, que tingui una alta capacitat de resolució i que potencii la continuïtat assistencial, amb uns professionals motivats i capacitats i amb una organització descentralitzada, participada i eficient. El document assenyala dos eixos clau en els quals s'ha de centrar el futur de l'Atenció Primària: els ciutadans i els professionals. També diu que l'Atenció Primària ha de comptar amb els recursos materials i tècnics necessaris per poder millorar l'efectivitat i incrementar la seva capacitat diagnòstica i terapèutica, tant a través de la millora de la formació dels professionals com del seu accés a proves i tecnologies que n'afavoreixin la capacitat de resolució i la qualitat.

El document, dividit en cinc estratègies, defineix una sèrie de propòsits i de línies d'actuació per a cadascuna, per tal d'assolir els objectius. En destaquem les següents:

- Afavorir l'accessibilitat directa dels ciutadans als professionals (metges i infermeres) a través de les noves tecnologies, telèfon i Internet.

- Adequar la dotació de professionals tant sanitaris com no sanitaris a les noves necessitats de la població.
- Gestionar l'organització de les consultes i la dimensió dels contingents per poder disposar de més temps d'atenció als pacients.
- Millorar l'eficiència organitzativa dels equips mitjançant la redistribució de les carregues de treball.
- Promocionar activitats d'educació per a la salut, encaminades a fomentar l'autocura i reduir l'excessiva medicalització.
- Redissenyar el document de recepta oficial per permetre la prescripció de tots els fàrmacs d'un pacient per un temps determinat en un únic document (recepta multiprescripció).
- Posar en funcionament la recepta electrònica amb multiprescripció, prescripció temporal, comunicació telemàtica amb la farmàcia i visat electrònic.
- Millorar la gestió de la incapacitat temporal (IT) simplificant-ne els tràmits administratius.
- Incorporar sistemes d'informació a la consulta que permetin un accés en línia a la informació científica més rellevant.
- Elaborar i implantar guies de practica clínica comunes entre els diferents àmbits d'atenció, en especial pels problemes de salut més prevalents o de major incertesa i variabilitat.
- Gestionar des de l'Atenció Primària les interconsultes amb l'atenció especialitzada amb capacitat d'elecció dels serveis.
- Mantenir una organització definida per a cada nivell assistencial.
- Potenciar la utilització de la historia clínica compartida entre els nivells assistencials definint els continguts comuns.
- Coordinar les actuacions professionals dels metges i les infermeres; elaborar guies clíniques en què hi hagi definida l'actuació de cada grup professional, les responsabilitats entre els professionals i els indicadors que les avaluin; potenciar l'accessibilitat de la població a les consultes d'infermeria amb resolució i efectivitat.

Finalment, el document també defineix la necessitat d'incrementar en els propers anys els recursos financers destinats a l'Atenció Primària per sobre de l'increment de la mitjana dels pressupostos sanitaris públics, de manera que es pugui dotar a l'Atenció Primària dels recursos necessaris per poder reforçar el seu paper en el Sistema Nacional de Salut, objectiu principal del document.

El document AP XXI defineix el marc estratègic i les comunitats autònomes (en el nostre cas el Departament de Salut de la Generalitat) han de

definir les actuacions específiques necessàries per aconseguir els objectius plantejats.

Després de 20 anys des de l'inici de la reforma de l'Atenció Primària, 6 anys més (2007-2012) pot semblar molt de temps; temps per a l'esperança, però també per a la vigilància i per estar alerta. Una vegada més, els propòsits semblen encertats, però entre tots hem de contribuir a fer que les bones paraules –que ja em sentit en altres ocasions– es converteixin en fets reals i no només en quimeres que acabin generant frustració en comptes d'il·lusió.

ADOLESCENTS: SITUACIÓ SOCIOFAMILIAR I SALUT MENTAL

AUTORS

Aina Perelló Bratescu^a, Cristina Oriol Zerbe^b, Soledad Nadal Gurpegui^b, Carmen Ruiz Cabello^c, Elisenda Liso Vinyals^c, Nuria López Lapeña^d.

Centre de treball:

^aMetgessa de família, CAP Barceloneta, Barcelona.

^bMetgesses de família, CAP Raval Sud, Barcelona.

^cInfermeres pediàtriques, CAP Raval Sud, Barcelona.

^dMetgessa de família, CAP Lloret Tossa, Lloret de Mar, Girona.

CORRESPONDÈNCIA

Aina Perelló Bratescu

Albert Llanas 34, 2n 5a; 08024 Barcelona

Tel. 652 139 206

Adreça electrònica: ainaperello@camfic.org

RESUM

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

L'adolescència és una etapa clau de la vida i suposa un repte per al professional de l'Atenció Primària. Ens proposem conèixer la situació sociofamiliar i la salut mental dels adolescents mitjançant el genograma i l'anamnesi, i també la seva relació amb la immigració i el gènere.

DISSENY

Estudi analític en forma d'enquestes transversals.

EMPLAÇAMENT

Centre d'assistència primària d'un barri urbà marginal.

SUBJECTES

Adolescents entre 13 i 20 anys d'edat, visitats pels investigadors entre el febrer i el maig del 2004.

MESURES I INTERVENCIÓ

Mitjançant un full de recollida de dades s'obté el següent: informació sociodemogràfica, genograma, esdeveniments vitals estressants (EVE) i dades sobre la salut mental (preguntes proposades en el qüestionari-guia d'atenció a l'adolescent, elaborat pel grup de treball Adolescència i Salut, de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària).

RESULTATS

Es van incloure 62 adolescents d'una edat mitjana de 18 anys (DE: 1,87). El 58,1% eren dones. Immigrants: 59,7%. Sense residència: 11,3%. Estudiaven: 58,1%. Treballaven: 29,0%. Creients: 51,6% (el 27,4% eren musulmans).

Models familiars més freqüents: 53,2% nuclear íntegra i 22,6% monoparental.

Presència d'EVE: 69,4%. Desagrupament familiar: 35,5%.

Antecedents familiars de patologia mental: 22,6%.

Salut mental: quan tenen problemes, el 14,5% no parla amb ningú i el 27,4% parla amb els pares.

Se senten deprimits: 33,9%. Diagnosticats de patologia mental: 21,0%.

En creuar les variables, només trobem una relació estadísticament significativa entre gènere i sensació de depressió a favor de las dones ($p = 0,009$) i situació administrativa irregular/origen sud-americà ($p = 0,00012$).

CONCLUSIONS

Hi detectem una problemàtica sociofamiliar important: immigració, situació administrativa irregular, fracàs escolar, monoparentalitat, antecedents familiars de patologia mental. Tot i que aquests factors representen un risc per a patologia mental, només les dones se senten més deprimides.

El genograma i les preguntes-guia es revelen com a instruments útils per detectar situacions de risc.

PARAULES CLAU

Adolescència, situació sociofamiliar, salut mental.

INTRODUCCIÓ

L'adolescència és una etapa de la vida amb constants canvis tant a nivell físic i biològic com psicosocial. Constitueix una crisi d'identitat global, que implica travessar i també elaborar una sèrie d'importants dols que suposen la pèrdua del cos, del rol i la identitat infantils i dels pares que protegien la infància. L'adolescent expressa la seva crisi amb constants fluctuacions de l'humor i de l'estat d'ànim. A més a més, l'adolescència no és només un procés de canvi personal del protagonista, sinó que constitueix una etapa de transició i canvi en les relacions del sistema familiar: es té tendència a produir una autonomia progressiva dels adolescents respecte dels seus pares i viceversa¹.

Els problemes de salut mental tenen una rellevància especial. Entre els més prevalents hi trobem els trastorns d'ansietat i els depressius². No s'ha de subestimar la importància de la depressió en els adolescents, entre altres raons perquè la taxa de suïcidi és important en aquest grup d'edat².

Aquesta complexitat exigeix del professional d'Atenció Primària una resposta adequada. L'abordatge integral dels adolescents suposa un repte. S'imposa la tendència a facilitar una assistència adequada que, guiada pels principis de beneficència i autonomia, respecta el desig de confidencialitat³.

El grup de treball de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) proposa un qüestionari-guia per a l'abordatge de les activitats preventives en els adolescents⁴ (taula 1). Entre altres mesures destaquen la realització del genograma i una anamnesi dirigida a la salut mental, amb preguntes dissenyades amb aquest fi.

OBJECTIUS

Ens plantegem aquest treball amb l'objectiu de conèixer la situació sociofamiliar i la salut mental dels adolescents a través del genograma i l'anamnesi dirigida, com també la seva relació amb la immigració i el gènere. Això ens permetrà dissenyar estratègies d'abordatge dels problemes en aquest grup de pacients.

METODOLOGIA

DISSENY

Estudi descriptiu transversal.

POBLACIÓ DE L'ESTUDI I PERÍODE

Es va treballar amb una mostra consecutiva de 62 joves d'entre 13 i 20 anys d'edat. L'únic criteri d'inclusió era per-

TAULA 1. Qüestionari-guia d'atenció a l'adolescent
Grup Adolescència i Salut de la CAMFIC

1. Realització o revisió del genograma <ul style="list-style-type: none"> • Recollir antecedents familiars • Identificar convivents i explorar dinàmica familiar i possibles dols
2. Rendiment escolar/laboral <ul style="list-style-type: none"> • Quin curs fas? T'han quedat assignatures? Voldràs seguir estudiant? • De què estàs treballant? T'agrada la teva feina?
3. Tabac <ul style="list-style-type: none"> • Fumes cada dia? Quantes cigarretes? • Has fumat algun cop? • Qui fuma a casa teva? I al teu grup d'amics? • Què n'opines?
4. Alcohol <ul style="list-style-type: none"> • Prens begudes amb alcohol? Quines? • A casa? El cap de setmana? • Què en penses? • Has anat amb cotxe o moto amb algú que hagi begut?
5. Altres drogues <ul style="list-style-type: none"> • Has tingut contacte amb altres drogues? Quines? • Coneixes algú que consumeixi? Al teu grup? • Vols fer alguna pregunta sobre aquest tema?
6. Activitat física i temps lliure <ul style="list-style-type: none"> • Practiques algun esport? Quin? Quant de temps li dediques? • Què fas els caps de setmana? Surts en grup o en parella?
7. Activitat sexual <ul style="list-style-type: none"> • Has rebut informació sobre anticonceptius? Quins coneixes? • I sobre malalties de transmissió sexual? Quines et sonen?
8. Alimentació <ul style="list-style-type: none"> • Fas o has fet algun tipus de dieta? De quin tipus? • Coneixes a algú amb problemes d'anorèxia o bulímia? • Què n'opines?
9. Salut mental <ul style="list-style-type: none"> • Amb qui parles quan les coses no van bé? • Et sents trist o deprimid amb freqüència? • Tant com per haver pensat a suïcidat-te?

tànyer a aquest grup d'edat. Van participar en la recollida de dades cinc metges de família i dues infermeres de pediatria. Els joves van ser visitats en els mesos de febrer a maig de 2004 a l'Àrea Bàsica de Salut Raval Sud, de la Subdivisió de Barcelona Ciutat de l'Institut Català de la Salut. Aquesta àrea està ubicada al districte de Ciutat Vella de Barcelona i té un registre de 39.694 històries clíniques. La població atesa es caracteritza per ser socioeconòmicament deprimida, marginal i amb un alt percentatge d'immigració.

FONTS D'INFORMACIÓ

Es va dissenyar un full de recollida de dades (32 ítems), que incloïa: dades de filiació, situació administrativa, activitat escolar i/o laboral, dades socials, genograma, salut mental. Per a interpretar el genograma es van utilitzar els símbols i procediments proposats per McGoldrick i Gerson, modificats per Fleitas i De la Revilla⁵, que permeten objectivar aspectes relacionats amb els esdeveniments vitals estres-

sants (EVE): mort, separació, empresonament, malaltia, reconciliació, jubilació, drogoaddicció, embaràs, canvi de treball, mala relació conjugal, judici, fill que marxa de casa, canvi de les condicions de vida, canvi d'escola, migració recent, canvi d'hàbits a l'hora de dormir, etc. Per abordar l'estat de salut mental, utilitzem les preguntes proposades al qüestionari-guia d'atenció a l'adolescent (taula 1).

Aquestes dades es recollien durant una visita espontània per qualsevol motiu, previ consentiment de l'adolescent, especificant-ne sempre el caràcter confidencial. Tots els entrevistats van acceptar contestar les preguntes.

L'estudi estadístic es va fer mitjançant l'anàlisi descriptiu i bivariant amb el test de xi quadrat.

RESULTATS

El 58,1% (36) eren dones, amb una edat de $18 \pm 1,87$ anys (entre els 13 i els 20 anys).

Immigrants (nascuts a països de renda baixa): 59,7% (37). Segons lloc d'origen: 10 del Magrib (principalment del Marroc), 9 d'Indostan (Pakistan, l'Índia i Bangladesh), 7 de l'Amèrica del Sud (l'Equador, Colòmbia i el Perú), 7 de l'Amèrica Central (República Dominicana), 3 de Filipines, 1 de l'Àfrica subsahariana (Ghana).

Mitjana de 5,21 anys d'estada al país d'acollida. Amb residència, però sense permís de treball 19,4% (12); sense residència ni permís de treball 11,3% (7). Desagrupament familiar 35,5% (22).

Estudien: 58,1% (36); treballen: 29% (18) (5 les dues coses).

Segons nivell d'estudis: 16 estudien ESO; 9 cicles formatius; 5 batxillerat; 3 estudis superiors, 3 altres matèries. Amb assignatures pendents: 41,9% (26). Els agradaria seguir estudiant: 64,5% (40). Els agradaria treballar: 37,1% (23).

Creients: 51,6% (32). Segons la religió professada: 17 musulmans, 12 cristians, 2 hindús, 1 sikh.

Nombre de convivents $4,1 \pm 1,9$ (1-9). Tipus de família: nuclear íntegra 53,2% (33), monoparental 22,6% (14), nuclear ampliada 12,9% (8), reconstituïda 4,8% (3), extensa 3,2% (2), altres 3,2% (2). Dins el grup de les monoparentals: 7 ho són per separació, 3 per defunció, 2 per abandonament, 1 per distància física i 1 mare soltera.

Tenen parella: 43,5% (27).

Segons el cicle vital familiar (CVF): final de l'extensió 33,9% (21), contracció 24,2% (15), extensió-2 17,7% (11), formació 11,3% (7), extensió-1 8,1% (5) i dissolució 4,8% (3).

Han viscut algun esdeveniment vital estressant (EVE): 69,4% (43) (taula 2).

Antecedents familiars de patologia mental: 22,6% (14).

Quan tenen problemes parlen amb: 14,5% (9) ningú; 27,4% (17) amb els pares; 17,7% (11) amb els amics; 9,7% (6) amb la parella; 19,4% (12) amb més d'un. Se senten deprimits: 33,9% (21). Han pensat a suïcidat-se: 12,9% (8). Diagnosticats de patologia mental: 21% (13); 4 trastorns d'adaptació, 2 ansietat, 2 trastorns de personalitat, 1 trastorn de la conducta alimentària, 4 altres trastorns.

A l'estadística bivariant es van buscar relacions creuant les variables en funció de ser immigrant i el gènere amb les variables relacionades amb el rendiment escolar-laboral i la salut mental. Es van trobar diferències estadísticament significatives en sexe/sensació de depressió (a favor de les dones amb $p = 0,089$), i situació administrativa/país d'origen (situació administrativa irregular i procedir de l'Amèrica del Sud amb $p = 0,00012$). No vam trobar diferències estadísticament significatives entre religió i salut mental.

