

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA



	pàgina		pàgina
EDITORIAL			
25 La professió mèdica i l'ideari professional en un atzucac	1	44 Dolor lumbar com a manifestació d'arteriopatia perifèrica d'extremitats inferiors <i>Montserrat Garcia Font, Mireia Hernández Ribera, Joan Llosa Ventura</i>	20
TREBALLS ORIGINALS			
27 La demanda explica les càrregues d'infermeria a l'atenció domiciliària catalana <i>Joan Gené Badia, Antonio Hidalgo García, Joan Carles Contel Segura, Alicia Borràs Santos, Carlos Ascaso Terren, Martiño Piñeiro González i equip d'investigadors HC > 65</i>	3	46 Mal de Pott <i>Oriol Rebagliato i Nadal, Anna Torné Coromina, Rosa Aragonès Forés</i>	22
ARTICLES ESPECIALS			
36 Paper dels nabius en la prevenció de les infeccions del tracte urinari <i>Carles Llor</i>	12	50 Malalta de 60 anys amb astènia i un pols filiforme <i>Josep Verdú Solans, Carme Almirall Banqué, Estibaliz Redondo Gorostiza</i>	26
CASOS CLÍNICS			
40 Hipernefroma: diagnòstic incidental <i>M. Carmen Pérez Centellas, Anna Rispau i Falgàs</i>	16	52 Accident isquèmic cerebral amb <i>foramen</i> oval permeable <i>Antonio Espino García, Eva Ribalta Calvet, Monasteryskii Volodymir, Valentina Martín Miguel</i>	28
		54 Cocaïna i angina de Prinzmetal: a propòsit d'un cas <i>Susanna Montesinos Sanz, Elena Fernández Valdivieso, Carlos Díez Lázaro</i>	30

CRÈDITS

Butlletí editat per:
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
 Portaferrissa, 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 Sagraera 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:
Xavier Brià i Ferré
Ernest Vinyoles i Bargalló
Mèncià 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 Berrueto
 Lleida:
Núria Nadal Braqué
 Maresme:
Juan José Montero i Alía
 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 (COCOOPSD):
Lluís 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:
Carles Alsina i Navarro
 Gent gran:
Mònica Papiol i Rufiàs
 Hipertensió arterial:
Narcís Salleras i Marco
 Infeccioses (GERMIAP):
Isabel González i Saavedra
 Malalties del cor:
Valeria Pacheco i Huergo
 MBE:
Mèncià 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

LA PROFESSIONALITZACIÓ MÈDICA I L'IDEARI PROFESSIONAL EN UN ATZUCAC

Al compàs del nous reptes, no massa ben resolts, als quals s'enfronta la professió mèdica arreu del món desenvolupat, a Catalunya i a Espanya, en els últims temps han aparegut anàlisis de l'ideari del professionalisme mèdic, enfocat des de diverses perspectives¹⁻³. A partir de la visió sumària que hem fet recentment en un altre lloc⁴, el lector es pot fer una idea cabdal del fenomen, que és d'una transcendència molt gran per al futur de la professió mèdica, en conjunt, i del metge, en particular.

Atès que aquí, per raons d'espai, no em serà possible fer-ne una anàlisi en profunditat, em limitaré a posar l'èmfasi en alguns dels que, al meu parer, esdevenen elements nuclears del problema, sobre els quals és pertinent reflexionar tant col·lectivament com individual.

En primer lloc, cal assenyalar que el procés de desprofessionalització en què es troba immersa la professió té un origen multifactorial, en el qual hom pot identificar factors externs de la pròpia professió i factors interns, la qual cosa té el seu interès a l'hora d'acabarlos amb garanties d'èxit, atès que els metges acostumen a tenir la tendència a atribuir la font dels nostres problemes únicament als primers, oblidant la part de responsabilitat, gens menyspreable, que hi tenim.

I un dels principals elements que rau en aquesta part de responsabilitat pròpia és l'àmplia difusió d'allò que Hughes ha anomenat *cultura de la queixa*⁵, una actitud de conseqüències devastadores que promou l'abandonament de responsabilitats, en un context d'inhibició i renúncia del compromís ferm que constitueix un dels components essencials de l'ideari professional.

Si en tant que professió no som capaços d'assumir plenament el compromís de l'autoregulació (o, com ara es prefereix anomenar, *regulació compartida*), el nostre futur es presenta molt compromès, atès que cada cop més parcel·les dels camps regulatori i jurisdiccional propis passaran a mans d'altres agents del sistema sanitari, amb altres interessos i objectius, i els metges esdevindrem, com de fet ja succeeix, uns tècnics superiors assalariats, amb mentalitat funcional.

En un altre sentit, no menys transcendent, una característica de la situació actual és la pèrdua pro-

gressiva de perfil propi per part del metge, cada cop més aliè al que suposa d'elitisme ben entès la mateixa noció de professional, i immers en els corrents sociològics preponderants, plens de tendències altament lesives pels interessos de la professió.

Un d'aquests corrents, per bé que no l'únic, és el que alguns han anomenat *cultura de la por*^{6,7}, en el qual els metges ens hem endinsat sense adonar-nos plenament dels seus perills per a la professió, a mig i a llarg termini. En efecte, utilitzar abusivament, com hom ve fent, la noció de risc, fomentant un estat de temor constant enfront del que hom pot esdevenir, que converteix en malalts a milers de persones que no ho són, no contribueix de cap manera a enfortir el paper del metge, tradicionalment un personatge tranquil·litzador del malalt angoixat que acudeix a la consulta.

Tot això no serveix per a res més que per convertir el metge en un agent promotor d'aquella cultura de la por i, conseqüentment, d'un consumisme medicosanitari irracional, que aboca a un carreró sense sortida que, sovint, els polítics no fan més que atiar amb llurs proclames de salut plena per a tothom i a qualsevol preu. Quan, cada cop més, el pacient esdevé un client-usuari, hom no es pot estranyar que el metge sigui vist com un venedor-dispensador més que no pas com un veritable professional.

Amb aquestes consideracions de cap manera no pretenc esgotar l'anàlisi de la problemàtica professional, massa complexa per proposar solucions simplistes i parcials. Cercar-les amb seriositat requereix dur a terme una anàlisi serena i allunyada de les controvèrsies conjunturals, com el que hauria de fer la professió conjuntament amb els altres agents més íntimament involucrats en el problema, val a dir el govern (els governs autonòmics), els empleadors i la societat mitjançant les associacions ciutadanes i de pacients.

Allò que, al meu parer, hauria de restar clar és que els problemes derivats de la pèrdua progressiva d'estatus professional del metge, presents a la majoria dels països del nostre voltant, de cap manera no poden atribuir-se solament a elements aliens a la mateixa professió, per importants que siguin. I que si aquella vol acarar-los raonablement, la qual cosa em

sembla d'una urgència palesa, ha d'abandonar l'actitud victimista que està adoptant en els últims anys i n'ha d'adoptar una altra de proactiva i de lideratge en la recerca de solucions que ens importen a tots, pel bé del nostre sistema sanitari i, al cap i a la fi, de la societat en conjunt.

Dr. Hèlios Pardell

Secretari executiu del CCFMC

Director de SEAFORMEC

Adreça per a la correspondència:

Dr. Hèlios Pardell

CCFMC

Còrsega 257

08036 Barcelona

hpardell@comb.es

BIBLIOGRAFIA

1. Oriol-Bosch A, Pardell H, Gual A. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Informe de la Fundación Educación Médica per al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Disponible a: http://www.cgcom.org/informes/pdf/06_11_23_libro_ser_medico_hoy.pdf (accedit el 6 de novembre de 2006).
2. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Disponible a: http://www.fbjoseplaporte.org/docs/informe_profesion_medica.pdf (accedit el 24 de novembre de 2006).
3. Borrell-Carrió F, Epstein RM, Pardell H. Profesionalidad y *professionalism*: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin (Barc) 2006; 127: 337-342.
4. Pardell H, Oriol-Bosch A, Gual A. ¿Qué significa ser médico, hoy? Med Clin (Barc) 2007; 129: 17-22.
5. Hughes R. Culture of complaint. Nova York: Oxford University Press, 1993.
6. Glassner B. The culture of fear. Nova York: Basic Books, 1999.
7. Furedi F. Culture of fear. Risk taking and the morality of low expectation. Londres: Continuum, 2005.

LA DEMANDA EXPLICA LES CÀRREGUES D'INFERMERIA A L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA CATALANA

AUTORS

Joan Gené Badia^{a,b,c}, Antonio Hidalgo García^d,
Joan Carles Contel Segura^b, Alicia Borràs Santos^{a,d},
Carlos Ascaso Terren^c, Martiño Piñeiro González^c
i equip d'investigadors HC > 65 (veure Annex 1, pàgina 9).

Centre de treball:

^aCAPSE Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, Barcelona.

^bInstitut Català de la Salut, Barcelona.

^cUniversitat de Barcelona, Departament de Salut Pública, Barcelona.

^dIDIAP Jordi Gol, Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA

Joan Gené Badia
CAPSE
Rosselló 161; 08036 Barcelona
Tel. 93 227 98 55
Fax 93 227 9153
Adreça electrònica: jgene@clinic.ub.es

El projecte HC > 65 està finançat amb la beca Mapfre d'Investigació 2005-2006, amb una beca d'investigació de l'Agència d'Avaluació de la Tecnologia i la Recerca Mèdiques de l'any 2004 i amb el premi a la Investigació de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (2004).

RESUM

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

L'objectiu de l'estudi és detectar quines variables del pacient, la família i els serveis socials i sanitaris que reben expliquen les càrregues de treball d'infermeria en pacients de més de 64 anys que ingressen en un Programa d'Atenció Domiciliària (ATDOM) d'Equips d'Atenció Primària (EAP) catalans, per poder planificar quins recursos infermers s'hauran de destinar atenent les característiques dels pacients.

DISSENY

Estudi analític transversal.

EMPLAÇAMENT

Conjunt de 71 equips d'Atenció Primària catalans.

PARTICIPANTS

Un total de 1.068 pacients més grans de 64 anys amb patologies cròniques inclosos en programes d'ATDOM dels EAP.

MESURES PRINCIPALS

De cada pacient es recull el seu estat de salut: test de Charlson (comorbilitat), Barthel (dependència en activitats de la vida diària), Pfeiffer (deteriorament cognitiu), Braden (risc de desenvolupar úlceres per pressió) i Gijón (risc social), dades sobre el cuidador (test de Zarit), atenció social i sanitària rebuda, la salut subjectiva (SF-12), els ingressos a l'hospital, les visites a Urgències i els ingressos temporals en centres sociosanitaris i/o residències.

RESULTATS

La mitjana d'edat és de 83,6 anys (DE: 6,5). Observem que tenen més visites d'infermeria els pacients que presenten úlceres per pressió de grau 3 o 4 (RR = 5,74, IC 95%: 3,53-9,33), els que tenen sanitat privada addicional (RR = 1,41,

IC 95%: 1,00-1,97), i aquells que tenen una mala percepció de la seva salut física (RR = 0,98, IC 95%: 0,97-1,00).

CONCLUSIÓ

El fet que les càrregues d'infermeria dels programes d'ATDOM s'associïn a la patologia mesurada per les úlceres per pressió, l'autopercepció de mala salut física i la demanda de serveis, explicada per la simultaneïtat de la sanitat pública i privada, fa pensar que realitzem una activitat molt reactiva i vinculada a la curació i poc proactiva i preventiva.

PARAULES CLAU

Visites d'infermeria, càrrega de treball, úlceres per pressió, atenció domiciliària, cost, nombre de casos.

INTRODUCCIÓ

A Catalunya, com en altres països desenvolupats¹ gran part de l'activitat de l'atenció domiciliària a pacients crònics oferta pels EAP és realitzada pels professionals d'infermeria, que hi dediquen una mitjana de 5 hores setmanals, el doble que els metges i treballadors socials². El volum d'aquesta activitat i la necessitat de planificar les càrregues d'infermeria invita a conèixer els factors que l'expliquen malgrat la dificultat a l'hora de mesurar la causa de la complexitat del rol de cuidar i la naturalesa multitasca de l'infermera³.

S'han identificat diferents factors relacionats amb la gravetat i la comorbilitat del pacient que expliquen les càrregues de treball, però sembla que també tenen molta importància aspectes d'organització i l'avaluació que en fa la mateixa infermera⁴.

L'objectiu de l'estudi és detectar en el nostre entorn quines variables del pacient, la família i els serveis socials i sanitaris que rep expliquen les càrregues de treball d'infermeria en pacients de més de 64 anys que ingressen en un programa d'ATDOM d'EAP, per així poder planificar els recursos d'infermeria atenent les característiques de la població.

METODOLOGIA

DISSENY

Estudi analític transversal que forma part d'un estudi més ampli de seguiment d'una cohort, el mètode de la qual ja ha estat publicat⁵.

EMPLAÇAMENT

Grup de 71 EAP de Catalunya de l'àmbit urbà i rural.

CRITERIS D'INCLUSIÓ DELS PACIENTS

Pacients més grans de 64 anys, no institucionalitzats, amb alguna patologia crònica, que ingressen en un programa d'ATDOM del seu EAP durant el període de l'1 de juny al 31 de desembre del 2005, o que en aquest període de reclutament fa menys de 12 mesos que són dins el programa d'ATDOM.

CRITERIS D'EXCLUSIÓ

Es van excloure de l'estudi els pacients que van rebutjar participar-hi, els que només estaven temporalment (menys de 9 mesos) a càrrec de l'EAP, els pacients terminals amb una esperança de vida inferior a 4 mesos, els postquirúrgics que precisaven atenció transitòria i els que presentaven un important deteriorament cognitiu, ells mateixos o el seu cuidador, que impedís la recollida d'informació.

SELECCIÓ DELS PACIENTS

Cadascun dels 378 professionals sanitaris que van participar en l'estudi havien d'aportar-hi un mínim de tres pacients, incorporats durant el període de reclutament o seleccionats aleatòriament entre els qui portaven menys d'un any a l'ATDOM.

RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

De cada pacient es van registrar les dades següents: el temps de permanència en el programa d'ATDOM, les característiques clíniques, el grau de comorbiditat (test de Charlson), l'estat funcional (test de Barthel), l'estat cognitiu (test de Pfeiffer), l'existència d'úlceres per pressió i el risc que apareguessin (test de Braden), l'estat de salut subjectiva (SF-12), la valoració social (test de Gijón), la utilització dels serveis socials i sanitaris que rebia, tant de tipus formal com informal, considerant la sobrecàrrega del cuidador (test de Zarit), així com la presència o no d'ingressos hospitalaris durant la permanència en el programa.

Cada investigador va registrar aquestes dades en unes fitxes que es van processar de manera centralitzada. Es va portar a terme un control actiu de la qualitat de la informació rebuda per minimitzar els errors i les pèrdues d'informació. Es va vigilar que no es lliuressin valors *missing* o fora de rang.

CONTROL DE QUALITAT

Es va fer un control de qualitat de la informació recollida auditant una mostra aleatòria del 10% dels pacients de l'estudi. La concordança entre les fitxes i les dades registrades a la història clínica es va valorar amb l'índex Kappa per a les variables qualitatives i amb l'índex de correlació interclasse (ICC) per a les variables quantitatives. Algunes variables quantitatives que no complien els criteris per utilitzar l'ICC es van agrupar en categories⁶.

ANÀLISI ESTADÍSTICA

Les variables qualitatives s'han descrit mitjançant taules de freqüència i les quantitatives calculant la mitjana, la mediana, la desviació típica, el mínim i el màxim.

Les variables que expliquen el nombre de visites d'infermeria s'han avaluat utilitzant una generalització del model de Poisson, que inclou el temps de permanència de cada

pacient a la cohort fins al dia de l'anàlisi numèrica i un paràmetre que permet corregir la sobredispersió de les dades. Els paràmetres dels GLM (Models Lineals Generalitzats) s'han estimat utilitzant PQL (versemblança corregida)⁷.

Les anàlisis estadístiques han estat realitzades amb l'ajut de les eines següents: SPSS 14.0 (anàlisi univariant) i SAS 9.1 (anàlisi bivariant i multivariant); IC 95% i alfa del 5%.

RESULTATS

S'han recollit variables de 1.068 pacients més grans de 64 anys, inclosos en programes d'ATDOM a Catalunya. Les característiques clíniques d'aquests pacients es mostren a la taula 1. La taula 2 recull les característiques dels cuidadors d'aquests pacients i a la taula 3 es presenta el consum de serveis socials i sanitaris que han fet. Finalment, la taula 4 presenta els resultats de l'anàlisi bivariant i la taula 5 de l'anàlisi multivariant.

L'auditoria d'una mostra de 137 pacients mostra un grau de concordança adequat en el cas del nombre de visites de la infermera, del metge i de la treballadora social.

DISCUSSIÓ

L'observació mostra que les úlceres per pressió (UPP), la simultaneïtat de la utilització de la sanitat pública i privada, i l'autopercepció d'una mala salut física expliquen les càrregues d'infermeria dels programes d'ATDOM adreçats a pacients majors de 64 anys a Catalunya.

Altres autors⁸ també han observat que la cura de les UPP consumeix molt de temps i recursos d'infermeria. D'altra banda, són un indicador clar del deteriorament de l'estat de salut del pacient i s'associen en conseqüència a altres problemes de salut que també requereixen atenció clínica. Altres indicadors de morbiditat, com el consum de medicaments, també s'han mostrat predictors de l'activitat d'infermeria domiciliària¹. En la mateixa línia es troba l'autopercepció d'una mala salut física. És evident que els que subjectivament i objectivament tenen una salut física dolenta demanen més atenció i l'adrecen al professional que en aquell moment és més accessible. Aquesta mala percepció de la salut física també és un indicador de demanda de serveis hospitalaris en altres entorns⁹.

Pot semblar incoherent, però, que les càrregues també quedin explicades per la simultaneïtat en la utilització de la sanitat privada. Tendim a pensar que el fet de tenir sanitat privada complementària estalvia consum de recursos públics, que són els que mesuram. Altres autors també han observat el mateix fenomen que l'interpreten com que són pacients amb un pitjor estat de salut o bé perquè són més demandants¹⁰. Entenem que no és més que una altra prova del que Tudor Hart anomenava «lleï de les cures inverses», que es produeix en tots els sistemes sanitaris. Les persones que més serveis precisen són les que menys probabilitats tenen de rebre'ls¹¹.

No podem assegurar que la mostra analitzada sigui representativa dels programes d'ATDOM a Catalunya, ja que les dades van ser aportades voluntàriament pels investigadors que desitjaven participar en l'estudi. No obstant això, pensam que probablement sigui la millor aproximació a la realitat del que succeeix actualment als programes d'ATDOM del nostre país, per l'àmplia grandària de la mostra, la diversitat geogràfica i dels proveïdors, juntament amb la qualitat de les dades. També som conscients que les variables de l'activitat infermera només recullen el nombre de visites,

TAULA 1. Característiques clíniques dels pacients inclosos en l'estudi

	Mitjana	Desviació típica	Freqüència	Percentatge (%)
Edat	83,6	6,5		
Dones			710	66,5
Dies de permanència en el programa d'ATDOM	160,8	147,4		
Comorbilitat				
Comorbilitat = 0			173	16,2
Comorbilitat = 1			268	25,1
Comorbilitat de 2 o més			622	58,7
Nivell de dependència (test de Barthel)				
Dependència total			113	10,6
Dependència greu			73	6,8
Dependència moderada			197	18,5
Dependència lleugera			616	57,7
Autònoms			68	6,4
Estat cognitiu (test de Pfeiffer)				
Normal			566	53,1
Deteriorament cognitiu lleu			194	18,2
Deteriorament cognitiu moderat			164	15,4
Deteriorament cognitiu important			142	13,3
Risc d'úlceres (test de Braden)				
Risc alt d'úlceres per pressió			49	4,6
Risc moderat			86	8,1
Risc baix			266	25,2
Risc molt baix			656	62,1
Risc social (test de Gijón)				
Sense risc social			534	50,7
Risc social			391	37,1
Problemàtica social			128	12,2
Percepció subjectiva de la salut física (PCS-12)	30,9	7,7		
Percepció subjectiva de la salut mental (MCS-12)	38,9	12,3		
Tenen úlceres?	No		924	86,5
Hàbits tòxics				
Consum de tabac	No		1.034	96,8
Consum d'alcohol	No		977	91,5

i no el temps dedicat, ni l'activitat portada a terme al domicili per les infermeres. Una anàlisi futura que profunditzi en aquests aspectes permetrà comprovar si efectivament continuen sent vàlides les variables identificades en aquest estudi.

Altres autors han trobat factors explicatius diferents dels nostres. S'ha descrit que els que viuen sols consumeixen més recursos sanitaris que els que viuen amb parella o amb un cuidador. Tanmateix, aquesta associació no és gaire consistent, ja que un altre autor ha observat justament el contrari i ho atribueix al temps dedicat a l'educació o a l'ensenyament del cuidador^{1,12}. Els de millor pronòstic són més consumidors d'ATDOM, ja que poden ser atesos en el domicili, i els de pitjor pronòstic resten hospitalitzats o ingressats en un centre sociosanitari¹. En l'anàlisi bivariant

del nostre estudi, en canvi, trobem que una major comorbilitat, que podria atribuir-se a un pitjor pronòstic, s'associa a una major activitat d'infermeria. L'associació s'anul·la quan fem l'anàlisi multivariant per l'estreta relació entre comorbilitat i UPP. Segurament les diferències són atribuïbles al paper que realitzen els programes d'ATDOM en els diferents sistemes sanitaris. Les activitats dels programes més preventius s'adrecen a la població amb més salut i, en canvi, a Catalunya, l'activitat domiciliària és essencialment «reactiva».

Se sap que, tal com ha passat en aquest estudi, els diagnòstics infermers, especialment l'alteració de la mobilitat, prediuen millor la utilització de recursos sanitaris que els diagnòstics mèdics^{1,13}. A l'anàlisi bivariant observem una associació positiva entre el risc de tenir úlceres mesurades pel test de Braden i el nombre de visites d'infermera.

TAULA 2. Característiques de les persones que cuiden els pacients inclosos en l'ATDOM

	Mitjana	Desviació típica	Freqüència	Percentatge (%)
Tenen cuidador informal?			879	82,3
Sexe del cuidador informal	Dona		673	63,0
Edat del cuidador informal	61,8	13,9		
Nivell de sobrecàrrega del cuidador (test de Zarit)				
Sense sobrecàrrega del cuidador			378	43,7
Sobrecàrrega lleu			186	21,5
Sobrecàrrega intensa			301	34,8
Test de Zarit (cuidador informal)	50,7	16,5		
Tenen ajuda a domicili?	Sí		401	37,5
Hores/setmana d'ajuda a domicili	47,9	58,7		

TAULA 3. Utilització de serveis socials i sanitaris dels pacients inclosos en l'ATDOM durant el període d'estudi

	Mitjana	Desviació típica	Freqüència	Percentatge (%)
Utilització dels serveis sanitaris per pacient des que van entrar en el programa d'ATDOM				
Nombre de dies en residències geriàtriques o centres sociosanitaris	1,5	9,7		
Nombre d'ingressos hospitalaris	0,3	0,8		
Nombre de visites a urgències	0,5	1,1		
Intensitat de visites a domicili per pacient dels serveis sanitaris des que van entrar en el programa d'ATDOM				
Nombre de visites de:				
• Treballadora social	0,2	0,6		
• Metge responsable	2,3	2,8		
• Un altre metge del centre	0,4	1,1		
• Infermera responsable	5,4	8,0		
• Una altra infermera del centre	0,8	2,7		
• Metges (en conjunt)	2,7	3,2		
• Infermeres (en conjunt)	6,2	9,4		
Realització de visites d'altres serveis sanitaris des que van entrar en el programa d'ATDOM				
Nombre de visites de:				
• PADES			31	2,9
• 061			146	13,7
• Serveis sanitaris privats			76	7,1
• Serveis d'hospitalització a domicili			4	0,4
• Atenció continuada			121	11,3
• Hospital de dia			22	2,1
• Rehabilitació a domicili			103	9,6
Serveis d'atenció personal de caràcter social des que van entrar en el programa d'ATDOM				
Servei d'ajuda a domicili			401	37,5
Teleassistència			88	8,2
Menjars a domicili			10	0,9
Voluntaris			14	1,3
Centre de dia			15	1,4

TAULA 4. Variables associades amb el nombre de visites d'infermeria dels pacients inclosos en el programa d'ATDOM dels EAP segons l'anàlisi bivariant

		Visites infermeres Total per persona i dia				
			Interval de confiança		95%	
		N	RR	Inferior	Superior	p-value
Sexe	Home	351	1,1448	1,0885	1,2040	< 0,0001
	Dona	696	1			
Úlceres	No	908	1			< 0,0001
	Grau 1 o 2	111	0,3665	0,3335	0,4029	
	Grau 3 o 4	26	5,1636	4,7564	5,6058	
Comorbilitat	0	173	1			< 0,0001
	1	265	1,2223	1,1353	1,3159	
	2	223	0,803	0,7504	0,8593	
	2+	381	1,4836	1,3754	1,6002	
Barthel	Total	111	1			< 0,0001
	Greu	72	0,9482	0,8883	1,0121	
	Moderat	189	0,8298	0,7465	0,9224	
	Lleuger	607	0,9551	0,8567	1,0648	
Pfeiffer	Autònom	67	0,3918	0,2666	0,517	
	Normal	557	1			< 0,0001
	Lleu	188	0,8209	0,7505	0,898	
	Moderat	162	0,8054	0,7382	0,8787	
Braden	Important	139	1,329	1,2416	1,4225	
	Alt risc	49	1			< 0,0001
	Moderat	64	1,184	0,9698	1,4455	
	Moderat < 75	18	1,2758	1,0565	1,5407	
	Baix	260	1,0449	0,9843	1,1094	
Gijón	Molt baix	646	0,5507	0,5086	0,5962	
	Sense risc social	523	1			< 0,0001
	Risc social	387	1,0965	1,0403	1,1557	
Salut física	Problemàtica social	123	0,982	0,9098	1,0599	
			0,9836	0,9797	0,9875	< 0,0001

TAULA 5. Variables associades amb el nombre de visites d'infermeria dels pacients inclosos en el programa d'ATDOM dels EAP segons l'anàlisi multivariant

Model Poisson (amb Pscale)			Interval de confiança (95%) OR			
	Categories	OR	Inferior	Superior	p-value	
Visites d'infermeres/dia	Úlceres	Grau 3 o 4	5,7422	3,5333	9,3321	< 0,0001
		Altres	1			
Sanitat privada	No		1			0,0552
	Sí		1,4108	1,0071	1,9765	
Salut física (SF-12)			0,9842	0,9696	0,9991	0,0332

En canvi, veiem que els pacients més autònoms segons el test de Barthel reben més visites. Potser això és degut al fet que els més vàlids són més demandants que els dependents, que probablement ja tenen un cuidador que els assisteix.

L'estudi mostra que estem començant a definir les càrregues de treball d'infermeria domiciliària a partir del perfil clínic del pacient. Actualment, l'activitat està molt centrada en respondre als problemes de salut física que presenta el pacient i a les seves demandes d'atenció. Segurament els factors que expliquen les càrregues de treball serien molt diferents si les activitats dels programes d'ATDOM dels EAP poguessin ser més preventives i no tan orientades a curar la patologia greu que en altres entorns és atesa en hospitals d'estada perllongada. Únicament aquesta actuació preventiva ha mostrat tenir un impacte sobre la mortalitat o la utilització dels serveis¹⁴. L'ATDOM catalana hauria d'adoptar aquesta perspectiva preventiva si vol aconseguir un impacte sobre la salut dels ciutadans.