TAULA 2. Esdeveniments vitals estressants (EVE)

Mort de familiar
Divorci
Separació
Empresonament
Malaltia
Acomiadament
Atur
Reconciliació
Jubilació
Drogoaddicció
Alcoholisme
Embaràs
Canvi de feina
Mala relació amb cònjuge
Judicis
Fill que deixa la llar
Canvi de les condicions de vida
Canvi d'escola
Migració recent
Canvi d'hàbit de son

DISCUSSIÓ

Se sol partir del prejudici que els adolescents són difícils d'interrogar. Tanmateix, molts d'ells no es troben satisfets amb l'atenció que reben⁶, i com a índex simptomàtic tenim la dada que les consultes dels adolescents acostumen a durar menys que la mitjana⁷. En el nostre estudi crida l'atenció que tots els adolescents van acceptar contestar les preguntes de bon grat. Podria ser perquè la majoria de les preguntes les van fer els metges i/o infermeres habituals i per haver-ne remarcat el caràcter de voluntarietat i confidencialitat.

Detectem alts percentatges de fracàs escolar (molt pocs cursen estudis superiors), monoparentalitat (la majoria de casos per separació/divorci, descrit com la situació amb més risc de desestabilització entre les monoparentalitats⁸) i EVE. Tots ells poden resultar indicadors de risc de patologia mental.

A les consultes d'Atenció Primària, en general estem assistint a un augment de pacients immigrants procedents de països de renda baixa. Entre ells hi ha adolescents, ja siguin segones generacions (en el nostre treball hi ha 5 joves nascuts aquí, de pares nascuts a països de renda baixa: 4 d'Índia i 1 de l'Amèrica del Sud) o arribats a la infància. També poden haver arribat en plena adolescència acompanyats de la seva família o, en el pitjor dels casos, sols. En el nostre treball hi ha majoria d'immigrants. Les dificultats d'adaptació (escolaritat, irregularitat administrativa, desagrupament familiar...) poden suposar un risc per a la seva salut mental. Malgrat que constitueixen un col·lectiu heterogeni, els adolescents immigrants comparteixen unes característiques comunes, com són el fet d'haver hagut de passar per dos dols simultanis o en poc temps (el dol migratori i el de la infància perduda), el fet d'estar atrapatats entre dues fidelitats, o de tenir conflictes d'identitat⁹. Molts d'ells estan en situació administrativa irregular («sense papers»). En el marc legal actual es dona la paradoxa que existeixen joves amb permís de residència, però sense permís de treball, que veuen frustrades les seves expectatives de futur¹⁰.

El fet de no trobar diferències amb la població autòctona pel que fa a la prevalença de problemàtica escolar-

laboral i salut mental pot haver-se vist esbiaixat perquè es tracta d'una població marginal, com ja ha passat en altres estudis que han volgut comparar aquests grups en aquest mateix àmbit¹¹. També pot haver influït en els resultats el fet de tractar-se d'una mostra petita.

El genograma es revela com a un instrument útil a l'hora de detectar situacions de risc. Com ja s'ha vist en altres estudis¹², quan està ben construït, permet classificar les famílies segons l'etapa del cicle vital familiar (CVF) en què es troben, avaluar el paper de les interaccions familiars durant el cicle i descobrir les disruptcions de CVF, així com altres EVE. De totes maneres, en alguna ocasió hem tingut dificultats per plasmar les situacions detectades als genogrames (la realitat supera la ficció). Possiblement amb la informatització de les històries clíniques pot dificultar-se l'ús del genograma.

CONCLUSIONS

Detectem problemàtica sociofamiliar important: immigració, situació administrativa irregular, fracàs escolar, monoparentalitat, antecedents familiars de patologia mental. Tot i que aquests factors representen un risc per patir una patologia mental, només les dones se senten més deprimides.

El genograma i les preguntes-guida es revelen com a instruments útils per detectar situacions de risc.

BIBLIOGRAFIA

- Loayssa JR, Echagüe I. La salud en la adolescencia y las tareas de los servicios de salud. *An Sist Sanit Navar* 2001; 24 (Supl. 2): 94-105.
- Pla Corrons C. Relación padres-hijos en la adolescencia. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1999; 6: 143-148.
- Casado I. Tratando (con) adolescentes. *Aten Primaria* 2000; 26: 137-138.
- Cuestionario-guía de atención al adolescente. Grupo Adolescencia i Salut, SCMFIC.
- De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Enfoque familiar de los problemas psicosociales. *Atención longitudinal: Ciclo vital familiar*. Martín Zurro A, Cano Pérez, JF. *Aten Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* 2003; 10: 157-171.
- Arroba Basante ML. El examen de salud del adolescente. *Jano* 2001; 60: 783-789.
- Churchill R, Allen J, Denman S. Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 953-957.
- Goldenberg H, Goldenberg I. *Counselling today's families*. Belmont: Wadsworth, 1994.
- Funes J. Capítulo IV: Migración y adolescencia. La inmigración extranjera en España. Los retos educativos. Aja E, Carbonell F, Colectivo Ioé (Pereda C, Actis W y De Prada MA), Funes J, Vila I. Colección «Estudios sociales». Núm.1. Barcelona, Fundació La Caixa, 1999; 119-144.
- Siguan M. Inmigración y adolescencia. Barcelona: Paidós, 2003; 165-166, 188.
- Pertíñez Mena J, Viladés Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S, Muns Solé M. Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Aten Primaria* 2002; 29 (1): 6-13.
- De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, De los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998; 21 (4): 219-224.



CRECER, Avanzar, Consolidar

Bayvit es STADA

Continuamos avanzando.

A los éxitos de Bayvit, especialista en genéricos, sumamos la experiencia de la multinacional alemana **STADA**, fabricando y comercializando medicamentos desde hace 110 años.



VACUNACIÓ ANTIGRIPIAL: POSSIBLES FACTORS DETERMINANTS EN LES COBERTURES POBLACIONALS

AUTORS

Carina Mascort Nogué^a, Carme Graboleda Poch^b,
Imma Jou Solés^c, Neus Camps Cura^d,
Joana Terrades Cama^d.

^cÀrea Bàsica de Salut La Bisbal d'Empordà SSIBE.
^dServeis Territorials de Salut a Girona.

Centre de treball:

^aCentre d'Atenció Primària Montilivi ICS.
^bServei d'Atenció Primària Girona Sud ICS.

CORRESPONDÈNCIA

Carina Mascort Nogué
CAP Montilivi
Castell Solterra, 11; 17003 Girona
Adreça electrònica: cmascort@yahoo.com

RESUM

OBJECTIUS

Identificar els factors que poden influir en la vacunació antigripal (VAG) de la població de més de 59 anys d'edat.

METODOLOGIA

Estudi descriptiu transversal dut a terme en 27 àrees bàsiques de salut (ABS) de Girona, amb una població assignada total de 532.084 pacients, dels quals 117.306 són majors de 59 anys. Dades corresponents a la campanya VAG 2005-2006. Variables estudiades: taxa de vacunació antigripal de la població major de 59 anys, població assignada a cada ABS, tipificació dels equips d'Atenció Primària (característiques de la població i grau d'aïllament de l'ABS); població assignada i càrrega assistencial mitjana de cada UBA; vacunació del personal sanitari, i desenvolupament d'estratègies a la població per incrementar la taxa d'immunització de VAG.

Informació processada mitjançant una anàlisi descriptiva i, per identificar variables associades, xi quadrat, ANOVA i regressió logística.

RESULTATS

La cobertura vacunal de la població major de 60 anys de la mostra ha estat del 63,95% (rang entre el 51,48 i el 78,32%). En el col·lectiu del personal sanitari, la cobertura VAG en els metges va ser del 43,74% i en les infermeres del 50,76%. L'anàlisi estadística realitzada no ha pogut demostrar cap relació entre la cobertura VAG i les variables estudiades, a excepció de la mitjana de la càrrega assistencial per a l'UBA ($p = 0,015$).

CONCLUSIONS

La manca d'associació podria ser conseqüència de la mida de la mostra ($n = 27$ ABS). En tractar-se d'un estudi transversal, no hem pogut avaluar retrospectivament l'evolució de la cobertura de la VAG ni la influència que les estratègies utilitzades en campanyes anteriors hagin pogut tenir en els resultats d'aquesta.

PARAULES CLAU

Influenza, vaccination, flu.

INTRODUCCIÓ

La grip és una malaltia infecciosa causada pels virus de la família Orthomyxoviridae, que inclou els gèneres Influenzavirus A i B, i Influenzavirus C. Des del punt de vista epidemiològic, el virus de la grip A és el principal causant de les epidèmies hivernals de grip que es repeteixen cada any.

Des del punt de vista clínic, la grip és una malaltia vírica, generalment autolimitada, del tracte respiratori, que pot afectar qualsevol grup poblacional.

La major taxa de transmissió es registra entre la població més jove i la de major mortalitat entre la població anomenada «de risc» (majors de 60 anys i menors d'aquesta edat amb patologies de base que puguin descompensar-se amb la infecció gripal) que provoca un augment de la demanda assistencial¹. Només del 10 al 20% de les persones infectades desenvolupen una malaltia clínica que requereix atenció mèdica. La morbiditat de la grip és elevada. S'estima que entre el 5 i el 20% de la població general i fins als 50% o més de les persones internades en institucions tancades emmalalteix de grip cada any². La mortalitat habitual de la grip oscil·la entre el 0,06 i el 0,18% de les persones que emmalalteixen³.

La vacunació antigripal és la mesura de prevenció primària fonamental per prevenir la grip i les seves complicacions². Diversos estudis avalen l'eficàcia de la vacuna en la reducció del percentatge d'infeccions respiratòries, pneumònies, hospitalitzacions i mortalitat⁴. En persones amb bon estat de salut, s'ha estimat que la vacuna pot tenir una efectivitat d'entre el 65 i el 85%. En persones amb malalties cròniques o majors de 65 anys, la seva efectivitat pot ser del 30 al 40%. No obstant això, el més important és que pot evitar la major part de les complicacions més greus: entre el 45 i el 60% de les hospitalitzacions i el 80% de les morts⁵.

Malgrat que s'ha demostrat l'efectivitat de la vacuna i que les taxes d'immunització han augmentat, els nivells de cobertura no són els òptims. Al 2002, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) es va proposar aconseguir una cobertura d'almenys el 75% en les persones d'edat avançada l'any 2010⁶. Els nivells assolits en la campanya vacunal 2004-2005 van ser del 68,6% en el global d'Espanya i del 70% a Catalunya, en majors de 64 anys⁷.

OBJECTIUS

L'*objectiu general* d'aquest treball és identificar els factors que poden influir en la vacunació antigripal (VAG) de la població de més de 59 anys d'edat, en 27 ABS de les comarques gironines.

L'*objectiu específic* és determinar si existeix alguna relació entre la taxa de cobertura VAG de la població major de 59 anys i els factors següents:

- Població assignada a cada ABS.
- Tipificació dels equips d'Atenció Primària.
- Població assignada mitjana de cada UBA.

- Càrrega assistencial mitjana de cada UBA.
- Vacunació del personal sanitari (metges i infermeres).
- Desenvolupament d'estratègies d'informació, de captació, i d'accessibilitat de la població per incrementar la taxa d'immunització de la VAG.

METODOLOGIA

DISSENY

Estudi descriptiu transversal, en 27 àrees bàsiques de salut (ABS) de la província de Girona, gestionades per dos proveïdors de serveis sanitaris: l'Institut Català de la Salut (ICS) i els Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE). Aquestes 27 ABS tenen una població assignada total de 532.084 pacients, dels quals 117.306 són majors de 59 anys. Les dades corresponen a la campanya VAG 2005-2006.

DEFINICIÓ DE LES VARIABLES

Variable dependent

Taxa de vacunació antigripal a la població de més de 59 anys d'edat durant la campanya 2005-2006. La població diana és la població major de 59 anys assignada a cada EAP en el moment de l'avaluació. Per al càlcul de la taxa de vacunació antigripal, s'ha realitzat el percentatge entre els pacients assignats a cada EAP majors de 59 anys amb registre d'una dosi de vacuna antigripal al final de la campanya vacunal 2005-2006, dividit per la població major de 59 anys assignada a cada EAP. Els criteris de vacunació han estat els definits a la *Guia tècnica de la campanya antigripal* del Departament de Salut. La informació per calcular les cobertures de VAG s'ha obtingut a partir de la població assignada a cada Equip d'Atenció Primària (EAP) i els llistats informàtics de dosis administrades de vacunes.

Variables independents

1. Població assignada a cada ABS, definida com la població que té assignada l'EAP, d'acord amb els criteris d'assignació territorial o de lliure elecció de metge/infermera, segons les dades obtingudes del Registre Central d'Assegurats, al desembre del 2005.
2. Tipificació dels equips d'Atenció Primària. L'Ordre del 10 de març de 1986⁸, per la qual es regula el sistema de retribució del personal sanitari dels equips d'Atenció Primària i se'n fixen les retribucions, defineix les característiques de cada ABS segons la seva població.
 - Determinació del percentatge de població de més de 65 anys en l'àmbit de cada ABS: P1-taxa inferior al 9%, P2-taxa compresa entre el 9 i el 13%, P3-taxa superior al 13%.
 - Grau d'aïllament i de densitat de població de l'ABS en funció de les distàncies entre els nuclis de població existents a l'ABS: D1-urbà, D2-semiurbà, D3-semirural, D4-rural, D5-altres (gran dispersió).
3. Mitjana de població assignada a cada UBA, definida com la població que té assignada de mitjana cada Unitat Bàsica Assistencial (UBA) de l'EAP, d'acord amb els criteris d'assignació territorial o de lliure elecció de metge/infermera, segons les dades obtingudes de la Unitat de Sistemes d'Informació de l'Àmbit Territorial Girona, de l'ICS i del SSIBE.
4. Càrrega assistencial mitjana de cada UBA. La població assignada mitjana de cada UBA s'agrega en diferents nivells segons els grups d'edat (de 0 a 2 anys, de 3 a

14 anys, de 15 a 44 anys, de 44 a 64 anys, de 65 a 74 anys, 75 anys o més). Cada nivell d'agregació pondera de manera diferent, i, a partir d'aquí, es calcula la càrrega assistencial de cada UBA. Les dades s'obtenen de la Unitat de Sistemes d'Informació de l'Àmbit Territorial Girona, de l'ICS i del SSIBE.