BIBLIOGRAFIA

1. TingTing L, Mills ME. Analysis of Patient Profile in Predicting Home Care Resourc Utilization and Outcomes. *J Nurs Adm* 2000; 30 (2): 67-75.
2. Grup d'ATDOM de la CAMFYC. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria* 2003; 31 (8): 473-479.
3. Byrne G, Brady AM, Griffith C, Macgregor C, Horan P, Begley C. The Community Client Need Classification System- a dependency system for community nurses. *Journal of Nursing Management* 2006; 14: 437-446.
4. Spence K, Tarnow-Mordi W, Duncan G, et al. Measuring nursing workload in neonatal intensive care. *Journal of Nursing Management* 2006; 14: 227-234.
5. Gené J, Hidalgo A, Contel JC, Borràs A, Ortiz J, Martín J. Seguimiento de una cohorte de Atención Domiciliaria. *Aten Primaria* 2006; 38 (1): 47-50.
6. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Clin Trials* 1991; 12 (4 Suppl): 142-158.
7. Xiang L, Lee AH. Sensitivity of Test for Overdispersion in Poisson Regression. *Biometrical Journal* 2005; 47 (2): 167-176.
8. Oien RF, Ragnarson G. Accurate diagnosis and effective treatment of leg ulcers reduce prevalence, care time and costs. *J Wound Care* 2006; 15 (6): 259-262.
9. Mor V, Wilcox V, Rakowski W, Hiris J. Functional Transition among the Elderly: Patterns, Predictors, and Related Hospital use. *Am J Public Health* 1994; 84 (8).
10. Hays BJ, Willborn EH. Characteristics of clients who receive home health aide service. *Public Health Nurs* 1996; 13 (1): 58-64.
11. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-412.
12. Trisolini MG, Thomas CP, Cashman SB, Payne SMC. Resource utilization in home health care: Results of a prospective study. *Home Health Care Serv Q* 1994; 15 (1): 19-41.
13. Ballard S, McNamara R. Quantifying nursing needs in home health care. *Nurs Res* 1983; 32 (4): 236-241.
14. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J. Home Visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Jama* 2002; 287: 1022-1028.

ANNEX 1. EQUIP D'INVESTIGADORS HC > 65

CAP Sagrada Família (CSD)

Ramón Noguera Rodríguez

Natàlia Riera, Sandra Villares Polis, Sílvia Dueñas Martín.

CAPSE

Joan Gené, Alicia Borràs, Jaume Martín

Santiago Pérez de Haro, Elisenda Sant Arderiu, M. Àngels Moreno Ubiedo, Sílvia Porcar León, Ethel Sequeira Aymar, Ana Pereira Rosalen, Marta Navarro González, Núria Gimferrer Artigas, Núria Sánchez Ruano, Noemí García Planas, Isabel Carretero Huertas, Rosa Segarra López, Gemma Amat, Blanca Valero Navarro, Mercè Mateu Hosta, Joan Clos Soldevila, Isabel Boix Soriano, Amparo Hervas Docon, Josep Maria Vilaseca.

CAP Les Corts

Jacinto Ortiz Molina, Susana González Martínez, Josep Miquel Sotoca

Antoni Sisó Almirall, Ignacio Menacho Pascual, Gustavo Pacheco Navas, M. José Giner Martos, Pilar Arrabal García, Eloisa Molés Moliner, Salvador Sitjar Martínez de Sas, Daniel Cararach Salami, M. Luisa Moro Esteban, Berta de Andrés Beuter, Mireia López Poyato, M. Lluïsa Serrat Asensio, Susanna Bermúdez Chillida, Àngels Montroig Rodríguez, Sílvia Canivell Fusté, Ana M. Pérez del Molino Cucurny.

EAP Sarrià

Manuel Borrell Muñoz

M. Pilar Arevalillo García, Pilar Mayor Sánchez, Mercedes Pérez-Moreno Pallarés, Maria Canals Baldrich, Rosa Bosch Viñas, Blanca Albareda Ramírez, Anna Roca Fusalba, Jordi Arrufat Espinosa, Alan Persa Schmah.

ABS Tremp

Teresa Montanuy Baró

Lídia Escur Pujol, Conxita Nogues Santandreu, Gabriel Monferrer Monfort.

CAP Larrard PAM

Anna Oliver Olius, Montserrat Porta Borges, Sònia Rivas Zuazo

Carlos Alonso Arcos, Clàudia Cardoner Bastardes, Irene Herrera Solsona, Carlos Martínez Gaitero, Sílvia Roig del Valle, Antoni Santiveri Villuendas, Montserrat Saus Arús, Carolina Vega López, Cristina Zamora López, Roger Badia Casas, Gemma Pomares Marco, Marta Serrate Casado.

ABS Castelldefels

Montse González Santamaría

M. Carmen Gallardo González, Imma Campamà Tutusaus, Fernando Díaz Juliano, Jesusa Balasch.

EAP Gavà 1

Rosa M. Aranzana Martínez

Elvira Altuna Elizondo, Beatriz Arizaga Ciordia, José Luis Caballé Godia, Jesús Cañizares Rivero, Blanca de Miguel Ibáñez, Francisco Javier Gómez Ruiz, Elena Sáenz González.

EAP Gavà 2

Lucila Gonzalo Miguel, Pilar Núñez Manrique

Gemma Martínez Saiz, Rita Fernández Vergel, Maite Peñarubia Maña, Carmen Carretero Sánchez.

EAP Vinyets

Leonor Cadena Andreu

Rosario Domínguez Mendoza, Sonia Cabrera Robledo, David Gosálbez García, África Soler i Castillo, Francesc Fernández Sesma, Esther Quesada Suárez.

ABS Sitges

Herminia Palacín Piquero, Carme Pont García

Primitivo Sabaté López, Antonia Paños Marsal, M. Carmen Soler Jacas, M. Elena Betancor Fernández, Sofía Álvarez López, Irene Esteban Antón.

EAP Vallirana

Núria Casamada

Rosa Maria Llauradó, Juan Mata, Jaime Colominas, Adela Gómez, Glòria Bargalló, Eva Vegara Mora, Imma Arrabal González.

EAP Pujol i Capçada

Oscar Mazeres Ferrer

Francisco González Carrión, Begoña González Carrión, Maribel Matilla Font, Meritxell Pi Juan, Joan Gallego Cuxart, Encarni Díaz Castro.

ABS Viladecans

Asunción Nosas Canovas, José Luís García Ferrer.

ABS Camps Blancs

Socorro González Perea

Inés Vázquez González, Teresa Arnau Pujolras, Roser Giner Nogueras.

CAP Montclar

Emilia Vaquera Morillo

Pilar Fernández Lorenzo, Joan Torras Gelabert.

EAP Bon Pastor

Amparo Alario Mifsud

María del Camino García Gutiérrez, Margarita Lasheras, Eva Ares Fernández, Francisco López, Rosa Fernández Yáñez.

CAP Vall d'Hebron

Cristina Vivas Brau, Concepción Giner Soria.

CAP Horta

Gloria Sánchez Sánchez, Rosa M. Fernández Salafranca.

ABS Guineueta

M. Isabel Pacheco Ortiz

Pilar Escudero Recio.

EAP Pg. Sant Joan

Anna Cantó

Maria Clotet Rebullida, Leocricia Sillero, Marina Esteve, Fany Rodrigo, Lourdes Lasaosa.

CAP Pare Claret**Francisco Cegri Lombardo, Antonio Aranzana Martínez, Núria Arteaga Pinadell**

M. Dolors Oliver Schornstein, Mireia Marsà Carretero, Jaume Poch Enguidanos, Aurora Montoro Gómez, Carolina Boix Miralles, Gemma Badell Osuna, Marta Pallàs Ellacuria, Isabel García Villena, Yolanda Cesena Santiago, Imma Tapia Mayor, Pilar Martín González, Jaume Arnaus Pujol.

CAP Sanllehy

Enriqueta Borràs Gallart, M. Teresa Tierno Ortega.

CAP Sagrera

Raquel Urdiain Agorritz, Núria Rosell Reig.

EAP Poble Sec**M. Lluïsa Duch Dausa**

Ana Jesús Barriocanal García, Ángeles Duesca Jiménez, Roser Cano García, Teófila Laso Aponte, Conxita Vilaseca Reig.

EAP Via Roma**Teresa Isidro Barbero**

Lydia Minguell Soriano, Carmen Ubierna Gómez, Lydia Riba Bellera, Sílvia Camon Pañella.

EAP Sant Antoni**Àngels Arévalo**

Anna Rosa García Palies.

EAP Universitat**Mercè Guarch Rocarias**

José Luis López Bueno.

ABS Encants**Leandra Domínguez Olivera**

M. Antònia Llauger Rosselló, M. Antònia Pou Jiménez, Josefina Ferrús Alborch, M. Teresa Font Canal, M. Pilar Hernández Pérez, Dolors Gómez Priego, M. Carme Quintela Salvans, Carmen Fuertes Villanueva, M. Lluïsa Moral Martín.

ABS Camp de l'Arpa**M. Asun Muñoz de Escalona Radial**

Marina Cusí Ibáñez, Pilar Villarreal Moreno, Teresa Palatsi Cortes, Margarita Barrachina Beltrán, Pilar Monteagudo Caba, Agustina Bustamante Exposito, Eulàlia Duran Bellido, Esther Bracero Alonso, Montserrat Melé Baena, Eva Casajuana Andres.

EAP Congrés**Núria Balaguer i Cerdà**

Marta Masagué Aguadé, Ana Ramon Busquets, M. Carme Sales Piñero, Esther Nisó Salla, Rosa Pausas Gual, Anna Jorba Ricart, Núria Roura Pujol, Elisabet Ferré Vidal, M. Belen Sánchez Rodríguez, Rosa Aznar Vilella, Carme Martí Delcor, M. Dolores Soria García, Marta Roset Bartroli, Elvira García Arcos, Esmeralda López Larroy.

ABS Guinardó Baix**Rosa Mascort Matas**

Pilar García Martínez, Raquel Millán Novella, Carme Vila Freixanet, Carmen Mezquita Pipió.

CAP Caldes de Montbui

Núria Albí, Josep Nogués, M. Julia Rodríguez Martínez, Josefa Navarro Heras, M. Luz Talavera Pérez.

CAP La Llagosta

Ester Comas Clotet.

CAP Sant Celoni**Esther Limon Ramirez**

Gemma Martí Chuscas, Montserrat Riera Galbana, Núria Bardolet López.

CAP Parets

Fernando Cayuelas Onieval, José María Santillana Garrido, Elodia Martín Morales, Manuel Vizuete Pérez, Anna Butjosa Navarro, Carmen Gómez Álvarez, Yolanda García González, Carmen Cerrillo Cabañero, Luis Carlos Aguilar Martínez.

CAP Canovelles

Dominga Santana Macias, Mercè Ribot Ballabriga.

CAP Sant Miquel

Jordi Barrero Ramos, Emília Gallach Serrabasa, Anna Barceló Torras, Cesca Gil Torné, Gemma Casanovas Viladrich.

ABS Montornès-Montmeló

M. José Figuera Martínez, Marisol Álvarez Abella.

ABS Vall del Tenes

Dolors Gascon Segundo, Aurora Pérez Cortes, Maite Muñoz Herrero.

CAP Antoni Creus

Neus Viladrich Segué, Antonia Casasayas Albert, Montserrat Palau Contiente.

ABS Sabadell (Ca n'Oriac)**Encarna Ortiz Álvarez**

M. José López Gómez, Francesca Vidal Boadella, Konrad Muñoz Jimeno, Núria Jarque Valls, Antonia Martínez García.

ABS Reus-1**Núria Adell Aguiló**

Emilia Martí, Montserrat Huguet Jacob, Montserrat Munté, Montserrat Nolla, Isabel Cort, Llorenç Peralta.

ABS Reus-2

Júlia Sanz Tost, Rosa Feliu Jornet, Rosa González Pérez, Marisa Sole Gavalda, Ramona Roig Corbella, Joan Pardo Andujar, Gemma Castellvi Tudo, Francisca Parera Perol.

ABS Reus-3

Carme Anguera Perpiñà, Carme Ferrer, Dolors Garriga.

ABS Reus-4

Cristina Piñol, Rut Caro, Roser Pedret Llaberia, Aurora Reina.

ABS Les Borges

M. Josepa Ferrater, Josep M. Duran.

ABS Montroig

Dolors Jovani Puig.

ABS Falset

M. Lluïsa Pelleja Pellicer, Mònica Lluís Burgeño, Rosa Castro Palies, Maurici Sabater Margalef, Rosalia Bonfill Coll, Teresa Lara Pedrosa, Anna Lara Pedrosa, Amparo Diego Ferrer.

EAP-1 Sta. Coloma

Teresa Morató Cortinas, Ignacio López Pavón, Cristina López Mompó, Montserrat Guinart Aloy, Montse Tramuns Mas, Mercedes Fuentes Parrón, Assumpta Vidal Vilalta, Josep Ramon Gil Sarra, Pilar Pinillos San Celestino, Alexandre Vilanova Casagran, Teresa Sala Soler.

EAP-2 Sta. Coloma

Dolors Olmo Pagès, Remei Moreno Granada.

EAP-3 Sta. Coloma

Montse Díez Borregan, Olga Pascual Cortés.

EAP-4 Sta. Coloma**Antonio Heras Tebar**

Amparo Gallart Iglesias, Verónica Moreno Gomez, Roser Garriga Becardi, Josefina Ruiz Tejero, Carme García Montañés, Adoración Fuertes Laborda.

EAP-5 Sta. Coloma

Judith Company Fontané, M. Carme Guillen Molina, Rosa Herrero Talavera, Àngels Cisneros Antó.