5. Vacunació del personal sanitari (metges i infermeres). Programa de vacunació antigripal per als treballadors de la salut, campanya 2005-2006. Es considera la plantilla facilitada pels serveis de recursos humans que presten assistència en aquestes 27 ABS. Les dades de vacunació del personal sanitari han estat facilitades per les unitats bàsiques de prevenció de riscos laborals de l'ICS i del SSIBE. La seva font d'informació va ser l'autodeclaració per part dels professionals, a un responsable de l'ABS, que va transmetre les dades a la UBPR. Cada ABS va facilitar a les UBPR les dades del personal sanitari que s'havia vacunat en els CAP. A banda, les vacunes administrades pels professionals de les UBPR als professionals d'Atenció Primària que es van desplaçar a l'Hospital Doctor Josep Trueta o a l'Hospital de Palamós també estan incloses en aquestes dades de vacunació de personal sanitari.
6. Desenvolupament d'estratègies d'informació, captació, accessibilitat de la població per incrementar la taxa d'immunització de la VAG. Es va dissenyar un full de recollida de dades, que es va transmetre als equips directius de les ABS. En aquest full, s'hi incloïa un llistat de possibles estratègies que es van dur a terme a la campanya VAG 2005-2006. S'hi havia d'indicar la realització o no de cada estratègia. Les possibles estratègies desenvolupades eren les següents:
 - *Carta en què es recomanava la VAG als pacients.* Estratègia de captació realitzada des de l'EAP, adreçant un recordatori postal als pacients tributaris de VAG, a l'inici de la campanya de la VAG.
 - *Trucada telefònica.* Estratègia de captació realitzada des de l'EAP, recomanant la immunització als pacients tributaris de VAG i que encara no s'havien vacunat al mes de novembre de 2005.
 - *Divulgació de la campanya VAG a la població,* mitjançant tríptics i pòsters facilitats pel Departament de Salut, xerrades informatives als casals d'avis, participació en mitjans de comunicació locals (ràdio, televisió, etc.).
 - *VAG en llocs no tradicionals.* Estratègia organitzativa dels EAP, amb l'administració de la VAG fora de les consultes habituals del CAP, com per exemple, residències geriàtriques, casals d'avis, escoles, etc.
 - *Consulta exclusiva VAG.* Estratègia organitzativa dels EAP, amb la implementació, als centres d'Atenció Primària, de consultes exclusives per a la VAG, amb horari de matí i tarda, per facilitar l'accessibilitat a la vacunació.
 - *Intervencions en el personal sanitari.* Estratègia adreçada al personal sanitari, mitjançant la divulgació del Programa de vacunació antigripal per als treballadors de la salut, campanya 2005-2006, del Departament de Salut, conjuntament amb la realització d'una sessió informativa al CAP adreçada al personal sanitari.
7. Anàlisi estadística. La informació s'ha processat amb SPSS 12.0, mitjançant una anàlisi descriptiva, i, per identificar variables associades, xi quadrat, ANOVA i regressió logística.

RESULTATS

CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ D'ESTUDI

Les 27 ABS estudiades tenen una població assignada total de 532.084 pacients, dels quals 117.306 són majors de 59 anys (22,04%). La població major de 65 anys d'aquestes ABS representa un percentatge del 18,70%, amb un mínim del 13,10% (EAP Salt) i un màxim del 27,80% (EAP Camprodon), classificades totes com a P3 en la descripció de les ABS.

En analitzar les ABS segons la seva població assignada, definida com a variable quantitativa contínua, a l'hora de fer el tractament estadístic, en intervals de classe, detectem que hi ha un major nombre d'ABS amb una població de 10.000 a 19.999 habitants (8 ABS) i amb una població superior a 30.000 (8 ABS) (taula 1).

TAULA 1. Distribució de les àrees bàsiques de salut (ABS) segons la població assignada

Població assignada a l'ABS (habitants)	n	%
< 10.000	6	22,2
De 10.000 a 19.999	8	29,6
De 20.000 a 29.999	5	18,5
> 30.000	8	29,6
Total	27	100,0

n: nombre d'ABS.

Segons el grau d'aïllament i de densitat de població de l'ABS, en funció de les distàncies entre els nuclis de població existents a l'ABS, aquestes 27 ABS es distribueixen amb un predomini de les classificades com a semiurbanes (7 ABS) i com a rurals (8 ABS) (taula 2).

TAULA 2. Distribució de les àrees bàsiques de salut (ABS) en funció de la dispersió poblacional

Tipificació de l'ABS	n	%
Urbana	3	11,1
Semiurbana	7	25,9
Semirural	5	18,5
Rural	8	29,6
Altres	4	14,8
Total	27	100,0

n: nombre d'ABS.

La població assignada mitja a cada Unitat Bàsica Assistencial dels EAP és de 1.489 persones, amb un dispersió d'entre 935 persones (EAP Camprodon) i 2.077 persones (EAP Figueres). Segons el càlcul de càrrega assistencial, la mitjana s'estableix en 2.635 persones, amb un mínim de 1.876 (EAP Bàscara) i un màxim de 3.530 (EAP Figueres).

En quant a les estratègies vacunals emprades per les diferents ABS a la campanya VAG 2005-2006, hi ha un predomini de les estratègies de recordatori de trucada telefònica, de divulgació d'informació a la població general i d'intervencions en el personal sanitari (taula 3).

TAULA 3. Estratègies utilitzades per les diferents àrees bàsiques de salut (ABS)

Estratègia vacunal	n	%
Carta a la població	4	14,8
Trucada telefònica	21	77,8
Divulgació campanya VAG a la població	24	88,9
VAG en llocs no tradicionals	9	33,3
Consulta exclusiva VAG	15	55,6
Intervencions en el personal sanitari	20	74,1

n: nombre d'ABS.

RESULTATS DE LA VACUNACIÓ ANTIGRIपाल

La mitjana de la cobertura vacunal de la població major de 59 anys de la mostra ha estat del 63,95 %, amb una desviació estàndard (SD) de 7,79, mediana de 63,26%, amb un mínim del 51,48% (ABS Girona 1) i un màxim del 78,32% (ABS Girona 3).

En el col·lectiu del personal sanitari, la cobertura VAG va ser:

- Metges: 43,74%, amb una SD de 22,74, mediana de 63,26% i un rang entre el 0% (EAP Besalú) i el 92,3% (EAP Sarrià).
- Infermeres: 50,76% , amb una SD de 23,28, mediana de 46,67% i un rang entre el 0% (EAP Besalú) i el 100% (EAP Llançà).

La cobertura vacunal ha estat, segons les diferents variables d'estudi:

1. Població assignada a les ABS

En relació amb la possible influència entre la VAG i la població assignada a l'EAP (figura 1) es veu certa tendència de taxes de VAG més elevades en les ABS amb menor població assignada, en comparació amb les de major població. Aplicant xi quadrat a l'hora de fer l'anàlisi estadística, no s'obté un nivell de significació estadística $p < 0,05$ (taula 4).

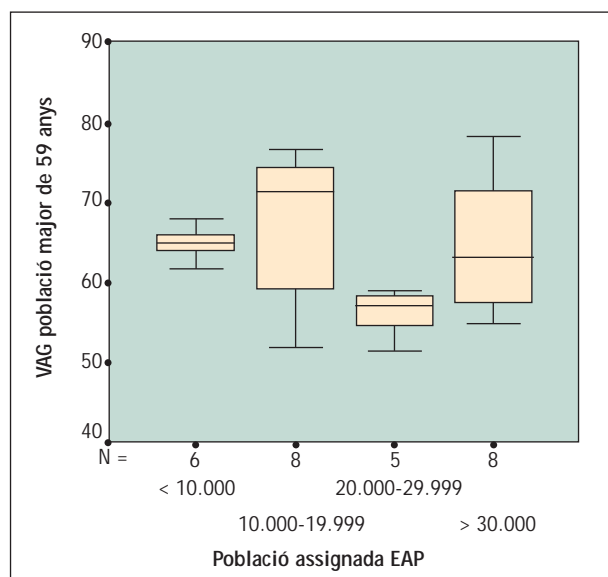


FIGURA 1. Relació entre la població de les àrees bàsiques de salut (ABS) i la cobertura de la vacunació antigripal (VAG).

TAULA 4. Població assignada a les àrees bàsiques de salut (ABS) i nivell de cobertura de vacunació antigripal (VAG)

Població assignada a les ABS (habitants)	Taxa de VAG població > 59 anys (%)	IC 95%
< 10.000	64,87	Del 62,65 al 67,08
De 10.000 a 19.999	67,33	Del 59,59 al 75,07
De 20.000 a 29.999	56,12	Del 52,30 al 59,94
> 30.000	64,75	Del 57,61 al 71,89

Sense significació estadística en cap de les variables $p < 0,05$.

2. Tipificació de les ABS segons isocrones

(taula 5, figura 2)

En el gràfic s'observa certa tendència a l'augment de la cobertura vacunal en les ABS caracteritzades amb més grau de dispersió geogràfica (rurals i altres). En l'anàlisi estadística efectuada, però, el valor de xi quadrat no té nivell de significació estadística ($p < 0,05$).

3. Estratègies poblacionals (taula 6)

Relació estadísticament no significativa entre les diferents estratègies poblacionals utilitzades i els nivells de cobertura de VAG.

TAULA 5. Relació entre la tipificació de les àrees bàsiques de salut (ABS) en isocrones i la vacunació antigripal (VAG)

Tipificació de les ABS	Taxa de VAG població > 59 anys (%)	IC 95%
Urbana	57,83	Del 36,89 al 78,77
Semiurbana	63,84	Del 55,30 al 72,38
Semirural	63,81	Del 56,47 al 71,20
Rural	65,97	Del 58,15 al 73,78
Altres	64,83	Del 60,39 al 69,26

Sense significació estadística en cap de les variables $p < 0,05$.

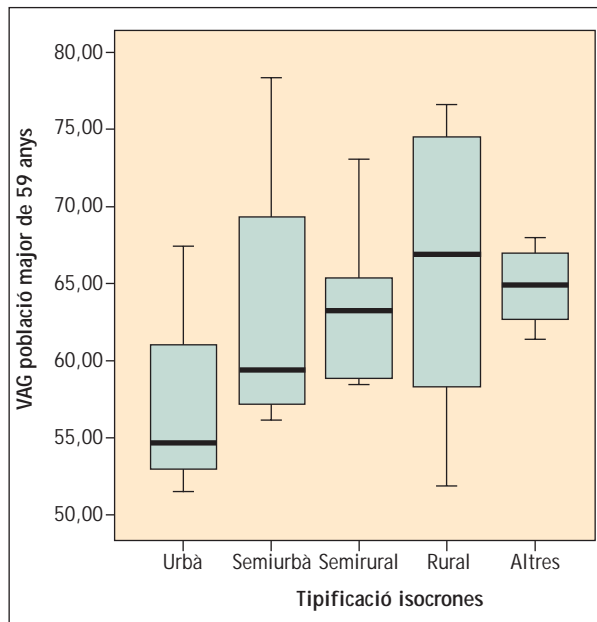


FIGURA 2. Relació entre la tipificació en isocrones i els nivells de cobertura de la vacunació antigripal (VAG).

4. Càrrega assistencial (figura 3)

En analitzar la relació entre la taxa de VAG i les característiques de les UBA (càrrega assistencial), hi trobem que és estadísticament significativa. En aplicar el factor de relació lineal, surt $R: 0,417$, $R\text{ Square}: 0,174$ i significació: $0,030$. La correlació és negativa i, per tant, a menys càrrega assistencial, més cobertura vacunal.

5. Vacunació del personal sanitari

Quant a la possible existència de relació entre la VAG en el personal mèdic i d'infermeria, el factor de relació lineal R es de $0,246$ i de $0,098$ respectivament, amb nivells de significació $> 0,05\%$.

CONCLUSIONS I DISCUSSIÓ

En el nostre estudi, la cobertura VAG en la població de més de 59 anys d'edat ha estat del $63,95\%$, amb cobertures amb rangs d'entre el $51,48$ i el $78,32\%$. En el subgrup de pobla-

TAULA 6. Relació entre les estratègies poblacionals i els nivells de cobertura poblacional de la vacunació antigripal (VAG)

Estratègia poblacional	Taxa VAG població > 59 anys amb intervenció		Taxa VAG població > 59 anys sense intervenció	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Carta a la població	67,14	Del 58,47 al 75,80	63,39	Del 59,89 al 66,89
Trucada telefònica	63,26	Del 59,76 al 66,77	66,34	Del 57,57 al 75,11
Divulgació campanya VAG a la població	63,69	Del 60,43 al 66,95	66,01	Del 41,62 al 90,41
VAG en llocs no tradicionals	59,63	Del 53,31 al 65,94	66,11	Del 62,72 al 69,49
Consulta exclusiva VAG	61,15	Del 56,64 al 65,66	67,44	Del 63,67 al 71,21
Intervencions en el personal sanitari	65,14	Del 61,59 al 68,68	60,55	Del 53,21 al 67,88

Sense significació estadística en cap de les variables $p < 0,05$.

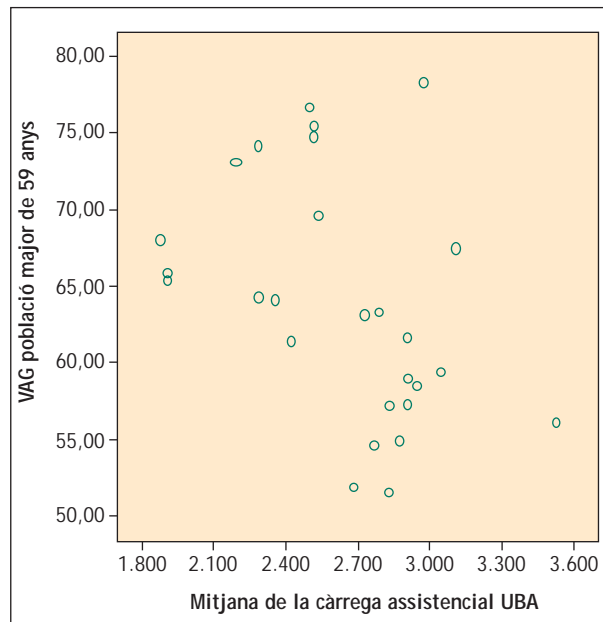


FIGURA 3. Relació entre la mitjana de la càrrega assistencial de la Unitat Bàsica Assistencial (UBA) i els nivells de vacunació antigripal (VAG).

ció de més de 64 anys d'edat, el percentatge de la cobertura obtinguda ha estat del 63,65%. Aquest resultat global és similar als resultats assolits a la campanya 2004-2005 a Espanya (68,6%) i a Catalunya (70%), perquè les dades publicades es refereixen a població major de 65 anys.

L'anàlisi estadística del nostre estudi no ha pogut demostrar cap relació:

- amb les diferents estratègies vacunals adreçades a la població (carta, trucada telefònica, divulgació campanya VAG, vacunació en llocs no tradicionals, consulta exclusiva VAG);
- amb les intervencions en el personal sanitari;
- amb la població assignada a l'ABS;
- amb les característiques de dispersió de les ABS;
- amb la població assignada a cada UBA;
- amb VAG del personal sanitari (metges i infermeres).

Només hem pogut demostrar la relació entre la cobertura VAG i la càrrega assistencial de la UBA. En aquest sentit, hi ha estudis que contradiuen aquesta possible associació⁵. Les característiques de la UBA, en quant a població assignada, no semblen tenir cap influència en el fet de vacunar-se.

Aquesta manca d'associació podria ser conseqüència de la mida de la mostra (n = 27 ABS), que no es pot considerar prou gran per detectar l'existència de diferències significatives, en el cas que n'hi haguessin. Potser l'estudi s'hauria d'haver enfocat sobre una població diana que no estigués formada per les ABS, sinó que abracés la població assignada total de les ABS.

De tota manera, en observar els gràfics, crida l'atenció una certa tendència a una possible relació entre la cobertura vacunal i la població assignada a cada ABS, i la tipificació segons la dispersió, cosa que pot fer pensar que les ABS amb menys població assignada tenen una cobertura més alta. I, per altra banda, les ABS amb més dispersió o més rurals tenen uns resultats més elevats que les ABS urbanes.

Tal i com els estudis ens indiquen⁴, la conscienciació en el col·lectiu de personal sanitari en relació a la necessitat de vacunar-se és baixa. En el nostre estudi, les cobertures vacunals han estat en els metges del 43,74 % (del 0 al 92,3%) i en les infermeres del 50,76% (del 0 al 100%). Aquestes dades són similars a les obtingudes en altres estudis realitzats a l'Estat espanyol, amb cobertures entre el 22 i el 58% entre els professionals d'Atenció Primària⁹. Contràriament al que es podria suposar, la VAG dels professionals no sembla tenir cap relació amb la cobertura poblacional, ja que les ABS amb percentatges baixos entre els professionals no es tradueixen amb cobertures baixes a la població.

Per acabar, un altre aspecte a tenir en compte d'aquest estudi és que es tracta d'un tall transversal, amb dades referides només a la campanya VAG 2005-2006, la qual cosa ens impossibilita fer una valoració retrospectiva de l'evolució de la cobertura de la població i, a més, valorar la influència que les estratègies utilitzades en campanyes anteriors hagin pogut tenir en els resultats d'aquesta.

BIBLIOGRAFIA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP). Recommendations. Prevention and control of influenza. MMWR 2005; 54: 1-40.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Guia tècnica per a la campanya de vacunació antigripal 2005. Barcelona: Departament de Salut, 2005.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Pla d'actuació a Catalunya enfront d'una possible pandèmia de grip. Barcelona: Departament de Salut, 2006.
4. Alemany L. Vacunación antigripal en el personal sanitario: cobertura y factores asociados a su aceptación. A: 2004 Vacunas. Procedent de VIII Curso de Actualización. Barcelona: Prous Science; 2004. p. 111-123.
5. Sarriá A, Timoner J. Determinantes de la vacunación de la gripe en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 17-26.
6. Mayo E, Hernández V, Sierra MJ et al. Evolución de las coberturas vacunales antigripales entre 1993-2001 en España. Análisis por comunidades autónomas. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 481-492.
7. msc.es Espanya: Ministerio de Sanidad y Consumo; citat el 2 de maig de 2006. Disponible a: www.msc.es
8. Diari Oficial de Generalitat de Catalunya número 678, de 28 d'abril de 1986.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Programa de vacunació antigripal per als treballadors de la salut. Campanya 2005-2006. Barcelona: Departament de Salut, 2005.

PER QUÈ TENIM DOLOR?

Les plantes ens ajuden a entendre-ho

ANNA RISPAU i MARIA FREIXES

Il·lustrat per Pilar Mena

Les autores volen difondre un missatge de solidaritat i esperança a totes aquelles persones que han conegut de prop els efectes devastadors del DOLOR. L'Anna i la Maria, dues noies de móns molts diferents, han estat unides per aquest denominador comú i les seves vivències han marcat la seva manera de ser, de sentir, de viure i de veure el món.

«Mantenim una lluita activa contra el dolor, considerem que hem fet un aprenentatge de luxe i tenim el neguit, la necessitat i el deure d'explicar la nostra experiència, perquè uns es puguin sentir identificats i aollits, perquè d'altres puguin avançar en el camí de l'ajut i l'empatia i perquè tots junts recordem que cadascú de nosaltres som peces clau per construir i mantenir la salut.

La Pilar Mena ha elaborat unes il·lustracions colpidores, plenes de tendresa i d'emoció, que donen color a aquest missatge.»

L'objectiu d'aquesta acció és conscienciar la societat sobre la importància d'avançar en la investigació biomèdica, perquè la recerca pot canviar la vida dels qui pateixen dolor.

Podeu trobar el conte a la seu de la CAMFiC fins al final de les existències. El seu preu és de 10 €, que es destinaran íntegrament a La Marató de TV3, que l'any passat es va dedicar al dolor crònic.



Col·laboren

Patrocinadors

Entitat beneficiària

EDI DE

El Corte Inglés



Fundació d'Atenció Primària

camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Fundació
La Marató de TV3

IMATGE TRIANGULAR EN UNA RADIOGRAFIA ABDOMINAL

AUTORS

M. E. Blanco García, M. T. Peñarrubia María
i D. Ruiz Blanes.

CORRESPONDÈNCIA

M. Elena Blanco García
Passeig de Lormont 10, 3-5; 08860 Castelldefels
Tel. 649 904 346
Adreça electrònica: 33539ebg@comb.es

Centre de treball:

EAP Gavà II
Riera de les Parets, 7
08850 Gavà (Barcelona)

Motiu de consulta

Presentem el cas d'una pacient de 51 anys d'edat que consulta per un quadre de lumbàlgia de mesos d'evolució.

Antecedents patològics

Insuficiència venosa i pendent d'estudi per cefalea.

Malaltia actual

Lumbàlgia de mesos d'evolució amb característiques mecàniques i sense irradiació a les extremitats ni signes d'alarma. No refereix cap factor desencadenant.

Exploració física

No presenta lesions cutànies ni anomalies de l'estàtica. Palpació d'apòfisis espinoses anodina. Dolor a la palpació de la musculatura lumbar i lleugera limitació a la flexoextensió. Lateralitzacions i rotacions sense limitació.

Estudi i evolució

Radiografia lumbar: destaca una imatge de calcificació de tipus quístic i morfologia triangular situada a la zona suprarenal esquerra. L'informe radiològic orienta la imatge com a possible seqüela d'una hemorràgia adrenal esquerra (figures 1 i 2).

Després de 10 dies de repòs, analgèsics i normes higiènicoposturals, la pacient va restar asimptomàtica. A causa de la troballa radiològica casual es va completar l'estudi amb una TAC abdominal.

TAC abdominal: la imatge correspon a una calcificació triangular dependent de la pota mitja de l'adrenal esquerra de $4 \times 2 \times 2,5$ cm que pot trobar-se en relació amb l'afectació per tuberculosi prèvia o seqüeles d'hemorràgia (traumatisme, infecció).

La PPD i la radiografia de tòrax van ser negatives.

La pacient no referia cap antecedent traumàtic conegut. Posteriorment, en revisar la història clínica, es va trobar com a possible antecedent una fractura espiroide de peroné esquerre, però no queda clara la seva relació causa-efecte amb l'hemorràgia adrenal que ens ocupa. Després d'haver realitzat l'estudi diagnòstic es va descartar l'etiologia infecciosa. Com que es tractava d'una troballa casual per a un estudi de lumbàlgia resolta i la pacient es trobava asimptomàtica no va caldre instaurar cap tractament ni fer més proves complementàries invasives.

Discussió

Entre el 0,14 i el 0,6% de les autòpsies revelen la presència d'hemorràgia adrenal difusa o focal^{1,2}. La majoria de les hemorràgies adrenals es descobreixen durant una inter-



FIGURA 1. Imatge radiològica: projecció frontal.



FIGURA 2. Imatge radiològica: projecció lateral.

venció quirúrgica o *post mortem*. Entre els factors relacionats amb l'aparició d'aquesta troballa destaquen el tractament anticoagulant, l'embaràs i les situacions d'estrès, com les intervencions quirúrgiques o el part (taula 1).

TAULA 1. Factors relacionats amb l'aparició d'hemorràgia adrenal^{1,3,6}

Infecció
Septicèmia
Perineonatal
Neoplàsia
Cremades extenses
Estats convulsius i teràpia electroconvulsiva
Traumatisme
Hipertensió arterial
Insuficiència respiratòria crònica
Tractaments perllongats amb ACTH
Tractament anticoagulant
Malalties hemorràgiques
Intervencions quirúrgiques

El mecanisme patogènic que afavoreix l'hemorràgia adrenal és encara desconegut tot i què es dona més freqüentment en el nadó³⁻⁵. Els homes estan més freqüentment afectats que les dones amb una relació 3:2. La presentació més freqüent a l'adult és en el sexe masculí, entre els 50 i els 70 anys d'edat, i l'afectació majoritàriament sol ser bilateral. Les formes unilaterals afecten sobretot la glàndula suprarenal dreta^{2,3}.

El quadre clínic pot variar des d'un dolor abdominal brusc, lateralitzat si l'hemorràgia és unilateral amb discreta irritació peritoneal, fins a un quadre de shock hipovolèmic. La mortalitat va clarament relacionada amb la gravetat de l'hemorràgia i augmenta si l'afectació és bilateral.

Conclusions

L'interès d'aquest cas rau en la troballa casual d'una calcificació amb morfologia triangular en una radiografia simple d'abdomen. No es pot descartar que la presentació fos asimptomàtica, ja que la pacient no recordava cap possible factor predisposant ni cap quadre clínic relacionat. El fet a destacar del cas és la seva presentació atípica, en tractar-se d'una dona asimptomàtica amb una hemorràgia adrenal de localització unilateral esquerra.

BIBLIOGRAFIA

- Botteri A, Orell SR. Adrenal hemorrhage and necrosis in the adult. A clinicopathological study of 23 cases. *Acta Med Scand* 1964; 175: 409-419.
- Xarli VP, Steele AA, Davis PJ, Buescher ES, Rios CN, Garcia-Bunuel R. Adrenal hemorrhage in the adult. *Medicine (Baltimore)* 1978; 57: 211-221.
- López Vivancos J, Tovar Méndez JL, Vila Presas J, Allende Monclus A. Spontaneous adrenal hemorrhage. *Med Clin (Barc.)* 1983; 81: 263-265.
- Sales Ferrer R, García Vázquez P, Pastor Pradera F, et al. Diagnóstico ecográfico de la hemorragia suprarrenal en el recién nacido. *An Esp Pediatr* 1981; 14: 131-136.
- Tan PL, Moore NR. Spontaneous Idiopathic Bilateral Adrenal Hemorrhage in Adults. *Clin Radiology* 2003; 58: 890-892.
- Berte SJ. Spontaneous adrenal hemorrhage in the adult: report of two cases and literature review. *Ann Intern Med* 1953; 38: 28-37.

L'AIGUA EMBOTELLADA I EL POTASSI

AUTORS

T. Mur Martí, metge d'Atenció Primària, tutor MFiC.
O. Hladun Alvaro, resident MFiC.
J. Novo Salvador, resident MFiC.

Centre de treball:

CAP Terrassa Sud (Mútua de Terrassa), Terrassa.

CORRESPONDÈNCIA

Teresa Mur Martí
CAP Terrassa Sud; Mútua de Terrassa
Av. Santa Eulàlia s/n; 08223 Terrassa
Adreça electrònica: teresamm@camfic.org

Motiu de consulta

Hiperpotassèmia en una analítica de control.

Antecedents personals

- Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.
- Sense hàbits tòxics coneguts.

Antecedents patològics

- Diabetis mellitus tipus 2, que ha necessitat insulinització l'últim any.
- Hipertensió arterial.
- Malaltia de Graves-Basedow en remissió des del 2000.
- Estenosi mitral moderada.

5. Hipertensió pulmonar moderada.

6. Fibril·lació auricular crònica.

7. Glaucoma.

8. Hiperpotassèmia secundària a fàrmacs el 2005 (aldosterona).

Tractament actual

- Irbesartan 150 mg (1-0-1).
- Carvedilol 6,25 mg (1-0-1).
- Digoxina 0,25 mg (1 c/24 h excepte diss-diu).
- Bimatoprost 0,03% tòpic.
- Replaglinida 2 mg (1-1-1).
- Insulina Aspart segons pauta.

- 7. Furosemida 20 mg 1 c/24 h.
- 8. Sintrom segons pauta.
- 9. Timolol oftàlmic segons pauta.

Malaltia actual

Pacient dona de 76 anys d'edat que presenta hiperpotassèmia de 5,4 mEq/l en una analítica de control el 27 de juny de 2006. Atesa la nombrosa patologia de base i el tractament seguit per la pacient, decidim seguir aquesta alteració.

Evolució

La primera opció terapèutica, tenint en compte els antecedents de la pacient, és augmentar la dosificació de furosemida oral, amb la qual cosa s'aconsegueix el descens del nivell de potassi a la sang (K⁺: 5,2 mmol/l). Sorprenentment, després de tornar a la dosi de furosemida necessària per a la pacient, la potassèmia torna a augmentar (K⁺: 5,7 mmol/l).

El resultat va ser confirmat dues vegades. Davant la persistència i l'augment del nivell de potassi a la sang sense simptomatologia acompanyant (i ECG sense alteracions), decidim revisar la història clínica i realitzar l'anamnesi amb la pacient i els seus familiars per tal de descartar les causes d'hiperpotassèmia possibles (taules 1 i 2).

TAULA 1. Etiologia més important de la hiperpotassèmia

Pseudopotassèmia	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperleucositosi • Trombocitopenia • Hemòlisi
Aportació de potassi	<ul style="list-style-type: none"> • Exogen: sal de règim, penicil·lina K • Endogen: rabdomiòlisi, aplatament de membres, hemòlisi, quimioteràpia, hemorràgia digestiva • Redistribució de potassi: diabetis tipus 1, acidosi, exercici, paràlisi periòdica familiar, intoxicacions
Disminució de la capacitat d'excreció renal del potassi	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiència renal • Afectació de l'eix renina-angiotensina (malaltia d'Addison, síndrome d'hipoaldosteronisme) • Anomalies de la secreció tubular renal del potassi (pseudohipoaldosteronisme, acidosi tubular, uropatia obstructiva, lupus eritematós disseminat, drepanocitosi) • Inhibició de la secreció tubular de potassi (diurètics estalviadors de potassi, liti, trimetoprim)

Inicialment descartem amb les analítiques realitzades una pseudohiperpotassèmia (no hi ha alteracions a l'hemograma) i situació d'insuficiència renal aguda o crònica (els nivells de creatinina en plasma i orina són normals). Seguidament, mitjançant l'anamnesi de la pacient i els familiars, descartem l'existència de presa de nous fàrmacs (AINE, IECA, diurètics estalviadors de potassi), la realització d'un exercici intens o la presència d'una síndrome tòxica. Amb l'exploració física descartem la presència

TAULA 2. Causes medicamentoses i tòxiques de la hiperpotassèmia

Excés de potassi	<ul style="list-style-type: none"> • Clorur de potassi, penicil·lina potàssica, sal de règim, quimioteràpia antineoplàstica
Transferència extracel·lular del potassi	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocadors, digital, digoxina, fluorurs, cianurs
Defecte d'excreció renal del potassi	<ul style="list-style-type: none"> • Betablocadors, IECA, heparina, AINE, diurètics estalviadors de potassi, trimetoprim, ciclosporina, liti

d'hematomes, cremades o signes de traumatisme previ. Davant la negativitat d'aquestes possibilitats diagnòstiques decidim demanar una analítica amb nous paràmetres per tal de descartar un hipoaldosteronisme hiporeninèmic, o malaltia d'Addison, cerca que torna a no ser productiva.

Amb la creença escèptica de trobar malalties que no quadren amb la clínica ni amb la història de la pacient (lupus eritematós sistèmic, drepanocitosi, amiloïdosi, paràlisi periòdica hiperpotassèmica familiar, rabdomiòlisi o lisi tumoral) comença a aflorar un sentiment d'impotència diagnòstica. Aquest sentiment es resol al cap de pocs dies amb la visita fora d'hora de la filla de la pacient a infermeria que porta l'etiqueta de la composició de l'aigua mineral que prenen a casa. Astorats comprovem que la composició d'aquesta aigua és de K⁺: 2,6 mg/l i Na⁺: 70,7 mg/l.

Aquí acabà el nostre pelegrinatge diagnòstic perquè en retirar l'aigua mineral, el nivells de potassi es normalitzaren (K⁺: 5,3 mmol/l).

Discussió

Revisant la fisiologia de l'equilibri K⁺-Na⁺, recordem que la major concentració de K⁺ està al líquid intracel·lular (> 90% del total). Aquesta gran diferència de concentració es deu a l'acció de la bomba sodi-potassi ATPasa. El més important en l'homeòstasi del potassi és mantenir constant la concentració extracel·lular, perquè petites variacions suposen grans alteracions.

La ingesta diària de potassi és de 50-150 mEq, el 100% és absorbit i la via d'excreció és bàsicament renal. Una de les causes més freqüent d'hiperkalèmia és l'excés d'aportació externa, que altera aquest equilibri de sodi-potassi. Tanmateix, la discussió per a nosaltres rau en l'origen de la hiperkalèmia, que s'ha produït per una aigua embotellada a l'abast de qualsevol persona i que aporta una quantitat més alta del desitjable tant de potassi com de sodi.