EAP-6 Sta. Coloma**Jordi Milozzi**

Lola Guerrero Hernández, Lucía Pineda Herrando, Alicia López Pérez, Conchita Aguilera Velásquez, M. Benita Martín Sánchez, Rosa Ferré Lorente.

EAP Canet de Mar**Isabel Martín Silvero**

Rosa Miras Jodar, Anna Cortada Cabrera, Montserrat Ollé Borque, Àngels Garrido Benit.

CAP Vallcebre

Roser Serra Burillo.

CAP La Pobla de Lillet

M. Lluïsa Ferreiro Broz, Lourdes Santaaulàlia Potrony.

CAP Bagà

Irene Prochazka Aguiló, Josep Ignasi Barrio Rubio, Marta Medina Hernández.

CAP Guardiola

Dolors García Navó, Montserrat Sáez i Morón.

CAP Saldes i CAP Gòsol

M. Dolors Camprubí Casellas.

CAP Castellterçol

Manuel Arza Peral, Araceli Burgos Fernández, Patricia Cajal Milagro, Glòria Mascaró Crusat.

CAP St. Vicenç

Fina Serra Prat.

CAP Sallent

Esther Suades Sabaté, Isabel Siles Porras.

CAP Sagrada Família (Manresa)

Núria Solanas Bacardit, Imma Padilla Hidalgo.

CAP Navarcles

Rosa M. Vancell Varonil.

CAP Berga Centre

Dolors Guitart Marcé, Fina Soler Morera.

CAP Vilada

Dolors Escat Artiga.

CAP Avià

M. Àngels Casellas Planas.

CAP Sud Mútua Terrassa**Montse Llordes Llordes**

M. Eugènia Pérez Domínguez, Mercè Villaró Gabarrós, Inma Vázquez Muñoz, Montserrat Roca Vilalta, Joana Carbonell Torrens, Antònia Correas Torrens, Mercedes López, Encarna Romero González.

ABS Centre Hospitalet**Neus Maymó Pijuán**

Ana Gallego González, Josep M. Fandos Olona, Sílvia Copetti Fanlo, Vanessa Monforte Rodríguez, Júlia Solé López, Antònia Ribas Batllori, Enric Juncadella García, Jeronimo Lorite Gómez, Maria Murcia Belando, Sílvia Lavirgen Iglesias, Vicenç Zahonero Bellmunt, Delia Pérez Serna, Laura Mestre Boleda, Montserrat Boada Baqués, Sílvia Milian Ceprià.

PAPER DELS NABIUS EN LA PREVENCIÓ DE LES INFECCIONS DEL TRACTE URINARI

AUTOR

Carles Llor, metge de família, EAP Jaume I, Tarragona.

PUNTS CLAU

- Els nabius han mostrat reduir la incidència de recurrències d'infeccions d'orina, preferentment en dones adultes.
- Fóra precís, en dones amb recurrències freqüents d'infeccions d'orina, comparar l'efectivitat dels nadius enfront del tractament supressor d'elecció.

INTRODUCCIÓ

El nabiu del Canadà (*Vaccinium macrocarpon* és el seu nom científic), conegut en castellà com a *arándano rojo* o *agrio* (*cranberry* en anglès i *canneberg* en francès) és una alternativa no antibiòtica en la prevenció de les infeccions urinàries de repetició (figura 1). El 3% de les dones presenten més de tres recurrències l'any¹. Aquest fet és força important, ja que en els darrers anys les resistències dels uropatògens s'estan incrementant enfront d'alguns antibiòtics² i en les dones amb infeccions recurrents s'hi indica un tractament profilàctic durant almenys 6 mesos³. El nabiu de l'Amèrica del Nord, d'aquí el seu nom, conté més d'un 80% d'aigua, un 10% d'hidrats de carboni i en menor proporció, flavonoides, antocianines, àcids orgànics diversos (sobretot àcid cítric i àcid màlic) i una petita quantitat d'àcid ascòrbic⁴. Els pigments antocianínics que s'obtenen de la polpa del nabiu s'empren per a aplicacions per fer color⁵. Els nabius es poden ingerir com a fruit, com a concentrat i com a suc.

PROPIETATS MEDICINALS I MECANISME D'ACCIÓ

Els primers que el van utilitzar per les seves propietats medicinals van ser els nord-americans i ho van fer per a un ampli ventall de problemes: malalties hematològiques, problemes gàstrics i hepàtics, pèrdua de gana, escorbut, càncer i també com a antitèrmic. A finals del segle XIX, metges

alemanys van observar una excreció urinària més elevada d'àcid hipúric després de la ingesta de nabius⁶. Posteriorment, alguns autors van elaborar la hipòtesi que l'àcid hipúric podia tenir un efecte bacteriostàtic i que podia acidificar l'orina⁷. No obstant això, Bodel et al⁸ van observar que el nabiu no duia la suficient quantitat d'àcid hipúric com per acidificar suficientment l'orina i que, per tant, no tenia cap efecte bacteriostàtic, troballa que s'ha confirmat posteriorment en altres estudis⁹. També s'han vist concentracions més altes de salicilats en el plasma i també en orina després de la ingesta de nabius, però l'explicació d'això, com també la seva repercussió es desconeixen¹⁰.

El primer pas per a la patogènesi de les infeccions del tracte urinari és l'adherència dels uropatògens a les cèl·lules uroepiteliales. Sobota¹¹, el 1984, va ser el primer a postular que l'efecte beneficiós del nabiu es devia a la inhibició d'aquesta adherència. En aquest sentit, va observar que 15 de 22 subjectes que havien begut 15 unces de suc de nabius (aprox. 450 ml) mostraven una activitat antiadherent significativa¹². *Escherichia coli*, l'uropatògen més freqüent arreu (figura 2), presenta unes fimbries en forma de cabell que sobresurten de la superfície, les quals produeixen dues adhesines que s'agafen en els receptors de les cèl·lules epitelials. Experimentalment, s'ha vist que l'efecte dels nabius és més important quan l'uropatògen presenta fimbries respecte les soques d'*E. coli* que no en duien¹³. Zafriri et al¹⁴ identificaren dos compostos en els nabius que inhibien les adhesines de l'*E. coli*: per un costat, la fructosa, comuna en els suc de fruites i, per l'altre, les proantocianidines, que són específiques de les espècies de *Vaccinium*^{15,16}. Aquesta



FIGURA 1. Nabius (*Vaccinium macrocarpon*).

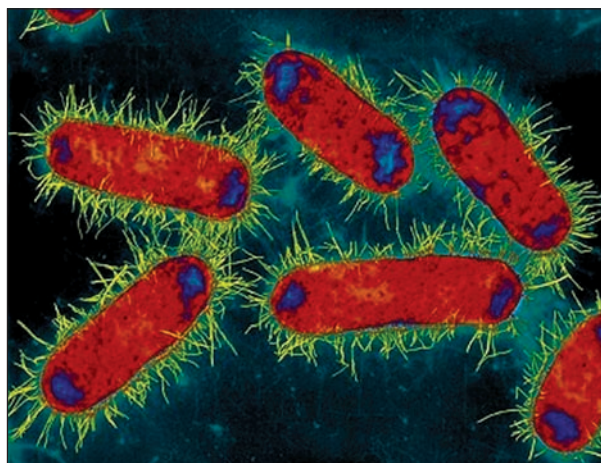


FIGURA 2. *Escherichia coli*, amb les fimbries característiques.

propietat antiadherent exercida pels nabius sobre els uropatògens s'ha demostrat en un assaig clínic aleatori, doble cec i controlat amb placebo, on es va veure que aquest efecte era dosi-dependent¹⁷; és a dir, més efecte antiadherent amb majors quantitats de nabius consumits. Posteriorment, s'ha vist també que l'efecte antiadherent dels nabius s'estén a altres gèrmens distints dels uropatògens. Així, s'ha vist recentment que els nabius inhibeixen l'adherència de patògens dentals, com la *Porphyromonas gingivalis*, minvant la seva capacitat per colonitzar els espais periodontals¹⁸; o inhibint les glucosiltransferases necessàries per l'*Streptococcus mutans* per formar la placa dental¹⁹.

Els nabius han demostrat ser efectius en la prevenció de les infeccions del tracte urinari, principalment en les dones adultes, però no en el seu tractament. També s'han observat efectes beneficiosos en la infecció per *Helicobacter pylori*²⁰ i podrien inhibir també l'adhesió del virus de la grip en les cèl·lules epitelials²¹. S'han recomanat també com a tractament coadjuvant de les infeccions per certes espècies de *Candida*. En estudis in vitro s'ha vist que el suc de nabius presenta uns efectes fungistàtics enfront dels dermatòfits, però no enfront de *Candida albicans*²². Amb tot, val a dir que manquen més estudis que demostrin l'efectivitat dels nabius en aquestes altres indicacions.

EFFECTIVITAT DELS NABIUS EN LA PREVENCIÓ DE LES INFECCIONS D'ORINA

El primer estudi que avaluà l'efectivitat dels nabius en la prevenció de les infeccions del tracte urinari es va publicar el 1966, i s'hi van incloure 60 pacients amb bacteriúria, que prengueren 480 ml de suc diàriament durant 3 setmanes, assolint una efectivitat superior al 50% entre els que prengueren el suc, però la bacteriúria va reaparèixer en deixar de prendre el suc de nabius²³. Des d'aquest estudi s'ha publicat gairebé una desena d'assaigs clínics aleatoris per tal d'avaluar l'efectivitat dels nabius com a preventiu de les infeccions urinàries. En un estudi publicat en el *Journal of Family Practice* com una carta al director, en el qual s'incloueren dones joves, va ser el primer a demostrar l'efectivitat de les càpsules de nabius per reduir l'aparició d'infeccions urinàries²⁴; no obstant això, només un 10% de les dones completaren l'estudi. De totes maneres, els dos assaigs clínics aleatoris i controlats amb placebo amb millor qualitat metodològica foren els publicats per Kontiokari et al²⁵ i Stothers et al²⁶. Sumant ambdós, els nabius reduïren de manera significativa, segons la revisió de la Cochrane Library, la incidència de noves infeccions d'orina als 12 mesos, assolint un risc relatiu de 0,61 (IC 95%: 0,4-0,91), comparat amb el placebo²⁷. Kontiokari et al²⁵ van publicar en el *British Medical Journal* probablement l'assaig clínic aleatori controlat més conegut; van agafar 150 dones que es van aleatoritzar a tres braços de tractament (un grup amb 50 ml de concentrat de nabius i altres fruits del bosc, un altre 100 ml d'una beguda amb *Lactobacillus*, i l'altre, res). Després de 6 mesos de tractament van presentar almenys una recurrència d'infecció urinària el 16, el 39 i el 36% de les dones assignades als diferents grups, respectivament, el que suposà una reducció del 20% en el risc absolut en el grup assignat als nabius (nombre necessari per tractar per tal d'evitar una infecció urinària: 5). Malgrat que l'estudi va finalitzar als 6 mesos perquè es va acabar el subministrament de suc, els efectes beneficiosos es van perllongar fins a l'any d'haver iniciat l'estudi. Stothers et al²⁶

publicaren un altre assaig clínic controlat amb placebo i doble cec, en què 150 dones amb història d'infeccions urinàries de repetició es van assignar a tres grups de tractament: unes reberen suc i comprimits de placebo, unes altres reberen suc de nabius i comprimits de placebo, i l'altre grup va prendre suc de placebo i comprimits de nabius. Després d'un any es va observar que el 32% de les que reberen placebo van presentar almenys una infecció urinària durant l'any de seguiment, comparat amb el 20% del grup assignat a suc de nabius i el 18% de les assignades a comprimits de nabius. En aquest estudi la reducció de risc absolut va ser del 13% entre les dones que van rebre nabius.

Dos assaigs clínics han analitzat l'efectivitat dels nabius en persones grans. En un estudi publicat recentment, McMurdo et al²⁸ van incloure 376 persones grans ingressades en un hospital; la meitat va ser assignada a una beguda amb 300 ml diaris de nabius i l'altra meitat a placebo, van observar una reducció gens significativa en l'aparició d'una infecció urinària simptomàtica, obtenint una reducció de risc relatiu de 0,51; no obstant això, es van observar significativament menys infeccions per *E. coli* en el grup assignat a nabius (4 vs. 13 del grup control). En un altre estudi, en què s'analitzà la presència de bacteriúria, Avorn et al²⁹ van dissenyar un estudi aleatori doble cec amb 153 dones asimptomàtiques, unes assignades a 300 ml diaris de nabius i les altres, a placebo. Als 6 mesos, la presència de bacteriúria i piúria va ser un 42% inferior en el grup assignat al principi actiu i l'administració d'antibiòtics també va ser inferior en aquest grup. En edat infantil s'han publicat dos assaigs clínics més, en nens amb bufeta neurògena^{30,31}, però sense resultats favorables als nabius. En un estudi epidemiològic es va observar que la ingesta regular de suc de nabius en dones sexualment actives representava una menor incidència d'un primer episodi d'infecció urinària³².

SEGURETAT DELS NABIUS

En els assaigs clínics duts a terme s'han produït moltes baixes, principalment quan la presa de nabius es perllonga amb el temps²⁷. No s'han documentat interaccions importants amb altres fàrmacs; no obstant això, en alguns pacients s'han observat interaccions amb la warfarina, però no amb l'acenocumarol³³. En un altre estudi, s'ha vist que els nabius poden incrementar l'absorció de vitamina B₁₂ amb la presa concomitant d'inhibidors de la bomba de protons³⁴. Quant a la seguretat dels nabius val a dir que alguns pacients poden experimentar un cert efecte laxant i que això depèn de la quantitat que se'n prengui. En algun cas s'ha vist que pot incrementar la incidència de litiasi renal per l'augment en l'excreció d'oxalat i d'àcid úric i en l'acidificació de l'orina^{35,36}. En alguns casos els pacients es poden queixar també de mal gust. En aquest sentit, una bona alternativa és la presa de càpsules. També cal tenir present el cost i l'aportament calòric dels nabius.