Pensant-hi, se'ns acudeixen dues preguntes:

1. Com a professionals de la salut, hem de pensar primer en el consum de productes naturals, aliments o teràpies alternatives abans de pensar en malalties de mínima prevalença?
2. Estem preparats i hem de fer aquest plantejament? O han de ser els pacients els que tinguin també la responsabilitat de ser conscients d'allò que prenen?

BIBLIOGRAFIA

Clark BA, Brown RS. Potassium homeostasis and hyperkalemic syndromes. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1995; 24 (3): 573-591.
Escobar González L. Homeostasis del potasio y balance ácido-base. Unidad de Nefrología, Unidad de Paciente Crítico, Hospital San José. [vinka.zero.org/potasio %20y%20balance%20acidobase.ppt](http://vinka.zero.org/potasio%20y%20balance%20acidobase.ppt)

Evans KJ, Greenberg A. Hyperkalemia: a review. *J Intensive Care Med*. 2005; 20 (5): 272-290.

Farreras Valentí P, Rozman C. *Medicina Interna*, 15a ed. Madrid: Elsevier 2004.

Guyton A, Hall J. *Tratado de fisiología médica* 11a ed. Madrid: Elsevier 2006.

EXTRASÍSTOLES VENTRICULARS EN UN PACIENT TRACTAT AMB PAROXETINA

AUTORS

Encarna Alberó Sánchez, Victòria Aguilera Barba, Cristina Sala Bozano, Matilde Català Magre, Àfrica García Jurado, Susana del Amores.

CORRESPONDÈNCIA

Encarna Alberó Sánchez

Adreça electrònica: ealbero@manresa.scs.es

Centre de treball:

EAP Sagrada Família, Unitat Docent Manresa-4.

Resum

Avui dia, a banda d'abordar el context psicosocial del pacient afectat de depressió, disposem paral·lelament de tractaments amb psicofàrmacs cada cop més efectius amb un perfil baix d'efectes secundaris i escassa toxicitat en el cas de sobredosi. La introducció dels antidepressius inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) ha modificat substancialment el patró de consum en el nostre medi, essent actualment els més prescrits. Cada cop apareixen nous fàrmacs amb diferents mecanismes d'acció i menys efectes secundaris. Tot i que les diferències entre ells no són molt significatives, això no ens ha de fer baixar la guàrdia quant a total seguretat i manca d'efectes adversos.

El cas clínic que presentem és una dona de 45 anys d'edat que va seguir un tractament antidepressiu amb paroxetina durant 6 mesos. Presenta extrasístoles ventriculars que després de l'estudi es correlacionen amb el fàrmac, ja que desapareixen en retirar-lo.

Antecedents patològics

Dona de 45 anys amb antecedents patològics de trastorn de la son de conciliació en relació amb situacions d'estrès emocional. Va fer tractament amb paroxetina durant 7 mesos amb bona resposta al fàrmac. Anèmia ferropènica per metrorràgies intenses, que controla amb ferro oral ocasional. No presenta al·lèrgies medicamentoses, hàbits tòxics ni antecedents cardiovasculars.

Antecedents familiars

Pare hipertens mort fa un any per AVC hemorràgic.

Mare hipertensa amb trastorn de la son ocasional i en relació amb situacions d'ansietat.

Malaltia actual

Al maig del 2003 inicia trastorn de la son de conciliació; posteriorment, al cap de diverses setmanes, comença a despertar-se entre 1 i 2 hores abans de l'hora habitual. És visitada pel psiquiatria, que ho considera una primera manifestació simptomàtica d'un quadre ansiós i depressiu.

Evolució

La pacient va iniciar tractament amb mirtazapina (15 mg). Tanmateix, la va deixar de prendre als 8-10 dies per sensació de taquicàrdia i alteració del ritme del pols als pocs minuts de prendre la medicació. Va continuar el tractament amb paroxetina (20 mg/dia), referint poc després sensació de «sotragada al cor», de forma ocasional durant el dia i sense tenir cap relació amb l'esforç. Aquestes manifestacions es van fer cada vegada més nombroses sobretot després dels àpats i a la nit. Els ECG previs van ser normals, com també l'anàlisi de control.

Al gener del 2004 es practica Holter cardíac a l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, evidenciant-se 313 extrasístoles ventriculars aïllades, de predomini nocturn i postprandials, així com 9 extrasístoles supraventriculars. Clínicament corresponia a un batec anticipat amb pausa compensadora en el control del pols i sense cap relació amb l'esforç. L'orientació diagnòstica va ser d'extrasístoles ventriculars monomòrfiques moderades. L'ecocardiograma va ser normal. Atès que les sotragades eren cada cop més freqüents, fins i tot 2-3 seguides (bigeminisme-trigeminisme) com a nova manifestació, i a més començaven a coincidir amb l'esforç (esquí, footing, estrès ocasional), això va fer que la pacient anés retirant progressivament la medicació (febrer del 2004). Les extrasístoles van minvar en nombre fins a desaparèixer als 8-10 dies en suprimir el fàrmac (figura 1).

Discussió

Actualment existeixen fàrmacs de comercialització recent i amb poques dades disponibles sobre la seva eficàcia i seguretat. La mirtazapina és un antidepressiu tetracíclic anàleg a la mianserina, de perfil similar a l'amitriptilina però amb menys efectes anticolinèrgics i cardiotòxics. Es fa servir més en gent gran i amb patologia cardíaca. Comparativament, els ISRS tenen menys efectes secundaris tant anticolinèrgics, cardiovasculars o d'augment de pes, per la qual cosa són millor tolerats que altres grups d'antidepressius.

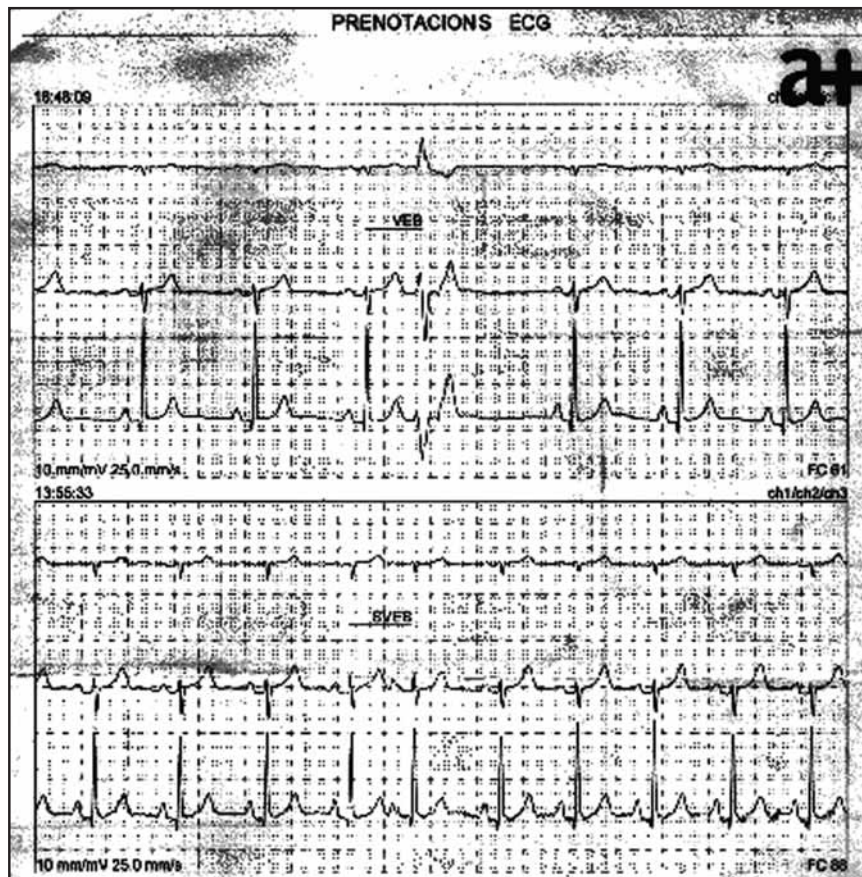


FIGURA 1. Holter practicat als 5 mesos de tractament amb paroxetina.

En la bibliografia revisada, la majoria d'estudis comparen els efectes cardiovasculars de l'amitriptilina amb la paroxetina (augment del ritme cardíac, disminució de l'ejecció ventricular esquerra), essent menors amb la paroxetina, però en altres no s'han observat diferències significatives. En un estudi es va comparar els canvis en l'ECG de l'amitriptilina i la paroxetina, observant-se amb la primera augment de la freqüència cardíaca, augment de l'interval PR i disminució de l'amplitud de l'ona T. S'han descrit casos on la presa de paroxetina ha produït canvis rellevants a l'ECG com fibril·lació ventricular, taquicàrdia ventricular i torsade de pointes. En els assaigs clínics s'ha observat que els efectes secundaris cardiovasculars més freqüents de la paroxetina són la taquicàrdia i la vasodilatació. En un pacient amb dosis terapèutiques de paroxetina es van observar contraccions supraventriculars sense simptomatologia. També s'han descrit alteracions del QT i bradicàrdia greu en tres pacients tractats amb paroxetina. No s'ha trobat a la literatura cap relació directa de la paroxetina amb l'aparició d'extrasístoles ventriculars com mostra el cas clínic presentat.

Respecte a la mirtazapina, no s'han trobat estudis que avaluin els efectes adversos del ritme cardíac. Comparant-la amb la paroxetina, en un estudi es va trobar una tolerància més bona a la mirtazapina.

Conclusió

Per bé que els tractaments antidepressius tenen pocs efectes secundaris en relació amb l'alteració del ritme cardíac, no podem deixar de tenir-los en compte a l'hora de prescriure aquests fàrmacs i valorar sempre la relació risc-benefici per al pacient.

BIBLIOGRAFIA

- Battegay et al,1985. Adverse reactions cardiovascular. Extrasystoles. www.micromedex.com.
- Benkert O, Scegedi A, Khonen R. Mirtazapine compared with paroxetine in major depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 656-663.
- Edwards JG, Goldie A, Papayanni-Papasthatis S. Effect of paroxetine on the electrocardiogram. *Psychopharmacology* 1989; 97: 96-98.
- Erfurth A, Loew M, Dobmeier Pwendler G. ECG Changes after paroxetine. 3 cases reports. *Nervenarzt* 1998; 69: 629-631.
- Koning F, Hafele M, Hauger B, Loble M, Wossner S, Wolfersdorf M. Bradycardia after beginning therapy with metoprolol and paroxetine. *Psychiatry Prax*1996; 23: 244-245.
- Kuhs & Rudolf, Warrington et al,1989. Cardiovascular findings. Summary. www.micromedex.com
- Paroxetinae postmarketing reports. Advers reactions, cardiovascular. Prod Info Paxil (R), 2002; Prod Info Paxil (TM), 2002. www.micromedex.com
- Prod Info Paxil CR (TM), 2002; Edwards et al, 1989; Feighner & Boyer, 1989; Rickels et al, 1989; Warrington et al, 1989. Flushing & Tachycardia. Cardiovascular findings. www.micromedex.com
- Schatzberg AF, Kremer C, Rodrigues HE, Murphy GM. Mirtazapine vs paroxetine Study Group. Double-blind, randomised comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 541-550.
- Warrington et al, 1989. Electrocardiogram findings. Literature reports. www.micromedex.com.
- Yaraani VK, Pohl R, Jampala VC, Balon R, Ramesh C, Srinivasan. Effects of nortriptyline and paroxetine on QT variability in patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2000; 11: 126-130.

HOME DE 66 ANYS, DIABÈTIC, AMB DOLOR PRECORDIAL

AUTORA

Sofia Riu i Moya.

Centre de treball:

EAP Sant Feliu de Llobregat-2 (Barcelona).

Introducció

En la pràctica clínica diària és habitual atendre pacients amb dolor precordial. Quan el pacient a més a més és diabètic, ens apremem a fer proves complementàries per descartar qualsevol patologia cardíaca concomitant. Però, tots els pacients diabètics amb dolor precordial tenen una cardiopatia isquèmica? Probablement, no.

Antecedents patològics

1. Hipertensió arterial essencial, des de fa 3 anys amb control mèdic regular.
2. Hipercolesterolèmia, diagnosticada fa 5 anys amb bon control farmacològic.
3. Exfumador des de fa 15 mesos.
4. Mitjana de consum d'alcohol de 240 g/setmana.
5. Diabetis mellitus de tipus 2, diagnosticada fa 4 mesos, amb bon control amb mesures higienicosanitàries. Cal destacar que el pacient segueix tractament habitual amb enalapril 20 mg/24 h i simvastatina 20 mg/24 h i restà pendent d'afegir un antiagregant plaquetari quan es normalitzin les xifres tensionals. També cal afegir que el compliment terapèutic és deficitari per oblit ocasional de la dosi.

En la darrera revisió feta al pacient per la seva metgessa i infermeria destaquen les següents dades: TA: 129/80 mm Hg; freqüència cardíaca: 67; risc cardiovascular: 16; ECG: ritme sinusal; freqüència cardíaca de 60 x', sense alteracions de la repolarització; eix: 30°. Revisió peu diabètic: falta sensibilitat vibratòria en el peu esquerre; la resta és normal. Se li administra la vacuna antigripal.

Malaltia actual

El pacient ve a urgències perquè des de fa 18 hores pateix dolor a l'esquena dorsal, que irradia a zona anterior centroràstica; és un dolor continu, que no calma amb cap posició. No s'acompanya de vegetosi. Refereix també presentar parestèsies en ambdues extremitats superiors i formigueig a les cames; també explica abdominalgia localitzada a l'epigastri. El pacient ve acompanyat de la seva filla, molt amoïnada per veure malament al pare des de fa uns dies.

Exploració física

Destaca un estat general regular, amb pal·lidesa cutaneo-mucosa i bona hidratació. TA: 180/100 mm Hg; freqüència cardíaca: 62 x'; auscultació cardíaca: tons rítmics, sense bufs, ni freds; auscultació respiratòria: MVC; abdomen tou i depressible, sense masses ni megàlies, amb dolor a la pressió sobre epigastri; Blumberg i Mc Burney: negatius; auscultació abdominal: normal.

Glucèmia capil·lar no valorable per haver berenat feia 30 minuts. Es realitza electrocardiograma: ritme sinusal, freqüència de 62 x', lleu ascens del segment ST a V2-V3-V4.

S'orienta el cas com a possible cardiopatia isquèmica i es deriva el pacient, correctament monitoritzat, al centre hos-

pitalari de referència. Cal destacar que mentre esperem el trasllat administrem, entre altres fàrmacs, cafinitrina sublingual en dues ocasions: sense disminució del dolor toràcic i amb hipotensió.

Evolució

El pacient ingressa a la planta de cardiologia orientat com a àngor d'inici. Continua el dolor epigàstric i dorsolumbar amb irradiació anterior a hipogastri; es practiquen proves complementàries i es descarta que hi hagi cap causa coronària, motiu pel qual es fan altres proves: TAC toracoabdominal, ecocardiograma i TAC cranial, que resultaren normals. A la setmana de l'ingrés hospitalari apareix una paràlisi facial perifèrica esquerra i debilitat a les extremitats inferiors amb areflèxia i hipoestèsia. El malalt és traslladat al servei de neurologia i se li practica una RMN cranial, que resulta normal. Es fa una punció lumbar que demostra una dissociació albuminocitològica, motiu pel qual el pacient es trasllada a l'UCI per iniciar tractament amb immunoglobulines per sospita de síndrome de Guillain-Barré.

Discussió

La síndrome de Guillain-Barré és una poliradiculoneuropatia aguda, d'origen autoimmunitari, freqüentment greu i d'evolució fulminant. La seva freqüència és d'un cas per milió de persones o mes. Es manifesta com un quadre de paràlisi motora areflèxica, d'evolució ràpida, amb o sense alteracions sensitives. El patró més habitual és una paràlisi ascendent que el pacient refereix com una sensació de suro a les cames. Característicament, l'evolució és d'hores a pocs dies amb disestèsia i formigueig a les cames. Les extremitats inferiors s'afecten amb més freqüència que les superiors i en un 50% dels pacients s'observa parèsia facial.

La majoria dels pacients requereix hospitalització, i el 30%, ventilació assistida, a causa de l'afectació dels parells cranials baixos. No trobem febre ni símptomes generals. Quan hi són hem de dubtar del diagnòstic. Les funcions de les fibres sensibles gruixudes com els reflexos tendinosos profunds i la propiocepció solen estar alterats més intensament. En els casos greus pot haver-hi pèrdua del control vasomotor amb fluctuacions importants de la pressió arterial, hipotensió postural i arítmies cardíques, que poden ser letals. El dolor és una altra característica freqüent d'aquesta síndrome; el més comú és un dolor profund i insidiós de la musculatura debilitada, que els pacients descriuen com doloriment muscular per exercici físic intens el dia anterior. També refereixen dolor d'esquena, amb afectació de tota la columna vertebral i dolor disestèsic a les extremitats. Aquests quadres dolorosos es resolen espontàniament i es tracten amb analgèsics comuns.

En el 75% dels casos la malaltia va precedida, en 1 a 3 setmanes, per una infecció aguda respiratòria o gastro-intestinal, especialment per *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, citomegalovirus o virus d'Epstein-Barr; també la vacunació recent s'hi ha associat. Dades circumstancials suggereixen que tots els casos de la

malaltia són respostes immunitàries contra antigens estranys que afecten el teixit nerviós del pacient a través d'un mecanisme de similitud d'epítot (similitud molecular). El tractament s'ha d'iniciar ràpidament un cop fet el diagnòstic, ja que dues setmanes després de l'aparició dels primers símptomes motors la immunoteràpia ja no és eficaç. El tractament és la immunoglobulina endovenosa a dosis elevades o la plasmafèresi; no són eficaços els glucocorticoides. La mortalitat és < 5%; la causa de mort és la complicació pulmonar secundària. Els factors que empitjoren el pronòstic de recuperació són: edat avançada, quadres fulminants o molt greus i endarreriment en l'inici del tractament.

La síndrome de Guillain-Barré és una entitat «descriptiva»; el diagnòstic es fa quan identifiquem el perfil de paràlisi d'evolució ràpida amb areflèxia, absència de febre i altres símptomes generals.

Diagnòstic diferencial

1. Mielopaties agudes: lumbàlgia perllongada i trastorns dels esfínters.
2. Botulisme: pèrdua ràpida de la reactivitat pupil·lar.
3. Diftèria: ràpida alteració bucofaringea.
4. Poliradiculitis de Lyme i altres paràlisis per paparres.
5. Porfíria: dolor abdominal, convulsions, psicosi.
6. Neuropatia d'origen vasculític.
7. Poliomièlitis: febre i meningisme.
8. Radiculitis per CMV: immunodeficients.
9. Trastorns neuromusculars com miastènia gravis.
10. Intoxicació per organofosforats, tali o arsènic.

BIBLIOGRAFIA

Hauser SL, Asbury AK. Síndrome de Guillain-Barré y otras neuropatías mediadas por mecanismos inmunitarios. Principios de Medicina Interna HARRISON. 16a ed. McGraw-Hill.

Fabregat, Perera & Bosch
A D V O C A T S

Dret Civil: contractes, responsabilitat civil, accidents de trànsit, dret de consumidors i usuaris, arrendaments, immobiliari, separacions i divorcis, herències i testaments.

Dret Mercantil: constitució de societats, operacions societàries, secretaries de societats i consells d'administració, contractació i insolvències, propietat industrial i intel·lectual.

Dret Penal: assessorament i defensa en delictes de caire socioeconòmic (estafes, apropiacions indegudes, aixecaments de béns, delictes societaris, delictes fiscals, delictes contra el medi ambient, alcoholèmies o lesions).

Dret Laboral: acomiadaments individuals i col·lectius, reclamacions Seguretat Social, accidents de treball, convenis col·lectius, assessorament de problemàtiques laborals.

Dret Fiscal i Comptabilitat: declaracions fiscals (IRPF, patrimoni, impost societats, IVA, transmissions i successions). Comptabilitat d'empreses i particulars.

CEFALEA D'ESFORÇ SECUNDÀRIA

AUTORS

J. Claramunt Mendoza, D. Lacasta Tintorer,
A. Perelló i Bratescu.
Residents de MFIC
EAP Raval Sud, ICS
Av. Drassanes 17-21; Barcelona.

Centre de treball:

Jaume Claramunt Mendoza
Marquès de Sentmenat 67, 1r 1a; 08029 Barcelona
Tel: 666 005 284
Adreça electrònica: jaumecl@scmfic.org

Introducció

El mal de cap és un motiu de consulta molt freqüent tant en l'Atenció Primària com en l'atenció especialitzada. Aproximadament, representa l'1% del total de les consultes clíniques i el 25% de les consultes neurològiques ateses per un metge de família¹. Una de cada tres visites al neuròleg extrahospitalari són per aquest motiu. Almenys el 80% de la població general ha presentat aquest símptoma neurològic. Encara que la majoria (més del 80%) corresponen a migranyes i cefalees tensionals, no s'ha d'oblidar que prop d'un 10% són secundàries a d'altres patologies², algunes d'elles potencialment greus.

Motiu de consulta

Dona de 40 anys, fumadora de 30 cigarretes/dia i hàbit enòlic moderat, que pren anticonceptius orals i té antecedents de colecistectomia per litiasi, bronquitis crònica i raquisquisi S1. Consulta per episodis de cefalea opressiva holocraneal de predomini occipital, de 2 mesos d'evolució, desencadenada amb la tos i altres maniobres de Valsalva, de 1-2 minuts de durada. La freqüència i la intensitat han augmentat en les darreres setmanes, sense respondre al tractament amb AINE, fins arribar a incapacitar-la per a dur a terme les activitats quotidianes. La cefalea no la desperta a la nit ni s'acompanya de simptomatologia vegetativa, visual, sinusal ni neurològica deficitària. L'exploració física general i neurològica, inclòs el fons d'ull, són normals.

Evolució

Davant la sospita de patologia de la fossa posterior i la impossibilitat de sol·licitar una RMN cranial des d'AP, es deriva la pacient amb caràcter preferent a consultes externes de neurologia de l'hospital de referència. Mentre espera la visita per l'especialista i a causa de l'empitjorament de la cefalea coincidint amb un refredat i l'augment de la tos, va a Urgències de l'Hospital i allí és ingressada. Es realitzen TAC cranial, amb i sense contrast, radiografia de sins paranasals, Doppler transcranial i punció lumbar, que no mostren alteracions. La RMN cerebral mostra un descens de les amígdales cerebel·loses de 9 mm. S'inicia tractament analgèsic amb paracetamol i ibuprofèn, amb la qual cosa millora parcialment la clínica. No obstant això, es decideix intervenir quirúrgicament realitzant una craniectomia de fossa posterior amb molt bon resultat. Actualment, la pacient persisteix amb símptomes (o asintomàtica?).

Diagnòstic

Malformació d'Arnold-Chiari de tipus 1.

Discussió

És important diferenciar aquelles cefalees que empitjoren amb l'esforç físic i les maniobres de Valsalva, com passa a la migranya i la majoria de cefalees vasculares, d'aquelles clara-

ment desencadenades per aquestes situacions. Són aquestes últimes, per si mateixes, un signe d'alarma en qualsevol mal de cap (taula 1). Davant alguna d'aquestes característiques de la cefalea és obligat descartar la presència de processos orgànics de la fossa posterior. En el nostre cas cal investigar especialment la semiologia d'hipertensió endocranial (papil·ledema, vòmits en escopetada) i focalitat de tronc cerebral o cerebel (diplopia, disàrtria, disfàgia, atàxia) per poder fer un diagnòstic diferencial entre causes primàries i secundàries (taula 2). Encara que la major part de les cefalees d'esforç corresponen a una causa primària o benigna, el seu diagnòstic sempre s'ha de fer per exclusió.

TAULA 1. Signes d'alarma davant una cefalea^{1,3}

1. Cefalea de recent aparició i de caràcter progressiu, sobretot si no es pot emmarcar en cap dels tipus clàssics
2. Cefalea que s'inicia a partir dels 50 anys
3. Cefalea desencadenada per la maniobra de Valsalva, esforç físic o canvis posturals
4. Cefalea ja coneguda que canvia de característiques o que augmenta ràpidament en freqüència o intensitat
5. Cefalea de presentació sobtada o brusca de gran intensitat (explosiva)
6. Cefalea associada amb clínica neurològica (a excepció d'aquells episodis típics de migranya, que poden correspondre a l'aura): <ul style="list-style-type: none"> • Alteració progressiva del caràcter o conducta • Focalitat neurològica • Pèrdues de coneixement • Signes d'hipertensió endocranial • Crisis epiléptiques • Tipus «vascular» de localització fixa i aura atípica (> 1 h)
7. Cefalea associada amb clínica sistèmica o afectació de l'estat general

TAULA 2. Diagnòstic diferencial de la cefalea d'esforç

Cefalees primàries (80%)
<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea tussígena idiopàtica benigna • Cefalea benigna d'esforç • Cefalea associada amb l'activitat sexual o coital
Cefalees secundàries (20%)
<ul style="list-style-type: none"> • Tumor intracraneal • Malformació arteriovenosa • Hemorràgia subaracnoïdal • Malformació d'Arnold-Chiari de tipus I • Impressió basilar, platibàsia • Meningioma de fossa posterior • Neurinoma de l'acústic • Quist de III ventricle • Feocromocitoma

Tinel i, sobretot, Symonds, el 1956, van ser els primers autors en diferenciar la cefalea d'esforç benigna, sense patologia estructural intracranial, de la cefalea secundària a patologia de fossa posterior. L'aparició de les modernes tècniques neuroradiològiques (TC i RMN), al costat dels treballs publicats els últims anys, han permès classificar definitivament i diferenciar clínicament aquests tipus de cefalees.

Les cefalees d'esforç i tussígenes primàries o benignes es caracteritzen per estar desencadenades per una causa específica (exercici físic, tos o activitat sexual)⁴, ser bilaterals en el seu inici, de curta durada, evitables si es preveu la causa, no associades a cap trastorn intracranial i predominants en gent jove (excepte la tussígena benigna, més freqüent en persones de més de 40 anys) i en homes. El tractament tant de la cefalea d'esforç benigna com de la coital consisteix en analgèsics, preferentment indometacina, ergotamínics (previs a l'exercici físic) i/o betablocadors (tractament preventiu). La cefalea tussígena benigna respon a indometacina (50-150 mg/dia) i no a betablocadors.

La malaltia d'Arnold-Chiari és una malformació de la unió bulbomedul·lar consistent en el desplaçament cap avall de la porció caudal del cerebel i, a vegades, del tronc cerebral, situant-se per sota del forat parietal gegant (3 mm per sota d'aquest en la RMN). Existeixen diverses teories etiopatogèniques, de les quals cap proporciona una explicació plenament satisfactòria. No obstant això, la més acceptada segons diversos autors^{2,5} descriu la malaltia com una malformació primària de la base del crani. Això comporta una reducció volumètrica de la fossa posterior, de manera que el cerebel en el seu creixement prenatal i postnatal es veu forçat a allotjar-se en el canal cervical comproment el flux regional de l'LCR. Es classifiquen dos tipus diferents de malformació d'Arnold-Chiari (figura 1):

1. *Tipus I o de l'adult*: consisteix en un simple descens caudal de les amígdales cerebel·loses per sota del forat parietal gegant. Amb o sense siringomièlia associada, en 2/3 dels casos d'aquest tipus existeix una displàsia occipital². Es pot associar també a altres patologies de la columna (escoliosi, espina bífida o raquisquisi).

2. *Tipus II o infantil*: hi ha un descens, a més a més, de tot el cerebel inferior i del tronc de l'encèfal i espina bífida quàstica.

La clínica en la malformació de Chiari de tipus I s'inicia amb més freqüència en la tercera o quarta dècada de la vida i és atribuïble a la compressió que les amígdales cerebel·loses exerceixen sobre altres estructures neurals, vasculars i meníngies en el forat parietal gegant. Inclou una combinació variable de símptomes, com atàxia, síncope, disfàgia, disfonia, alteracions del control respiratori, apnees centrals, piramidalisme, nistagmus i cefalea occipital desencadenada per les maniobres de Valsalva, esforç i canvis posturals o cops de tos⁶. La RMN és l'exploració complementària d'elecció perquè les estructures de la fossa posterior i la columna cervical es visualitzen millor amb aquesta tècnica que amb la TC. El tractament consisteix en analgèsics, encara que la resposta a aquests sol ser pobre⁶. Es considerarà la cirurgia quan es tracti d'una cefalea rebel als analgèsics o amb síndromes neurològics deficitaris progressius (el 80% acaba per intervenir-se). La intervenció quirúrgica consisteix en una reconstrucció de la fossa posterior (ampliació de la fossa posterior per craniotomia) que comporta una mortalitat no menyspreable.

BIBLIOGRAFIA

1. Casabella Abril B, Ferran Mercade M, Iglesias Rodal M. CAAPS: Curs Autoformatiu en l'Atenció Primària de Salut, núm. 8. Cefalea.
2. Pascual Gómez J, Berciano Blanco J. Enfermedades del sistema nervioso (I). Medicine 1998; 7: 4135-4170.
3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 4a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
4. Pascual J, Oterino A, Berciano J. Cefaleas tussígena, de esfuerzo y sexual. Neurología 1997; 12 (Supl 5): 61-65.
5. Milhorat ThH, Chou MW, Trinidad EM. Chiari I Malformation Redefined: Clinical and Radiographic Findings for 364 Symptomatic Patients. Neurosurgery 1999; 44: 1005-1017.
6. Pascual J, Oterino A, Berciano J. Headache in type I Chiari malformation. Neurology Aug 1992; 1519-1521.

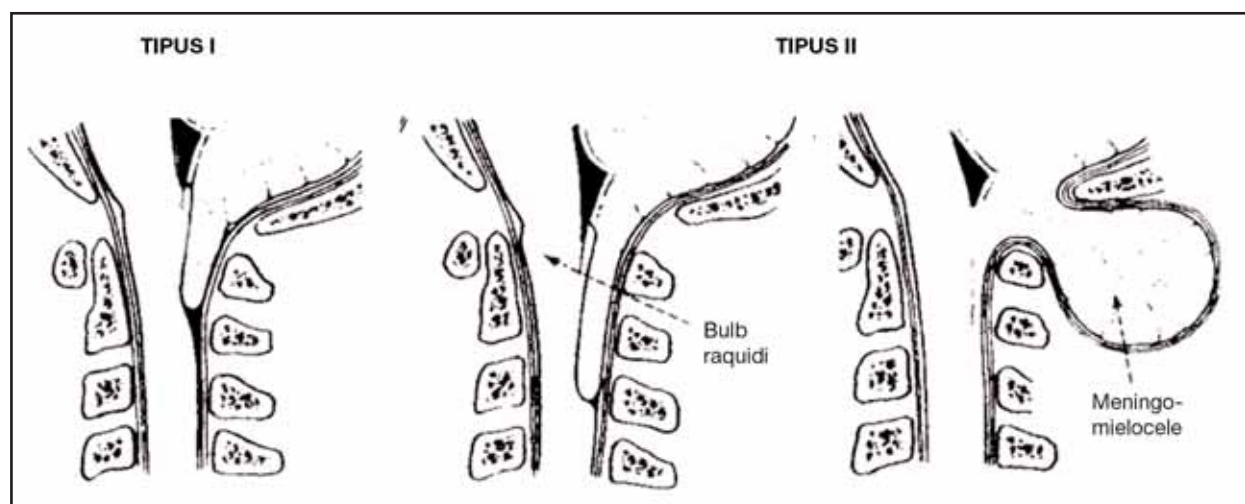


FIGURA 1. Tipus de malformació d'Arnold-Chiari.