DOSI

Un problema dels estudis fets fins ara amb nabius és la diferent dosi emprada, així com les diferents presentacions administrades. Amb tot, caldria recomanar aquelles dosis en què s'han vist efectes beneficiosos en els millors assaigs clínics. D'aquesta manera, caldria recomanar quan s'utilitzen comprimits, l'extracte de nabiu concentrat de 300 mg, dues vegades al dia i en cas d'utilitzar suc, 8 unces de suc amarg (aprox., 240 ml) tres vegades al dia³⁷.

LÍNIA FUTURA

Segons els resultats obtinguts en els estudis comentats anteriorment, fóra interessant, tal com diuen Kiel i Nashelsky en el *Journal of Family Practice*³⁸, fer un assaig clínic en dones sexualment actives amb infeccions urinàries de repetició per veure si l'administració d'una dosi prou important de nabius ajuda a minvar la incidència de noves infeccions i això poder-ho comparar amb un grup placebo. Al mateix temps, fóra interessant comparar-ne l'efectivitat amb el que es fa habitualment avui dia, és a dir, la profilaxi amb una dosi baixa d'antibiòtic durant 6 mesos.

BIBLIOGRAFIA

- Schaeffer AJ. Recurrent urinary tract infection in the female patient. *Urology* 1988; 32 (Suppl 3): 12-15.
- Gupta K, Scholes D, Stamm WE. Increasing prevalence of antimicrobial resistance among uropathogens causing acute uncomplicated cystitis in women. *JAMA* 1999; 281: 736-738.
- Ronald AR, Harding GK. Urinary infection prophylaxis in women. *Ann Intern Med* 1981; 94: 268-270.
- Raz R, Chazan B, Dan M. Cranberry juice and urinary tract infection. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 1413-1419.
- Woo A, von Albe JH, Amundson CH, et al. Anthocyanin recovery from cranberry pulp wastes by membrane technology. *J Food Sci* 1980; 45: 875.
- Blatherwick NR. The specific role of foods in relation to the composition of urine. *Arch Intern Med* 1914; 14: 409-450.
- Moen DV. Observations on the effectiveness of cranberry juice in urinary infections. *Wisconsin Med J* 1962; 61: 282-283.
- Bodel PT, Cotran R, Kass EH. Cranberry juice and the antibacterial action of hippuric acid. *J Lab Clin Med* 1959; 54: 881-888.
- Monroy-Torres R, Macías AE. ¿Es bacteriostático el jugo de arándanos? *Rev Invest Clin* 2005; 57: 442-446.
- Duthie GG, Kyle JA, Jenkinson AM, Duthie SJ, Baxter GJ, Paterson JR. Increased salicylate concentrations in urine of human volunteers after consumption of cranberry juice. *J Agric Food Chem* 2005; 53: 2897-2900.
- Sobota AE. Inhibition of bacterial adherence by cranberry juice: potential use for the treatment of urinary tract infections. *J Urol* 1984; 131: 1013-1016.
- Schmidt DR, Sobota AE. An examination of the anti-adherence activity of cranberry juice on urinary and nonurinary bacterial isolates. *Microbios* 1988; 55: 173-181.
- Liu Y, Black MA, Caron L, Camesano TA. Role of cranberry juice on molecular-scale surface characteristics and adhesion behavior of *Escherichia coli*. *Biotechnol Bioeng* 2006; 93: 297-305.
- Zafriri D, Ofek I, Adar R, Pocino M, Sharon N. Inhibitory activity of cranberry juice on adherence of type I and type P fimbriated *Escherichia coli* to eucaryotic cells. *Antimicrob Agents Chemother* 1989; 33: 92-98.
- Howell AB, Vorsa N, Marderosian AD, Foo LY. Inhibition of the adherence of P-fimbriated *Escherichia coli* to uroepithelial-cell surfaces by proanthocyanidin extracts from cranberries. *N Engl J Med* 1998; 339: 1085-1086.
- Ofek I, Goldhar J, Zafriri D, Lis H, Adar R, Sharon N. Anti-*Escherichia coli* adhesin activity of cranberry and blueberry juices. *N Engl J Med* 1991; 324: 1599.
- Di Martino P, Agniel R, David K, et al. Reduction of *Escherichia coli* adherence to uroepithelial bladder cells after consumption of cranberry juice: a double-blind randomized placebo-controlled cross-over trial. *World J Urol* 2006; 24: 21-27.
- Labrecque J, Bodet C, Chandad F, Grenier D. Effects of a high-molecular-weight cranberry fraction on growth, biofilm formation and adherence of *Porphyromonas gingivalis*. *J Antimicrob Chemother* 2006; May 30; [Epub ahead of print]
- Koo H, Nino de Guzman P, Schobel BD, Vacca AV, Bowen WH. Influence of cranberry juice on glucan-mediated processes involved in *Streptococcus mutans* biofilm development. *Caries Research* 2006; 40: 20-27.
- Zhang L, Ma J, Pan K, Go VL, Chen J, You WC. Efficacy of cranberry juice on *Helicobacter pylori* infection: a double-blind, randomized placebo-controlled trial. *Helicobacter* 2005; 10: 139-145.
- Weiss EI, Houry-Haddad Y, Greenbaum E, Hochman N, Ofek I, Zakay-Rones Z. Cranberry juice constituents affect influenza virus adhesion and infectivity. *Antiviral Res* 2005; 66: 9-12.
- Schwartz JH, Medrek TF. Antifungal properties of cranberry juice. *Appl Microbiol* 1968; 16: 1524-1527.
- Papas PN, Brusca CA, Ceresia GC. Cranberry juice in the treatment of urinary tract infections. *Southwest Med* 1966; 47: 17-20.
- Walker EB, Barney DP, Mickelsen JN, Walton RJ, Mickelsen RA Jr. Cranberry concentrate: UTI prophylaxis. *J Fam Pract* 1997; 45: 16716-16718.
- Kontiokari T, Sundqvist K, Nuutinen M, Pokka T, Koskela M, Uhari M. Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women. *BMJ* 2001; 322: 1571-1573.
- Stothers L. A randomized trial to evaluate effectiveness and cost effectiveness of naturopathic cranberry products against urinary tract infection in women. *Can J Urol* 2002; 9: 1558-1562.
- Jepson RG, Mihaljevic L, Craig J. Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2): CD001321.
- McMurdo ME, Bissett LY, Price RJ, Phillips G, Crombie IK. Does ingestion of cranberry juice reduce symptomatic urinary tract infections in older people in hospital? A double-blind, placebo-controlled trial. *Age Ageing* 2005; 34: 256-261.
- Avorn J, Monane M, Gurwitz JH, Glynn RJ, Choodnovskiy I, Lipsitz LA. Reduction of bacteriuria and pyuria after ingestion of cranberry juice. *JAMA* 1994; 271: 751-754.
- Schlager TA, Anderson S, Trudell J, Hendley JO. Effect of cranberry juice on bacteriuria in children with neurogenic bladder receiving intermittent catheterization. *J Pediatr* 1999; 135: 698-702.
- Foda MM, Middlebrook PF, Gatfield CT, Potvin G, Wells G, Schillinger JF. Efficacy of cranberry in prevention of urinary tract infection in a susceptible pediatric population. *Can J Urol* 1995; 2: 98-102.
- Foxman B, Geiger AM, Palin K, Gillespie B, Koopman JS. First-time urinary tract infection and sexual behavior. *Epidemiology* 1995; 6: 162-168.
- Sylvan L, Justice NP. Possible interaction between warfarin and cranberry juice. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1000.
- Saltzman JR, Kemp JA, Golner BB, Pedrosa MC, Dallal GE, Russell RM. Effect of hypochlorhydria due to omeprazole treatment or atrophic gastritis on protein-bound vitamin B₁₂ absorption. *J Am Coll Nutr* 1994; 13: 584-591.
- Gettman MT, Ogan K, Brinkley LJ, Adams-Huet B, Pak CY, Pearle MS. Effect of cranberry juice consumption on urinary stone risk factors. *J Urol* 2005; 174: 590-594.
- Terris MK, Issa MM, Tacker JR. Dietary supplementation with cranberry concentrate tablets may increase the risk of nephrolithiasis. *Urology* 2001; 57: 26-29.
- Lynch DM. Cranberry for prevention of urinary tract infections. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2175-2177.
- Kiel R, Nashelsky J. Does cranberry juice prevent or treat urinary tract infection? *J Fam Pract* 2003; 52: 154-155.

LÍNIA EDITORIAL DE LA CAMFIC

LLIBRES 3r CICLE

- Manual d'abordatge del dolor a l'Atenció Primària
- Guia d'osteoporosi
- Guia d'urgències
- Medicina natural basada en l'evidència
- Guia d'obesitat

Propers llibres

- Educació sanitària en asma
- Recerca a l'Atenció Primària
- Alcohol i drogues no institucionalitzades
- Guia per al tractament de la diabetis de tipus 2 a l'Atenció Primària
- . . .

QUADERNS

- Fotografia digital a l'Atenció Primària

Propers quaderns

- Maneig de les dislipèmies
- Tractament anticoagulant oral



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Portaferrissa, 8, pral.
08002 Barcelona
Tel.: 93 301 17 77
Fax: 93 318 10 01
www.camfic.org



BUTLLETA D'INSCRIPCIÓ

La butlleta d'inscripció es farà arribar a la secretaria de la Línia Editorial, Anna Raméntol, c. Portaferrissa, 8, pral. 08002 Barcelona, o mitjançant el fax: 93 318 10 01 (inscripcions limitades). La inscripció no serà efectiva fins que no se n'haurà confirmat el pagament. Si teniu qualsevol dubte, poseu-vos en contacte amb la CAMFIC, tel. 93 301 17 77.

GOGNOMS I NOM.....
ADREÇA.....
POBLACIÓ..... CODI POSTAL.....
TELÈFON..... E-MAIL.....

Marca les caselles següents:

3r cicle (5 llibres)

Soci: 70 €
No soci: 90 €
Soci resident: 55 €
Enviament 3r cicle: 15 €

Quaderns

Títol.....
Soci: 12 €
No soci: 15 €
Enviament per quadern: 3 €

Possibilitats de pagament:

1. Taló nominatiu a nom de la Fundació d'Atenció Primària
2. Transferència bancària a nom de la Fundació d'Atenció Primària al núm. de compte: 2100-0965-50-0200078651 (adjunteu una fotocòpia del rebut de transferència)
3. Amb targeta visa:
Targeta visa núm.:..... Data de caducitat:.....



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



HIPERNEFROMA: DIAGNÒSTIC INCIDENTAL

AUTORES

M. Carmen Pérez Centellas: metgessa de família. CAP Montmeló, ABS Montornès-Montmeló, plaça Ernest Lluch, 1, 08160 Montmeló.

Anna Rispau i Falgàs: metgessa de família. CAP Dr. Bartomeu Fabrès Anglada, Riera de les Parets, 7, 08850 Gavà.

CORRESPONDÈNCIA

Anna Rispau i Falgàs
Adreça electrònica: 31670arf@comb.es

Introducció

Els metges de família tenim un paper clau en el diagnòstic de l'adenocarcinoma renal, ja que més de dos terços d'aquests pacients consulten per quadres clínics inespecífics o per troballes analítiques¹.

A causa de la gran varietat de símptomes i signes que pot provocar, abans se'l coneixia com a «tumor de l'inter-nista». Avui, gràcies a l'avenç de les tècniques radiològiques i sobretot de l'ecografia, se'l podria anomenar «tumor del radiòleg». Més del 65% es descobreix incidentalment¹.

Motiu de consulta

Dona de 58 anys que consulta per valorar el canvi del tractament que segueix per a l'insomni i, a més a més, sol·licita analítica de control de la hipercolesterolèmia.

Antecedents familiars

Sense interès.

Antecedents personals

1. No té al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics.
2. Obesitat de grau I amb un IMC de 31,8 kg/m² i una circumferència de cintura de 84 cm.
3. Hipercolesterolèmia tractada amb dieta.
4. Insomni.
5. Miomes uterins.

Malaltia actual

A l'analítica de control de la hipercolesterolèmia, hi trobem els següents resultats: hemograma amb fórmula normal; glucosa: 93 mg/dl; creatinina: 0,81 mg/dl; bilirubina: 0,47 mg/dl; colesterol: 225 mg/dl; colesterol HDL: 50 mg/dl; colesterol LDL: 160 mg/dl; triglicèrids: 77 mg/dl; GOT: 19 U/l (normal: < 38 U/l); GPT: 37 U/l (normal: < 37 U/l); GGT: 139 U/l (normal: 7-38 U/l); fosfatasa alcalina: 357 U/l (normal: 64-300 U/l), VSG: 10 mm/h. Demanem una ecografia abdominal per a l'estudi de l'alteració del perfil hepàtic que mostra una imatge ben definida al pol inferior del ronyó esquerre, de 62,5 × 53,1 mm que distorsiona el contorn renal. Davant la sospita d'una tumoració renal sol·licitem TAC abdominal que mostra una imatge suggestiva d'hiper-nefroma renal esquerre, sense evidència d'extensió local o a distància.

La pacient es troba asimptomàtica, sense presentar dolor abdominal ni alteracions miccionals ni síndrome tòxica.

Discussió

L'adenocarcinoma renal o hipernefroma (nom que se li va posar perquè, a causa de la seva similar histologia amb la cel·lularitat suprarenal, es va pensar que s'originava a partir de restes suprarenals) representa del 85 al 90% de tots

els tumors del ronyó^{1,2,3,4} i el 2% de tots els càncers^{1,2,5}. La seva incidència màxima es descriu entre els 50 i els 60 anys i és més freqüent en homes, amb una relació 2:1 en pacients majors de 40 anys^{1,2,3}.

La majoria dels hipernefomes tenen més de 5 cm de diàmetre en el moment del diagnòstic¹ (com en el cas que presentem) i generalment s'originen en un dels pols renals.

A la taula 1 recollim els factors que s'ha demostrat que intervien en l'etiopatogènia i epidemiologia d'aquest tumor^{2,3,4}.

El carcinoma de cèl·lules renals roman asimptomàtic durant molt temps i pot presentar un ampli ventall de símptomes i signes deguts a les síndromes paraneoplàstiques i a les metàstasis, abans de poder diagnosticar el tumor primari.

Els símptomes d'inici poden ser generals o urològics. Entre aquests darrers cal citar la tríada clàssica de Guyon consistent en hematúria, dolor lumbar i massa renal palpable. Conjuntament només es manifesta en el 10% dels pacients^{1,2,3,4,5}. Si analitzem els símptomes per separat (taula 2), observem que l'hematúria és el signe més freqüent i el varicocele tot i presentar-se en el 2-3% dels pacients té un valor excepcional en el diagnòstic de sospita¹.

El 30% dels pacients comença amb una síndrome paraneoplàstica^{1,3} que pot ser inespecífica, en forma d'anèmia, alteració de la funció hepàtica, febre, neuropatia; i específica, provocada per la hipersecreció per part del tumor de renina, eritropoetina, parathormona, gonadotropines, prolactina. S'ha descrit també la secreció de mucina i l'elevació de prostaglandines, el glucagó, la insulina i el fibrinogen.

TAULA 1. Epidemiologia i factors etiopatogènics

Predisposició familiar: <ul style="list-style-type: none"> • Herència dominant autosòmica • Von Hippel-Lindau (30-40%) • Carcinoma papil·lar hereditari • Carcinoma renal hereditari sense altres manifestacions de Von Hippel-Lindau
Tabac (20-40%)
Edat
Diàlisi: malaltia quística adquirida
Ocupacions: pintors, bombers
Obesitat en la dona
Hormones

Entre parèntesis, els percentatges de risc que corresponen a aquests factors^{2,3}.

TAULA 2. Síntomes i signes inicials dels pacients amb carcinoma renal

	Incidència (%)	Causa
UROLÒGICS		
Hematúria	40-60	
Lumbàlgia	40-50	
Ronyó palpable	25-30	
Tríada clàssica de Guyon	10-20	
Varicocele agut	2-3	
GENERALS		
Elevació VSG	55	
Pèrdua de pes	28-33	
Anèmia	21-33	
Febre	15-20	
SD PARANEOPLÀSTIQUES		
Hipertensió arterial	20	Elevació renina pel tumor o per compressió estructures renals
Alteració proves hepàtiques	15	
Hipercalcèmia	5	Secreció d'una hormona similar a la PTH
Poliglobúlia o eritrocitosi	3	Secreció augmentada d'eritropoetina
Amiloïdosi	2	Formació d'immunocomplexos
METÀSTASIS		
Pulmó	50-75	
Ganglis limfàtics i teixits tous	36	
Os	20-30	
Fetge	18	
Cervell	8	
Pell	8	

El 25% dels pacients presenta signes radiològics de metastàsis en el moment de la consulta^{1,2}. Les localitzades al pulmó són les més freqüents (50-75%)^{1,2,3,5}.

La síndrome paraneoplàstica de l'hipernefoma en forma de **disfunció hepàtica o síndrome d'Stauffer** pren per nosaltres una especial rellevància perquè és la que presentava la nostra pacient i la que va motivar la pràctica d'una ecografia abdominal on es va detectar el tumor. Es tracta d'una alteració no metastàsica, que apareix en més del 15% dels hipernefomes^{1,2,3,4}. Es manifesta fonamentalment per elevació de la fosfatasa alcalina. També sol existir hipoalbuminèmia, elevació de la 2 α -globulina i hipoproteïnèmia, així com hepatoesplenomegàlia.

Se sol associar a astènia, pèrdua de pes i febre. Sembla que condiciona un pitjor pronòstic del tumor. Aquesta disfunció produeix alliberació de diverses citocines que augmenten l'estat inflamatori del pacient. Es desconeix la seva patogènia. Generalment desapareix en ressecat el tumor primari.

La progressió local i l'afectació limfàtica fan que la supervivència als 5 anys sigui només del 20%¹. Si hi ha metastàsis a distància, pulmonars, hepàtiques o òssies, la supervivència als 5 anys es redueix al 10%¹. La presència de tumors renals bilaterals no empitjora el pronòstic. Un bon estat general, l'edat de 60 anys o més i una VSG normal, sense antecedents de pèrdua de pes en els últims 6 mesos, són factors pronòstics positius (la pacient del cas que comentem presentaria un bon pronòstic).

El tractament d'elecció de l'hipernefoma és la nefrectomia radical⁴. La nostra pacient està pendent d'una nefrectomia per via laparoscòpica.

Només en determinats casos es practica cirurgia conservadora: carcinoma en ronyó únic, carcinoma renal bilateral, ronyó contralateral amb funció greument compromesa, lesió perifèrica petita, tumors detectats incidentalment, tumors de dubtosa malignitat o tumors en la malaltia de Von Hippel-Lindau.

BIBLIOGRAFIA

- Vela R. Tumores renales y de vías urinarias. A: Hernando Aven-
daño L. Nefrología Clínica (2a ed.). Madrid: Panamericana,
2003; 623-633.
- Scher H, Motzer R. Cáncer de vejiga y carcinoma de células
renales. A: Harrison. Principios de Medicina Interna (14a ed.).
Interamericana McGraw-Hill, 1998; Vol. I: 678-680.
- Esteban González E, Fernández Gómez JM, Herrero Zapatero
A, Jiménez Lacave A. Revisiones y actualizaciones: Oncología.
Hipernefoma (carcinoma de células renales). Medicine 2001;
8: 3085-3091.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos,
organización y práctica clínica (5a ed.). Vol. II. Elsevier España,
2003; 1147-1148.
- Motzer RJ, Bauder NH, Nanus DN. Renal-Cell Carcinoma.
N Engl J Med 1996; 335: 865-875.

03/10/2007



2a

Jornada Catalana Interdisciplinària d'Atenció Domiciliària

CUIDAR LES PERSONES FINS AL FINAL DE LA VIDA: COSA DE TOTS

Tarragona, 3 d'octubre de 2007

L'any passat a Barcelona vam celebrar la nostra primera Jornada Catalana Interdisciplinària d'Atenció Domiciliària. Atès l'èxit de la convocatòria, el grup de treball d'Atenció Domiciliària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), juntament amb l'Associació d'Infermeria de Família i Comunitària de Catalunya (AIFICC) i el Grup d'Equips de Suport d'Atenció Domiciliària de Catalunya (PADES), hem organitzat la segona Jornada a la ciutat de Tarragona.

La nostra ferma voluntat és consolidar l'espai d'intercanvi i diàleg entre tots els professionals que atenem els pacients i les seves famílies al seu domicili.

El lema ens convida a tots a reflexionar sobre una etapa vital que mereix un replantejament assistencial a tots els nivells: el final de la vida. Us convidem a participar en la nostra Jornada i a contribuir tots plegats a millorar els nostres serveis.

Programa preliminar

8.30-9.00 h	Lliurament de la documentació
9.00-9.30 h	Taula inaugural
9.30-10.30 h	Conferència inaugural «Eines per afrontar el final de la vida dels malalts i familiars», professor Ramón Bayés
10.30-11.00 h	Cafè
11.00-13.30 h	Primera taula: EL QUI, EL COM I EL QUÈ DE LA COORDINACIÓ La coordinació, l'accessibilitat i la continuïtat en l'assistència com a garantia dels drets dels malalts i les famílies a rebre atenció de qualitat. «Anàlisi de la situació actual», Dr. Xavier Gómez-Batiste «Què valoren els usuaris?», Dra. Eulàlia Masachs «Coordinació: vital en el procés de morir», Dra. Maria Bartolomé «Propostes de millora per cuidar les persones», Sra. Amàlia Morro Moderadora: Assumpta Llagostera. Infermera comunitària d'enllaç. Osona

13.30-15.00 h

Dinar

15.00-17.30 h

Segona taula: PRESA DE DECISIONS AL FINAL DE LA VIDA: ASPECTES ÈTICS I LEGALS

«Què ens diu l'ètica?», Sra. Núria Hernandez. Infermera ABS Salou

«Quines actituds poden ajudar els professionals en la presa de decisions?», Xavier Busquet. Metge PADES ICS Manresa

«Què desitja el malalt?», Dra. Maria Dolors Navarro. Presidenta del Fòrum Català de pacients

«Què ens diu la llei?», Sra. Núria Terribas. Directora de l'Institut Borja de Bioètica

Moderadora: Esther Valverde. Infermera PADES Mataró

17.30-18.00 h

Taula de cloenda

Lliurament de premis a les millors comunicacions

Tallers en dos torns

11.00-13.30 i 15.00-17.30 h

Taller 1

Atenció als últims dies

Taller 2

Dolor

Taller 3

Temes pendents amb la família

Taller 4

Teràpies naturals per pal·liar el dolor

Data límit d'inscripció: 24 de setembre

Preu de l'inscripció:

INSCRIPCIONS

1r TERMINI
FINS AL 3 DE SETEMBRE

2n TERMINI
FINS AL 3 D'OCTUBRE

Socis

120 €

150 €

Membres adherits

120 €

150 €

Residents

60 €

70 €

No socis

200 €

250 €

Comitè científic

President

Germán López

AIFICC

Membres

Anna Vidal

Metge PADES Igualada

Elisa Vidal

AIFICC Salou

Xavier Busquets

Metge PADES Manresa

Imma Castella

CAMFiC, MF Girona

Montserrat Gomis

Treballadora social

PADES Manresa

Esther Valverde

Infermera PADES Mataró

Anna Villanueva

AIFICC L'Hospitalet

Anna Manresa

MF CAMFiC Tarragona

Rosa Blanca Muñoz

Infermera CAMFiC

Assumpta Llagostera

AIFICC Osona

Comitè organitzador

Presidenta

Esther Limón

MF CAMFiC, ICS

Membres

Maria José Bueno

Infermera PRODEP Regió

Sanitària Tarragona.

Grup Sagessa

Pilar Espelt

Infermera ICS Tarragona

Manel Esteban Pérez

Metge PADES. Grup Sagessa

Núria Adell

Infermera Regió Sanitària

Tarragona

Carles Soler

Infermer Cap Sant Llàtzer

Terrassa, AIFICC

Rosa González

Infermera Fundació Gauss

Roser Pedret

Infermera ICS Tarragona-Reus

Organitza:



Fundació
d'Atenció Primària

Col·laboren:



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària



ASSOCIACIÓ D'INFERMERIA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA
DE CATALUNYA



SOCIETAT
CATALANO-BALEAR
DE CURES
PAL·LIATIVES

Amb el suport de:

Departament de Salut
Ajuntament de Tarragona
CatSalut
Institut Català de la Salut
Sagessa
Fundació Gauss
Pius Hospital
EBA Alcover
GIPSS
Salut mental

DOLOR LUMBAR COM A MANIFESTACIÓ D'ARTERIOPATIA PERIFÈRICA D'EXTREMITATS INFERIORS

AUTORS

Montserrat Garcia Font, Mireia Hernández Ribera, Joan Llosa Ventura.

Centre de treball:

CAP Creu Alta. Carretera de Castellar, 222, 08208 Sabadell.
CAP Berga Centre.

CORRESPONDÈNCIA

Montserrat Garcia Font
Carrer de la Creu Guixera 47, 3r-1a, 8243 Manresa.
Adreça electrònica: sarrateta@hotmail.com

Introducció

Actualment les malalties cardiovasculars són la primera causa de mort i d'incapacitat en el món desenvolupat. L'arteriopatia perifèrica està infradiagnosticada a l'Atenció Primària probablement a causa de la pobra semiologia de la malaltia i el fet d'atribuir a l'envelliment els símptomes clínics.

L'arteriopatia perifèrica es pot presentar o bé de manera aguda com un dolor brusc, intens i sever a la zona distal de l'obstrucció, o bé de manera crònica. La forma de presentació d'aquesta pacient fa replantejar el diagnòstic diferencial del dolor d'extremitats inferiors. Els factors de risc per a l'arteriopatia perifèrica són l'edat avançada (> 40 anys), sexe masculí, tabaquisme, diabetis *mellitus*, hipertensió arterial, dislipèmies, hiperhomocistinèmia. Malgrat que és més freqüent en els homes, també hem de tenir-la present en les dones davant l'augment de l'expectativa de vida, del tabaquisme i dels factors de risc cardiovascular en el sexe femení.

També cal recordar la importància de l'anamnesi, ja que el diagnòstic de l'arteriopatia perifèrica es basa en la història clínica.

Antecedents personals i patològics

Dona de 50 anys d'edat, fumadora de 20 cigarretes/dia, intolerància gàstrica a l'àcid acetilsalicílic, dislipèmia mixta en tractament amb simvastatina 20 mg/24 hores, criteris clínics de malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Com antecedents familiars: mare amb arteriopatia perifèrica d'extremitats inferiors.

Malaltia actual

La pacient presenta un dolor intens a la zona lumbar irradiat a la zona inguinal esquerra, amb relaxació d'esfínter urinari mentre treballava a una fàbrica tèxtil en bipedestació sense fer esforços importants. Queden com a seqüeles hipoestèsia d'extremitat inferior esquerra, zona perineal esquerra i llavis vulvars esquerres i certa sensació d'instabilitat en la deambulació.

Exploració física

Les exploracions complementàries d'imatge (TAC lumbar, RMN de la columna dorsal, telemetria, electromiograma) no mostren patologia orgànica que expliqui la simptomatologia. Refent l'anamnesi, la pacient explica una claudicació intermitent. Es realitza eco-Doppler i angio-RMN i s'objectiva una arteriopatia obliterated del territori iliofemoral, més greu del costat esquerre amb circulació col·lateral.