FICHA TÉCNICA REDUCIDA. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO. Seretide 25/50 µg, Suspensión para inhalación en envase a presión. Seretide 25/125 µg, Suspensión para inhalación en envase a presión. Seretide 25/250 µg, Suspensión para inhalación en envase a presión. Seretide Accuhaler 50/100 µg, Polvo para inhalación. Seretide Accuhaler 50/250 µg, Polvo para inhalación. Seretide Accuhaler 50/500 µg, Polvo para inhalación. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** *Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión.* Cada aplicación de Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión proporciona: Xinafoato de salmeterol equivalente a 25 microgramos de salmeterol y 50, 125 ó 250 microgramos de propionato de fluticasona (liberados de la válvula). Esto equivale a 21 microgramos de salmeterol y a 44, 110 ó 220 microgramos de propionato de fluticasona liberados del aplicador (dosis liberada). Excipientes: Norflurano (HFA 134a). **Seretide Accuhaler.** Cada dosis de Seretide Accuhaler contiene: Xinafoato de salmeterol equivalente a 50 microgramos de salmeterol y 100, 250 ó 500 microgramos de propionato de fluticasona. Excipiente: lactosa monohidratada. **FORMA FARMACÉUTICA.** Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión: Suspensión para inhalación en envase a presión. Seretide Accuhaler: Polvo para inhalación. **DATOS CLÍNICOS. • Indicaciones terapéuticas. Asma.** Seretide está indicado para el tratamiento regular del asma cuando la administración de una combinación (un agonista β₂ de acción prolongada y un corticosteroide por vía inhalatoria) sea apropiada: - pacientes insuficientemente controlados con corticosteroides inhalados y agonistas β₂ de acción corta administrados "a demanda", o - pacientes adecuadamente controlados con un agonista β₂ de acción prolongada y con un corticosteroide por vía inhalatoria. **Seretide 25/50 µg, Inhalador no se considera adecuado en adultos y niños con asma grave.** Seretide 50/100 µg Accuhaler no se considera adecuado en niños y adultos con asma grave. **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.** Seretide Accuhaler está indicado en el tratamiento sintomático de pacientes con EPOC severa (VEMS < 50% del normal) y un historial de exacerbaciones repetidas, que continúan presentando síntomas significativos a pesar del uso regular de una terapia broncodilatadora. • **Posología y forma de administración.** Seretide se administrará solamente por vía inhalatoria. Se hará saber a los pacientes que deben usar diariamente Seretide, a fin de obtener un beneficio óptimo, aun cuando estén asintomáticos. Los pacientes deberán ser revisados regularmente por un médico, de manera que la dosis de Seretide que reciben siga siendo la óptima y sólo se modifique por consejo médico. La dosis deberá ajustarse a fin de que sea la más baja con la que se mantenga un control eficaz de los síntomas. Cuando el control de los síntomas se mantenga con la dosis más baja de la combinación administrada dos veces al día, entonces el siguiente paso podría consistir en probar el tratamiento exclusivamente con un corticosteroide por vía respiratoria. Como alternativa, aquellos pacientes que precisen de un agonista β₂ de acción prolongada podrán recibir Seretide una vez al día si, en opinión de su médico, éste fuera el tratamiento adecuado para mantener el control de la enfermedad. En caso que la pauta posológica de una vez al día se administre a un paciente con antecedentes de síntomas nocturnos, la dosis debiera ser administrada por la noche, mientras que si el paciente presenta un historial de síntomas principalmente diurnos, la dosis debiera administrarse por la mañana. Los pacientes deberán recibir la dosis de Seretide que contenga la cantidad apropiada de propionato de fluticasona adecuada a la gravedad de su enfermedad. Los médicos deben conocer que, en pacientes con asma, el propionato de fluticasona es tan eficaz como otros esteroides inhalados a la mitad aproximadamente de la dosis diaria en microgramos. Por ejemplo, 100 µg de propionato de fluticasona equivalen aproximadamente a 200 µg de dipropionato de beclometasona (conteniendo CFC) o budesonida. Si un paciente individual necesitara una posología no incluida en el régimen recomendado, se deberán prescribir las dosis apropiadas de beta-agonista y/o corticosteroide. Dosis recomendadas: - **Asma. Adultos y adolescentes de 12 y más años de edad:** Dos inhalaciones (25 µg de salmeterol y 50 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión, o una inhalación (50 µg de salmeterol y 100 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Accuhaler dos veces al día; o bien: Dos inhalaciones (25 µg de salmeterol y 125 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión, o una inhalación (50 µg de salmeterol y 250 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Accuhaler dos veces al día; o bien: Dos inhalaciones (25 µg de salmeterol y 250 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión o una inhalación (50 µg de salmeterol y 500 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Accuhaler dos veces al día. **Niños de 4 y más años:** Dos inhalaciones (25 µg de salmeterol y 50 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión o una inhalación (50 µg de salmeterol y 100 µg de propionato de fluticasona) de Seretide Accuhaler dos veces al día. La dosis máxima permitida en niños es de 100 µg de propionato de fluticasona dos veces al día (2 inhalaciones de Seretide 25/50 µg, Suspensión para inhalación en envase a presión dos veces al día o una inhalación de Seretide Accuhaler 50/100 µg, Polvo para inhalación dos veces al día). No se dispone de datos que apoyen el uso de Seretide en niños menores de 4 años. - **EPOC. Adultos:** Una inhalación de 50 microgramos de salmeterol y 500 microgramos de propionato de fluticasona dos veces al día. - **Grupos especiales de pacientes:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes ancianos o en aquellos con insuficiencia renal. No se dispone de datos sobre el uso de Seretide en pacientes con insuficiencia hepática. **Comprobación del inhalador.** Antes de usar por primera vez el inhalador quitar el protector del aplicador bucal o boquilla apretando suavemente por los lados, agitar bien el inhalador, y liberar al aire aplicaciones hasta que el contador de dosis marque 120 para asegurar, de esta manera, el funcionamiento del inhalador. Si ha transcurrido una semana o más sin utilizar el inhalador, quitar el protector del aplicador, agitar bien el inhalador y liberar al aire dos aplicaciones. Cada vez que se libere una aplicación, el contador de dosis disminuirá en una unidad. **Utilización del Accuhaler:** El dispositivo se abre y prepara deslizando la palanca. La boquilla se coloca entonces en la boca y se cierran los labios a su alrededor. La dosis puede inhalarse a continuación y cerrarse el dispositivo. • **Contraindicaciones.** La administración de Seretide está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad a cualquiera de los principios activos o al excipiente. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO.** El tratamiento del asma debe seguir normalmente un programa escalonado, debiéndose controlar clínicamente la respuesta del paciente y mediante pruebas de función pulmonar. Seretide no debe utilizarse para el tratamiento de los síntomas agudos del asma para los que se requiere el uso de un broncodilatador de rápida y corta duración de acción. Se advertirá a los pacientes que dispongan en todo momento de su medicación para el alivio de sus síntomas en un ataque de asma agudo. Seretide Inhalador no está dirigido al tratamiento inicial del asma hasta que se haya determinado la necesidad de corticosteroides y una posología aproximada. La utilización creciente de broncodilatadores de corta duración de acción para aliviar los síntomas del asma indica un empeoramiento en el control del asma y los pacientes deberán ser examinados por un médico. Un empeoramiento repentino y progresivo en el control del asma puede poner en peligro la vida del paciente, debiendo éste buscar atención médica inmediata. Deberá considerarse el hecho de aumentar la terapia corticosteroidea. Además, en caso de que con la posología actual de Seretide no se consiga controlar adecuadamente el asma, el paciente deberá ser examinado por un médico. Deberá considerarse la posibilidad de incluir terapias corticosteroideas adicionales. El tratamiento con Seretide no debe suspenderse bruscamente. Como en el caso de todos los medicamentos administrados por vía inhalatoria que contienen corticosteroides, Seretide se administrará con precaución a pacientes con tuberculosis pulmonar. Seretide deberá administrarse con precaución a pacientes con problemas cardiovasculares graves, incluyendo anomalías en el ritmo cardíaco, diabetes mellitus, hipopotasemia no tratada o tirotoxicosis. Se ha informado de raros casos de incremento en los niveles de glucosa sanguínea (ver "Reacciones adversas"), lo cual debe ser tenido en cuenta cuando se prescribe a pacientes con diabetes mellitus. El tratamiento sistémico con agonistas beta-2 puede producir una hipopotasemia potencialmente grave pero, los niveles plasmáticos de salmeterol son muy bajos tras la inhalación de dosis terapéuticas. Al igual que con otra terapia para administración por vía inhalatoria, puede aparecer broncoespasmo paradójico, aumentando de forma inmediata la sibilancia tras la administración. Deberá interrumpirse inmediatamente la administración de Seretide Inhalador, examinarse al paciente e instituirse una terapia alternativa si fuera necesario. Deberá tenerse cuidado cuando los pacientes pasen a recibir tratamiento con Seretide, particularmente si hubiera alguna razón para suponer que la función corticosuprarrenal está alterada a causa de un tratamiento previo con esteroides por vía sistémica. Pueden aparecer efectos sistémicos con cualquier corticosteroide administrado por vía inhalatoria, especialmente a dosis elevadas prescritas durante largos periodos. La probabilidad de que estos efectos aparezcan es mucho menor que con corticosteroides administrados por vía oral. Los posibles efectos sistémicos incluyen Síndrome de Cushing, aspecto Cushingoideo, supresión corticosuprarrenal, retraso en el crecimiento de niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral del hueso, cataratas y glaucoma. Por lo tanto, es importante someter a los pacientes a controles periódicos y reducir la dosis de corticosteroide inhalado a la dosis mínima con la que se mantenga un control eficaz del asma. Se recomienda controlar de forma regular la altura de los niños que reciben tratamiento prolongado con corticosteroides inhalados. El tratamiento prolongado con altas dosis de corticosteroides inhalados puede causar supresión corticosuprarrenal y crisis corticosuprarrenal aguda. Los niños y adolescentes < 16 años que reciben dosis más altas que las permitidas de fluticasona (habitualmente > 1000 mcg/día) puede estar, en particular, en situación de riesgo. Las situaciones que podrían potencialmente desencadenar una crisis corticosuprarrenal aguda, incluyen trauma, cirugía, infección o cualquier reducción rápida de la dosis. Los síntomas que aparecen son habitualmente vagos y pueden incluir anorexia, dolor abdominal, pérdida de peso, cansancio, cefalea, náuseas, vómitos, hipotensión, disminución del nivel de consciencia, hipoglucemia y convulsiones. Se debe considerar la administración adicional de corticosteroides por vía sistémica durante periodos de estrés o cirugía electiva. Como la absorción sistémica tiene lugar en gran manera a través de los pulmones, el uso de un espaciador con el inhalador dosificador puede aumentar la liberación de fármaco en los pulmones. Debe advertirse que este hecho podría potencialmente conducir a un aumento del riesgo de aparición de efectos adversos sistémicos. Los beneficios del tratamiento con propionato de fluticasona por vía inhalatoria deberían reducir la necesidad de administrar esteroides por vía oral, pero los pacientes transferidos que recibían terapia con esteroides por vía oral pueden seguir estando en situación de riesgo de alteración de la reserva corticosuprarrenal durante un tiempo considerable. Los pacientes que han requerido una terapia corticosteroidea de emergencia con dosis altas en el pasado, pueden también estar en situación de riesgo. Esta posibilidad de alteración residual deberá siempre tenerse en cuenta en situaciones de emergencia y electivas que puedan producir estrés, debiéndose considerar la instauración de un tratamiento corticosteroideo apropiado. El grado de insuficiencia corticosuprarrenal puede requerir el consejo de un especialista antes de los procedimientos electivos. El ritonavir puede aumentar de manera considerable las concentraciones de propionato de fluticasona en plasma. Por lo tanto, debería evitarse el uso concomitante de propionato de fluticasona y ritonavir, a menos que el beneficio potencial para el paciente sea mayor que el riesgo de aparición de efectos secundarios sistémicos de tipo corticosteroide. También hay un aumento del riesgo de que aparezcan efectos adversos sistémicos cuando se combina el propionato de fluticasona con otros inhibidores potentes del CYP3A (Ver apartado "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Deberá evitarse la utilización de beta bloqueantes tanto selectivos como no selectivos en pacientes con asma, a menos que haya razones que obliguen a ello. El uso simultáneo de otros fármacos que contengan agonistas beta adrenérgicos puede tener un efecto potencialmente aditivo. En circunstancias normales, se obtienen bajas concentraciones plasmáticas de propionato de fluticasona después de la inhalación, debido a un intenso metabolismo de primer paso hepático y a un alto aclaramiento sistémico producido por el citocromo P450 3A4 en el intestino e hígado. Por lo tanto, es improbable que se produzcan interacciones medicamentosas clínicamente significativas en las que intervenga el propionato de fluticasona. En un estudio sobre interacción llevado a cabo con propionato de fluticasona en sujetos sanos, se ha demostrado que 200mg de ritonavir (potente inhibidor del citocromo P450 3A4) dos veces al día puede aumentar varios cientos de veces las concentraciones de propionato de fluticasona en plasma, originando unas concentraciones de cortisol sérico marcadamente reducidas. Se carece de información relativa a esta interacción para el propionato de fluticasona inhalado, pero se espera un importante aumento en los niveles plasmáticos de propionato de fluticasona. Se han notificado casos de síndrome de Cushing y de supresión corticosuprarrenal. Debería evitarse el uso de la combinación, a menos que el beneficio potencial para el paciente sea mayor que el riesgo de aparición de efectos secundarios sistémicos de tipo corticosteroide. En un pequeño estudio realizado en voluntarios sanos, el ketoconazol, inhibidor ligeramente menos potente del CYP3A, produjo un aumento de la exposición a propionato de fluticasona tras una única inhalación del 150%. Esto produjo una mayor reducción de los niveles de cortisol plasmático en comparación con el propionato de fluticasona solo. También se espera que el tratamiento concomitante con otros inhibidores potentes del CYP3A, como el itraconazol, aumente la exposición sistémica de propionato de fluticasona y el riesgo de efectos adversos sistémicos. Se recomienda tener precaución y evitar, en la medida de lo posible, el tratamiento a largo plazo con éstos fármacos. **Embarazo y lactancia.** No existen datos suficientes sobre el uso de salmeterol y propionato de fluticasona durante el embarazo y lactancia en humanos para poder evaluar los posibles efectos nocivos. En estudios realizados con animales, se produjeron anomalías fetales tras la administración de agonistas del receptor beta 2 adrenérgico y glucocorticosteroides. Sólo se debe considerar la administración de Seretide a mujeres embarazadas si el beneficio esperado para la madre supera cualquier posible riesgo para el feto. En mujeres embarazadas se debe utilizar la dosis mínima eficaz de propionato de fluticasona requerida para mantener un control adecuado del asma. No se dispone de datos relativos a la leche humana. En ratas, tanto salmeterol como propionato de fluticasona se excretan en la leche. Únicamente se deberá considerar la administración de Seretide a mujeres en periodo de lactancia si el beneficio esperado para la madre es superior al posible riesgo para el niño. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas.** Como Seretide contiene salmeterol y propionato de fluticasona, es de esperar que aparezcan reacciones adversas de naturaleza y gravedad similares a las atribuidas a cada uno de los componentes. No aparecen reacciones adversas adicionales tras la administración conjunta de los dos compuestos. A continuación se indican los efectos adversos asociados a salmeterol/propionato de fluticasona, clasificadas por órgano, sistemas y frecuencia. Las frecuencias se han definido de la siguiente forma: muy frecuentes (≥1/10), frecuentes (≥1/100 y <1/10), poco frecuentes (≥1/1.000 y <1/100), raras (>1/10.000 y <1/1.000) y muy raras (<1/10.000). Incluyendo notificaciones aisladas. Las reacciones muy frecuentes, frecuentes y poco frecuentes se han identificado generalmente a partir de los datos de ensayos clínicos. No se ha tenido en cuenta la incidencia en el caso del placebo. Los acontecimientos muy raros proceden generalmente de datos notificados espontáneamente postcomercialización.

Clasificación de órganos	Efecto adverso	Frecuencia
Infecciones e infestaciones	Candidiasis en la boca y garganta	Frecuentes
Trastornos del sistema inmunológico	Reacciones de hipersensibilidad con las siguientes manifestaciones: Reacciones de hipersensibilidad cutánea	Poco frecuentes
	Angeoedema (principalmente edema facial y orofaríngeo), síntomas respiratorios (disnea y/o broncoespasmo) y reacciones anafilácticas	Muy raros
Trastornos endocrinos	Síndrome de Cushing, aspecto Cushingoideo, supresión corticosuprarrenal, retraso en el crecimiento de niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral del hueso, cataratas y glaucoma.	Muy raros
Metabolismo & trastornos de la nutrición	hiperglucemia	Muy raros
Trastornos psiquiátricos	Ansiedad, trastornos del sueño y cambios en el comportamiento, incluidos hiperactividad e irritabilidad (predominantemente en niños)	Muy raros
Trastornos del sistema nervioso	Cefalea	*Muy frecuente
	Temblo	Frecuente
Trastornos cardíacos	Palpitaciones	Frecuentes
	Taquicardia	Poco frecuente
	Arritmias cardíacas (incluyendo fibrilación auricular, taquicardia supraventricular y extrasístoles)	Muy raras
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Irritación de garganta	Frecuente
	Ronquera / disfonía	Frecuentes
	Broncoespasmo paradójico	Muy raro
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Calambres musculares	Frecuentes
	Altralgia	Muy rara
	Mialgia	Muy rara

* Comúnmente informado con placebo.

dispuestos en envases presurizados, puede disminuir el efecto terapéutico si el envase se enfría. El envase no debe ser perforado, roto o quemado aun cuando aparentemente esté vacío. No SUMERGIR EN AGUA EL ENVASE METÁLICO. *Seretide Accuhaler:* El accuhaler libera un polvo que se inhala en los pulmones. El dispositivo se abre y prepara deslizando la palanca. La boquilla se coloca entonces en la boca y se cierran los labios a su alrededor. La dosis puede inhalarse a continuación y cerrarse el dispositivo. Un indicador de dosis en el Accuhaler señala el número de dosis que quedan. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** GlaxoSmithKline, S.A., P.T.M. C/Severo Ochoa 2: 28760 - Tres Cantos (Madrid) España. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Especialidad de aportación reducida. **SERETIDE SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN EN ENVASE A PRESIÓN.** Seretide 25/50 x 120 dosis. PVP: 39,69 €. PVP-IVA: 41,28 €. Seretide 25/125 x 120 dosis. PVP: 57,67 €. PVP-IVA: 59,98 €. Seretide 25/250 x 120 dosis. PVP: 78,25 €. PVP-IVA: 81,38 €. **SERETIDE ACCUHALER.** Seretide Accuhaler 50/100 x 60 dosis. PVP: 44,10 €. PVP-IVA: 45,86 €. Seretide Accuhaler 50/250 x 60 dosis. PVP: 59,16 €. PVP-IVA: 61,52 €. Seretide Accuhaler 50/500 x 60 dosis. PVP: 79,84 €. PVP-IVA: 83,03 €. **Para mayor información consultar la Ficha técnica completa del producto.** FT.SerTnh/Acc - 6/9red (febrero 2006).

Se han comunicado efectos secundarios farmacológicos de un tratamiento con un agonista beta-2, tales como temblor, palpitations y cefalea, pero tienden a ser transitorios y disminuyen con una terapia regular. Debido al componente propionato de fluticasona, algunos pacientes pueden padecer ronquera y candidiasis (afta) en boca y garganta. Tanto la ronquera como la incidencia de candidiasis pueden aliviarse haciendo gargarismos con agua tras utilizar este producto. La candidiasis sintomática puede tratarse mediante una terapia antifúngica tópica mientras se continúa el tratamiento con Seretide. Los posibles efectos sistémicos incluyen Síndrome de Cushing, aspecto Cushingoideo, supresión corticosuprarrenal, retraso en el crecimiento de niños y adolescentes, disminución de la densidad mineral del hueso, cataratas y glaucoma (ver el apartado Advertencias y precauciones especiales de empleo). Se ha informado de raros casos de incremento en los niveles de glucosa sanguínea (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Como sucede con cualquier otra terapia administrada por vía inhalatoria, puede aparecer broncoespasmo paradójico (ver el apartado Advertencias y precauciones especiales de empleo). Sobredosis. No se dispone de datos procedentes de ensayos clínicos relativos a la sobredosis con Seretide; no obstante, a continuación se facilitan datos acerca de la sobredosis con ambos fármacos: Aguda: La inhalación de forma aguda de dosis de propionato de fluticasona, superiores a las recomendadas, puede conducir a una supresión temporal de la función corticosuprarrenal. Esto no hace necesario tomar ninguna acción de emergencia ya que la función corticosuprarrenal se recupera en algunos días, como se comprueba en las determinaciones de cortisol en plasma. Sobredosificación crónica de propionato de fluticasona inhalado: Véase el apartado 4.4. riesgo de supresión corticosuprarrenal. Puede ser necesario realizar un seguimiento de la reserva corticosuprarrenal. En casos de sobredosificación de propionato de fluticasona, puede continuarse la terapia con Seretide con una posología adecuada para el control de los síntomas (ver el apartado de Advertencias y precauciones especiales de empleo). **PERIODO DE VALIDEZ Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión: 12 meses. No conservar a temperatura superior a 25°C. No congelar. Conservar protegido de la luz solar directa. *Seretide Accuhaler:* 18 meses. No conservar a temperatura superior a 30°C. **NATURALEZA Y CONTENIDO DEL RECIPIENTE.** *Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión:* La suspensión está contenida en un envase presurizado de 8 ml, de aleación de aluminio, laqueado en su cara interna y sellado con una válvula dosificadora. Los envases se acoplan a aplicadores de plástico provistos de una boquilla y ajustados a un protector contra el polvo. El cartucho tiene un contador de dosis acoplado, que indica en número de aplicaciones de fármaco que quedan. El número se ve por una ventana que hay en la parte posterior del aplicador. Un envase presurizado libera 120 aplicaciones. *Seretide Accuhaler:* El polvo para inhalación está incluido en blísteres formados por una base recubierta de PVC y una cubierta de aluminio extensible. La tira está dentro de un dispositivo moldeado de plástico. Los dispositivos de plástico se disponen en recipientes de cartón que contienen 1 Accuhaler x 60 dosis. **INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN.** *Seretide Suspensión para inhalación en envase a presión:* Se debe informar cuidadosamente a los pacientes acerca del uso correcto de su inhalador (véase prospecto para paciente). Como en el caso de la mayoría de los medicamentos administrados por vía inhalatoria

NORMES DE PUBLICACIÓ

INSTRUCCIONS PER A LA PRESENTACIÓ DE TREBALLS PERQUÈ SIGUIN PUBLICATS AL BUTLLETÍ DE LA CAMFIC

L'objectiu d'aquesta revista és la d'ésser un punt de referència de les activitats que desenvolupa la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, la dels seus socis i la de l'atenció primària catalana. Alhora ha d'esdevenir una eina perquè es desenvolupi i es divulgui la recerca en l'àmbit de l'atenció primària.

Per a la seva publicació cal considerar les activitats científiques, professionals i socials de la Societat i també els treballs clínics o d'investigació relacionats amb l'atenció primària de salut en totes les seves branques.

CONDICIONS

Fonamentalment, la revista consta de les parts següents:

Editorial. Articles encarregats pel Consell de Redacció sobre temes d'Atenció Primària que tinguin especial transcendència i qualitat.

Articles originals. Treballs d'investigació, preferentment prospectius, sobre etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, clínica, diagnòstic, terapèutica, aspectes organitzatius i control de qualitat en atenció primària. Els dissenys recomanats són de tipus analític en forma d'assaigs clínics transversals, enquestes transversals, estudis de casos i controls, i estudis de cohort. L'extensió recomanada és de 12 fulls de 30 línies, 60-70 pulsacions, i s'admetran un màxim de 6 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de sis.

Articles originals breus. Treballs d'investigació, tant amb resultats definitius com parcials, sobre treballs de recerca esmentats en la secció d'originals que es vulguin publicar perquè tenen un clar interès per al professional de l'atenció primària. L'extensió màxima és de 5 fulls de 30 línies, 60-70 pulsacions, i s'admetran un màxim de 2 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de sis.

Articles de revisió. Treballs de revisió o divulgació sobre aspectes diagnòstics i terapèutics. Tindran una extensió màxima de 5 fulls, tot inclouent un màxim de 2 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de dos.

Casos clínics. Descripció d'un o més casos clínics que per la seva raresa, per la seva forma de presentació o per alguna característica dels mètodes diagnòstics i terapèutics suposin una aportació important al coneixement de la malaltia. L'extensió màxima serà de 5 fulls i s'admetran fins a 2 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de tres. L'estructura de presentació: títol, autors, identificació, ABS, introducció, antecedents personals i patològics, malaltia actual, evolució, discussió i bibliografia (màxim 6 cites).

Comentaris bibliogràfics. Secció que serà tributària del Consell de Redacció de la revista en què s'exposaran els resums dels articles que han tingut més rellevància provinents de les revistes més prestigioses.

Fulls d'informació per a pacients. Contingut (extensió màxima de 1.000 paraules, en format pregunta-resposta). 1. Pregunta sobre definició del problema (exemple: què és l'artrosi?). 2. Pregunta sobre prevalença, o magnitud del problema (exemple: és molt freqüent? Afecta a molta gent?). 3. Síntomes inicials (sempre que sigui convenient divulgar-los) o com identificar o reconèixer la malaltia o factor de risc. 4. Com es diagnostica? 5. Tractament o abordatge terapèutic (problemes de compliment, pronòstic) amb recomanacions del tipus signes d'alarma, contagi, etc., si escau. 6. Com es pot prevenir. 7. Consells del teu metge de capçalera. Opcional: Quin paper juga el metge de família en la malaltia en qüestió (per exemple, en el control de la depressió, o altres problemes de salut que puguin ser competències de diferents especialistes). Quan no es tracti d'una malaltia o factor de risc es pot variar aquest esquema (per exemple, si es parla de la relació metge-malalt).

Cartes al director

Altres seccions. El *Butlletí* disposa d'altres seccions (articles especials, novetats terapèutiques i documents), els articles de les quals seran encarregats al Comitè de Redacció de la revista. Tots els socis poden col·laborar espontàniament en qualsevol d'aquestes seccions si així ho desitgen.

Activitats científiques de la societat i notícies. Informació sobre congressos, jornades i altres temes d'actualitat que interessin els socis.

Pàgina del resident. Es manté aquest espai obert als residents que escriguin llurs experiències i idees com han anat fent aquest últim any.

PRESENTACIÓ I ESTRUCTURA DELS TREBALLS

Els treballs han de tenir el format Din A4, 30 línies per full, amb 60-70 pulsacions per línia i amb marges suficients. Els fulls hauran de ser numerats correlativament.

Primer full. S'indicanen en aquest ordre, les dades següents: títol del treball, nom i cognoms dels autors, nom complet i adreça completa del centre de treball, adreça per a la correspondència, e-mail de contacte i data de la tramesa.

Resum. Serà lliurat en un full a part i l'extensió haurà de tenir entre 150 i 250 paraules. No pot ser inferior a 150. El seu contingut s'estructurarà en sis apartats: introducció i objectius, tipus d'estudi, emplaçament, subjectes, mesuraments i intervencions i resultats i conclusions. No contindrà dades que no es trobin en el text.

A continuació cal indicar tres paraules clau d'acord amb les normes de l'Index Medicus, sota les quals el treball pugui ésser codificat.

Treballs. Es recomana la redacció en impersonal. Cal dividir clarament els treballs en les seccions assenyalades.

Bibliografia. Les referències bibliogràfiques seran numerades per ordre d'aparició en el text, amb xifres aràbigues entre parèntesis i recollides en un full al final del treball. La referència d'articles es farà amb aquest ordre: tots els autors, el/s cognom/s seguit/s de la inicial del nom amb punt i separant cada autor per una coma, títol complet de l'article en la llengua original, nom de la revista segons l'abreviatura de l'Index Medicus, any, volum, primera i darrera plana. Exemple: Boj Quesada JR, Xalabardé Guardia A, Bastida Vila P, Molina Vives M, Quiles Ill I, Tomàs Vilatella J. Estudi comparatiu de la personalitat dels pares i de la dinàmica familiar en l'anorèxia nerviosa. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 311-324. En les referències de llibres s'indicanen cognoms i inicial del nom de tots els autors, títol complet en llengua original, lloc d'edició, editorial, any i planes.

Taules. Cal presentar-les en fulls independents i aniran numerades consecutivament amb xifres romanes. Tindran un títol a la part superior. Si hi ha sigles, cal que s'expliquin al peu de la taula. Cal evitar repeticions entre taules, figures i text.

Figures. Llur nombre serà l'indispensable per a la bona comprensió del text. Es numeraran per ordre d'aparició en el text amb xifres aràbigues. En un full a part es llistaran els peus de les figures. Han de lliurar-se en paper, en les dimensions escaients per a la seva reproducció. Es lliuraran en un sobre, indicant al dors la part superior de la figura i el seu número.

Abreviatures i símbols. En general és desitjable emprar poques abreviatures. Les abreviatures poc comunes s'han de definir en el moment de la seva primera aparició. S'evitaran les abreviatures en el títol.

TRAMESA DELS ORIGINALS

Els treballs s'han d'enviar en suport informàtic i indicar-ne el sistema operatiu i el programa, encara que es prefereix que sigui Word97 o Word 2000, per e-mail a merce@camfic.org. En cas d'haver-hi figures originals o d'altres (fotografies, ECG, etc.) podeu enviar-les, juntament amb una còpia en paper del vostre treball, per correu postal a:

Mercè Deu, secretaria de Redacció del *Butlletí*
CAMFIC
C. Portaferriera, 8, pral 1a, 08002 Barcelona

El Consell de Redacció podrà suggerir modificacions del text quan es creguin necessàries i també refusar la publicació de treballs quan no es considerin escaients.

SERETIDE®

Hacia el control total del asma



mañana noche

 Todos los días 1 inhalación
 cada 12 horas



Consultar fitxa tècnica
a la pàgina 23

mañana noche

 Todos los días 2 inhalaciones
 cada 12 horas



Volumatic+

centro de información gsk
902 202 700
es-ci@gsk.com

GlaxoSmithKline, S.A. fue la primera
 comercializadora de medicamentos en
 España en obtener el registro EMAS

GlaxoSmithKline
www.asmayepoc.com