S'orienta el cas com a lumbociatàlgia esquerra, però els símptomes no milloren amb el tractament mèdic (antiinfla-

matori-analgèsic, gabapentina) ni amb infiltracions radiculars. Les proves d'imatge mostren el següent:

TAC lumbar: agenèsia careta articular inferior esquerra de L5, espondilosi esquerra S1, osteoartrosi interapofisària L5-S1 amb hipertròfia compensadora de la làmina.

Electromiograma: sense radiculopatia.

Telemetria: sense desviacions de la columna vertebral.

RMN columna dorsal: cordó medullar sense lesions.

Densitometria: osteopènia (-1,84 DE columna lumbar, -2,05 fèmur).

Es desestima realitzar artrodesi lumbosacra pel servei de Traumatologia. També es deriva al servei de Neurologia, el qual no troba cap signe evocador d'organicitat lesional neurològica ni claudicació de cua de cavall. Malgrat totes les exploracions i valoracions per especialistes, persisteixen els símptomes de dolor a la zona lumbar i hipoestèsia d'extremitat inferior esquerra, zona perineal i llavis vulvars esquerres, la qual cosa porta a plantejar-se una valoració per psiquiatria.

Referent a l'anamnesi, la pacient refereix que el dolor de la zona lumbar irradiat a extremitat inferior esquerra apareix amb la deambulació, sobretot si hi ha pendent, i que cedeix amb el repòs. S'enfoca com a claudicació intermitent i es realitza eco-Doppler d'extremitats inferiors objectivant arteriopatia obliterated amb afectació del territori iliofemoral bilateral. S'inicia tractament mèdic amb trifusal i pentoxifil·lina. L'angio-RMN d'extremitats inferiors mostra marcada estenosi de les dues artèries ilíiaques més greu al costat esquerre amb circulació col·lateral.

Actualment, es troba pendent d'intervenció quirúrgica.

Discussió

L'arteriopatia perifèrica es pot presentar de forma aguda com un dolor brusc, intens i sever a la zona distal de l'obstrucció i de forma crònica (taula 1).

TAULA 1. Classificació de l'isquèmia crònica de les extremitats inferiors. Estadis clínics de Fontaine

Graus	Quadre clínic
I	Pacient asimptomàtic o amb símptomes inespecífics
II	II a Claudicació intermitent no incapacitant (més de 150 m)
	II b Claudicació intermitent incapacitant (menys de 150 m)
III	Dolor en repòs
IV	Isquèmia greu amb lesions tròfiques (ulceració i gangrena)

Aquest cas es tracta d'una forma crònica asimptomàtica, que presenta una agudització. Aquesta forma de presentació fa replantejar el diagnòstic diferencial del dolor d'extremitats inferiors (taula 2).

TAULA 2. Diagnòstic diferencial de la claudicació intermitent

Radiculopatia nerviosa per compressió
Síndrome de la cua de cavall
Artrosi de malucs
Síndrome de les cames inquietes
Prolapse d'hèrnia discal
Tromboangiïtis obliterant (malaltia de Buerger)
Trombosi venosa profunda
Embòlia arterial

BIBLIOGRAFIA

- Burns P, Gough S, Bradbury AW. Management of peripheral arterial disease in primary care. *BMJ* 2003; 326: 584-588.
- Gey DC, Lesho EP, Manngold J. Management of Peripheral arterial disease. *Am Fam Physician* 2004; 69: 525-533.
- Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral Arterial Disease Detection, Awareness, and Treatment in Primary Care. *JAMA* 2001; 286: 1317-1324.
- Lahoz ©, et al. La aterosclerosis como enfermedad sistémica. *Rev Esp Cardiol* 2007; 60 (2): 184-195.

MAL DE POTT

AUTORS

Oriol Rebagliato i Nadal^a, Anna Torné Coromina^b i Rosa Aragonès Forés^b.

Centre de treball:

^aEAP Ca n'Oriac, ICS Sabadell, Pg. Sant Bernat 22, 08207 Sabadell.

^bEAP Gòtic, ICS Barcelona, Ptge. de la Pau 1, baixos, 08002 Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA

Adreça de contacte: oriolreba@gmail.com

Introducció

Amb el nom de *mal de Pott* es coneix l'espondilitis tuberculosa, associada a una infecció tuberculosa visceral, prèvia o concomitant, sobretot pulmonar. Produeix una cifosi angular causada per la destrucció del disc intervertebral i les plataformes de les vèrtebres adjacents. Tot i que en el nostre àmbit es tracta d'una raresa, actualment n'està augmentant la freqüència (per exemple, a l'Hospital del Mar de Barcelona en el període comprès entre 01/10/2004 i 30/09/2005 hi va haver un cas de mal de Pott enfront els cinc casos que hi van haver en el període comprès entre 01/10/2005 i 30/09/2006) sobretot en la població immigrada o drogodependent. Cal que els metges de família tinguem present aquesta possibilitat diagnòstica i el seu maneig terapèutic atesa la seva potencial gravetat.

Antecedents

Presentem el cas d'un home de 34 anys, natural del Pakistan, sense antecedents patològics d'interès, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics. El pacient viu a Barcelona des de fa 5 anys, però existeix una barrera idiomàtica important.

Malaltia actual

El pacient consultà d'urgències al CAP, el gener de 2006, per un dolor dorsal de característiques mecàniques, sense febre ni tos ni síndrome tòxica acompanyant. A l'exploració física no hi havia signes d'alarma i se'l va tractar d'entrada amb paracetamol. Als pocs dies, se li assignà metge de capçalera i se li prescriví ibuprofèn per persistència del dolor, se sol·licità una radiografia de tòrax i es programà una nova visita amb intèrpret. La radiografia va ser informada com a normal, però presentava una imatge dubtosa a D9, superposada al bronqui principal. A l'exploració física, el pacient referia dolor a la palpació de les apòfisis espinoses dorsals sense cap punt selectiu. Amb l'intèrpret es confirmà que no hi havia precedent traumàtic, que el dolor era d'un any d'evolució, però que havia augmentat d'intensitat en el darrer mes, i que no hi havia canvis ponderals, febre ni clínica respiratòria acompanyant. Se sol·licità una RX de columna dorsal centrada; va resultar suggestiva de tuberculosi òssia (figura 1) una anàlisi on destacava una VSG de 47. El dolor es controlà parcialment amb indometacina.

Evolució

Amb l'orientació diagnòstica de mal de Pott es derivà al servei de Traumatologia del nostre hospital de referència, on li sol·licitaren de manera ambulatoria una RMN que mostrà espondilodiscitis D8-D9 amb osteomielitis al cos de D9, discret engruiximent epidural anterior associat sense com-

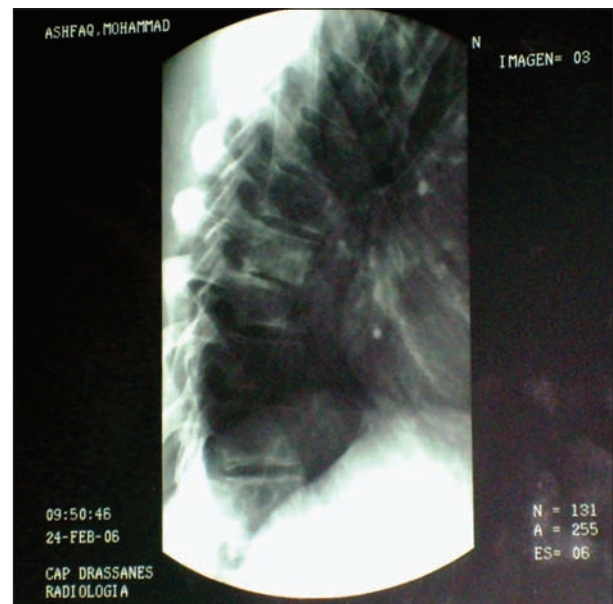


FIGURA 1. Radiografia lateral amb destrucció del cos de D9 i cifosi secundària

pressió del cordó medullar, extensa col·lecció prevertebral (abscess) de D5 a D12 amb edema ossi vertebral adjacent, i focus d'osteomielitis al cos de D10-D12, essent suggestiu de tuberculosi òssia (figures 2 i 3).

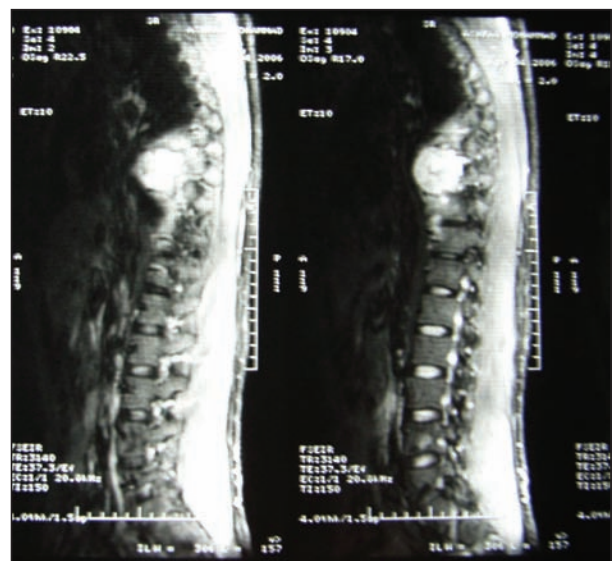


FIGURA 2.

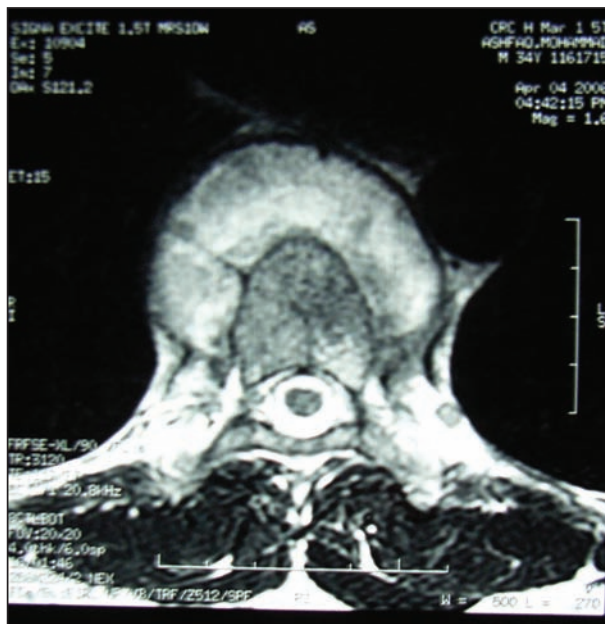


FIGURA 3.

El pacient ingressà al servei de Traumatologia per seguir el tractament amb tuberculostàtics. Atesa la manca de resposta, li realitzaren punció amb drenatge, obtenint 120 ml de material purulent i posteriorment 60 ml més pel drenatge. Com que el malalt patia una cefalea intensa, se li va realitzar una TAC cranial, que va descartar cap metastasi sèptica, i donada la bona evolució, es descartà realitzar artròdesi.

Actualment, el pacient ha de seguir tractament tuberculostàtic durant un any.

Discussió

La dorsàlgia consisteix en l'aparició de dolor en el segment dorsal de la columna vertebral, moltes vegades associat a una raquiàlgia completa. Per tal de fer-ne el diagnòstic diferencial, cal considerar d'entrada el temps d'evolució.

L'aguda pot ser la conseqüència d'una fractura vertebral, que ens obligarà a diferenciar una causa osteoporòtica o neoplàstica, o una hèrnia discal, rara en aquesta zona per la seva mobilitat limitada.

La dorsàlgia crònica pot ser deguda a alteracions de l'alineació (especialment escoliosi), reumatològica, infecciosa, metabòlica o neoplàstica. La dorsàlgia d'origen extraesquelètic o referida, que no presenta característiques mecàniques, és un diagnòstic d'exclusió, així com la dorsàlgia funcional. L'espondiloartrosi radiològica dorsal és molt freqüent i no sol provocar clínica¹ (taula 1).

La tuberculosi continua sent la malaltia infecciosa més freqüent al món, amb deu milions de nous infectats cada any segons estimació de l'OMS (2005). La seva localització més freqüent és pulmonar, però en l'1-2% dels casos afectarà la columna, per via hematògena en els nens durant la infecció primària, o a partir d'un focus pulmonar latent o d'un focus extrapulmonar en els adults. Afecta per ordre decreixent els segments dorsal, lumbar, cervical i sacre. En els països en vies de desenvolupament sol ser una malaltia de nens i adults joves, mentre que als països desenvolupats se sol donar en adults i vells per reactivació d'un focus latent.

TAULA 1. Causes de la dorsàlgia

Origen raquídi
Causa mecànica <ul style="list-style-type: none"> • Per alteracions estructurals (processos degeneratius) • Per sobrecàrrega funcional o postural
Causa no mecànica <ul style="list-style-type: none"> • <i>Inflamatòries</i>: espondilitis anquilopoètica, síndrome de Reiter • <i>Tumoral</i>: <ul style="list-style-type: none"> – Benignes: neurinomes, meningioma, osteoma osteoide – Malignes: mieloma múltiple, metastasi • <i>Infecciosa</i>: bacteris (<i>S. aureus</i>, BGN), brucella, TBC, micòtiques • <i>Metabòlica</i>: malaltia de Paget, osteoporosi, osteomalàcia • <i>Psicògena</i>
Origen extraraquídi
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Osteoarticular no vertebral</i>: maluc, sacroilíaqes • <i>Visceral</i>: patologia pleural, pericàrdica, digestiva, genitourinària • <i>Vascular</i>: aneurisma d'aorta

BGN: bacteris gram negatius; TBC: tuberculosi.

La infecció sol començar a la part anterior del cos vertebral, d'on s'estén al disc intervertebral amb pèrdua d'alçada, destrucció del platet del cos i col·lapse de la porció anterior, provocant cifosi secundària. Se sol estendre a vèrtebres veïnes i pot afectar parts toves adjacents, provocar abscessos paravertebrals, epidurals o del múscul psoes, de vegades fistulitzant. La majoria dels pacients presenta mal d'esquena però sense inflamació local. En el 12 al 50% dels casos hi haurà afectació neurològica (mielopatia i radiculopatia). Si existeix un angle agut a la columna com a conseqüència de destrucció òssia, la pèrdua de la funció neurològica només es manifestarà després d'anys, tot i que la tuberculosi s'haurà curat adequadament, per compressió crònica de la medulla espinal, o també per reactivació local. La paraplegia tardana és una problema important perquè la correcció quirúrgica és complexa i presentarà més complicacions, sovint sense millora del dèficit neurològic. Si l'os es fusiona completament en una posició normal després del període primari és poc probable que es presenti aquesta conseqüència tardana¹.

Pel diagnòstic, les radiografies mostren pèrdua d'alçada dels cossos vertebrals, col·lapse de la part anterior i es poden veure abscessos paraespinals. La TAC i sobretot la RMN són de gran utilitat per delimitar l'afectació de parts toves adjacents, la presència d'abscessos o de mielopatia². És convenient confirmar el diagnòstic mitjançant l'obtenció de material amb punció guiada per TAC o amb biòpsia oberta.

El tractament va dirigit a controlar o corregir l'angle de cifosi restaurant l'equilibri de la columna, restaurar el compromís neurològic, prevenir el dolor, prevenir la pèrdua de massa òssia, aconseguir una fusió òssia precoç (curació) i prevenir la recurrència local, tot recuperant el nivell d'activitat previ del pacient.

Hi ha controvèrsia respecte la necessitat de cirurgia addicional a la quimioteràpia. La cirurgia pot consistir en desbridament simple o bé en desbridament amb estabilització de la columna. Les indicacions solen ser el dèficit neurològic, la inestabilitat espinal, l'absència de resposta al tractament quimioteràpic, la biòpsia no diagnòstica i els absces-

sos paraespinals grans. Els beneficis que comporta són menor cifosi, descompressió immediata del teixit neural, alleujament més ràpid del dolor, major percentatge de fusió òssia i fusió més ràpida, menys recidives, retorn més ràpid a l'activitat habitual i menys pèrdua òssia. També pot prevenir les seqüeles neurològiques tardanes. Com tota intervenció quirúrgica és costosa i té possibles complicacions.

Una revisió de la Biblioteca Cochrane³ que avaluava la indicació de cirurgia sistemàtica en la tuberculosi espinal només va trobar dos assajos que complissin els criteris d'inclusió, amb 331 pacients. Els autors conclouen que la mostra era massa petita per determinar si la cirurgia sistemàtica podia ser eficaç, que la medicació i les tècniques quirúrgiques actuals són molt més avançades per la data de publicació dels assajos, i que no hi ha evidència suficient per recomanar la cirurgia de manera sistemàtica.

Pel que fa al tractament mèdic, la Societat Espanyola de Reumatologia¹ recomana tractar amb tuberculostàtics durant 9 a 12 mesos, tot i que l'American Thoracic Society recomana 6 mesos per als adults i 12 mesos per als nens, la British Thoracic Society recomana 6 mesos independentment de l'edat, i una revisió recent de la bibliografia va mostrar que 6 mesos eren probablement suficients a qualsevol edat.

Conclusions

En conclusió, la tuberculosi òssia és una patologia que cal tenir present per l'augment de la seva incidència, pel nombre de població immigrant que atenem a les nostres consultes, de vegades amb patologia importada o molt evolucionada al moment de la consulta, i per la dificultat que la barrera idiomàtica afegeix a l'hora de fer una bona orientació diagnòstica.

BIBLIOGRAFIA

1. Manual SER de las enfermedades reumáticas. Cap. 63: «Infecciones osteoarticulares por micobacterias, *Brucella*, hongos y parásitos. Enfermedad de Lyme». Médica Panamericana, 2004.
2. Uetani M, Hashmi R, Hayashi K. Malignant and benign compression fractures: differentiation and diagnostic pitfalls on MRI. *Clinical Radiology* 2004; 59: 124-131.
3. Jutte PC, Van Loenhout-Rooyackers JH. Cirugía sistemática además de la quimioterapia para el tratamiento de la tuberculosis espinal (Revisió Cochrane traduïda). A: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 núm. 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com> (traduïda de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).



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 mons 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



MALALTA DE 60 ANYS AMB ASTÈNIA I UN POLS FILIFORME

AUTORS

Josep Verdú Solans, especialista en medicina familiar i comunitària.

Carme Almirall Banqué, especialista en medicina familiar i comunitària.

Estíbaliz Redondo Gorostiza, especialista en medicina familiar i comunitària.

Centre de treball:

ABS Gavá-2

SAP Baix Llobregat-Litoral

Introducció

Hi ha pacients que es presenten a la consulta amb taquicàrdies/taquiarítmies, que no es corresponen a les habituals taquicàrdia sinusal/fibril·lació auricular i que ens poden plantejar problemes de detecció, maneig i seguiment. Aquest n'és un exemple.

Antecedents personals i patològics

Malalta de 60 anys amb hemiparèsia residual d'extremitats esquerres per accident cerebrovascular embòlic fa trenta anys, amb comisurotomia mitral posterior per estenosi mitral reumàtica. Accident isquèmic transitori i afàsia d'expressió fa tres anys. En tractament anticoagulant des de llavors. Amb controls cardiològics anuals i una qualitat de vida acceptable adaptada a la seva discapacitat.

Malaltia actual

Ve a la consulta perquè fa uns dies que es troba cansada. Té bon aspecte general. No està dispneica. El pols és quasi imperceptible, filiforme. A l'auscultació cardíaca es constata un batec rítmic a 150x'. Els camps pulmonars són lliures. TA de 90/60. Sense febre. S'efectua un ECG (figura 1) que ens revela l'existència d'una taquicardia paroxística supraventricular (TPSV).

Donada l'estabilitat hemodinàmica de la pacient, és derivada en ambulància a l'hospital de referència sense maniobres prèvies ni medicació endovenosa.

Evolució

A les 24 hores torna a la consulta per comentar plegats el resultat de l'estada a urgències de l'hospital. Allí, sota monitorització electrocardiogràfica se li ha administrat un bolus endovenós d'adenosina que no ha resultat efectiu. Sí que ho ha estat, en canvi, un bolus endovenós de verapamil, seguit de propafenona via oral. Tots dos medicaments han aconseguit la conversió a ritme sinusal a 75x'. Tot comentant l'episodi li prenem el pols, constatant la mateixa situació del dia anterior (pols filiforme) que s'acompanya d'un batec cardíac a 150x' i un bon estat general sense símptomes.

La pacient no està gens convençuda de tornar a fer l'itinerari per urgències, però davant l'admonició mèdica que el cor no pot estar moltes hores bategant tan de pressa sense patir un ensurt, consenteix a dirigir-se altre cop a l'hospital. Allí, després d'un nou bolus de verapamil i tres dies d'estada a planta amb propafenona via oral cada 8 hores, és donada d'alta amb ritme sinusal, aquest cop sostingut a 75x'. Resta pendent d'avaluació medicoquirúrgica, atès que a l'ecocardiograma destaca una reestenosi mitral

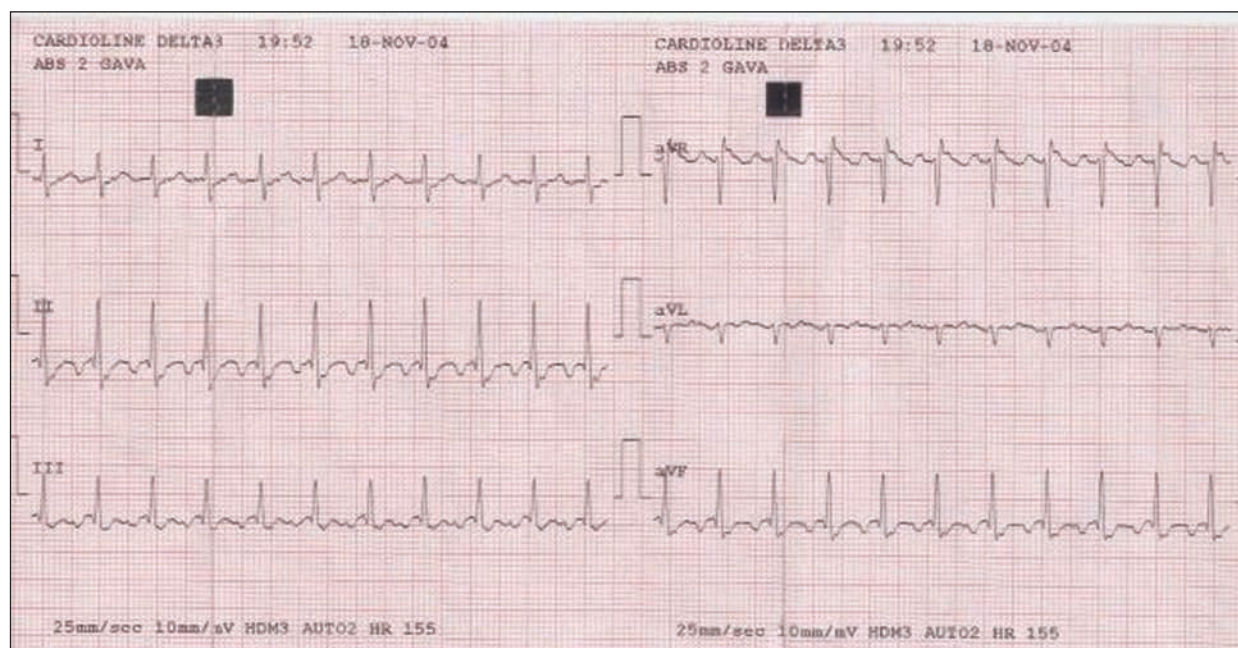


FIGURA 1. Electrocardiograma. TPSV a 150x'.

lleugera-moderada amb dilatació greu (50 mm.) de l'aurícula esquerra i funció ventricular normal.

Discussió

La TPSV sobrevé en cors amb o sense malaltia estructural. Presenta els següents trets electrocardiogràfics: freqüència ventricular 150-230x', QRS estret –si no és que el pacient presenta un bloqueig previ de branca– i una P anormal en relació fixa a cada QRS.

Aquesta ona P molts cops està sobreimposada a l'ona T o al complex QRS. La freqüència ventricular sol ser encara més alta quan es tracta de pacients joves, pacients amb tirotoxicosi o portadors d'un Wolf-Parkinson-White. Els intervals R-R són totalment regulars, excepte els primers o últims cicles de cada episodi. Aquests episodis, com diu el seu nom, són paroxístmics i solen estar desencadenats per un batec auricular prematur¹.

El tractament s'estructura en graons, que poden ser successius o alternatius, depenent de la situació clínica del pacient. Les maniobres vagals (Valsalva, massatge senocrotidi) poden revertir de cop l'arítmia en un 80% dels casos. Si es requereix teràpia farmacològica –la situació més habitual a la pràctica– es pot començar per adenosina (6-12 mg ev), que, atesa la seva extremadament curta vida mitjana, sol considerar-se de primera opció. Si aquesta no és efectiva –com va ser el nostre cas– es pot administrar vera-

pamil (2,5-10 mg ev). També pot ser efectiu el propranolol (0,05-0,20 mg/kg ev) o d'altres β -blocadors encara que no es consideren tractament d'elecció. A més, en cas d'isquèmia coronària greu i/o inestabilitat hemodinàmica associada a la TPSV, caldrà considerar la cardioversió elèctrica².

Quant a la prevenció de recidives sembla que la profenona via oral, un antiarítmic de la classe Ic, esdevé el fàrmac més eficaç.

Volem subratllar la presentació, modulada per la situació clínica de la pacient –amb una moderada discapacitat física–, en forma d'astènia, d'una TPSV que ens l'esperaríem habitualment en el cas d'un pacient jove i sa en forma de palpitations (W-P-W), o en el cas d'un pacient amb cardiopatia estructural de base, però sense discapacitat física, en forma de dispnea i/o palpitations i/o *angor* hemodinàmic.

També cal ressaltar, quant al seguiment clínic, la importància del control postestada curta en urgències d'aquets episodis de TPSV, per part del metge d'Atenció Primària, donada la dificultat terapèutica de mantenir el ritme sinusal els primers dies després de la reversió.

BIBLIOGRAFIA

1. Thomas Bigger, Jr. Cardiac Arrhythmias. Cecil Textbook of Medicine. (19a ed.). 1992; 228-250.
2. Mark EJ, Buxton AE, Marchdinsk F. The Tachyarrhythmias. Harrison's Principles of Internal Medicine (3a ed.), 1994; 1019-1036.

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.

C/ València, 241, 3r - 08007 BARCELONA - Tel. 93 272 54 00 - Fax 93 272 07 47
e-mail: bcn@fpbadvocats.com

ACCIDENT ISQUÈMIC CEREBRAL AMB FORAMEN OVAL PERMEABLE

AUTORS

Antonio Espino García, Eva Ribalta Calvet, Monastyrskii Volodymir i Valentina Martín Miguel.

Centre de treball:

ABS Bordeta-Magraners
Boque s/n, 25001 Lleida

CORRESPONDÈNCIA

Antonio Espino García
Av. Onze de Setembre 81, 1r 2a, 25199 Lleida
Tel. 973 212 013 - 973 211 477
Fax: 973 211 523
Adreça electrònica: aespino@comll.es;
aespino@plleida.scs.es

Introducció

L'accident cerebrovascular agut (ACVA) constitueix la tercera causa de mort en els països desenvolupats¹, després de la malaltia isquèmica del cor i el càncer. Segons un estudi realitzat en el nostre país², la taxa d'atacs d'ACVA és de 264/100.000 persones/any i la taxa de morts de 88/100.000 persones/any.

Aproximadament, el 20% de les causes són d'origen cardioembòlic³. No obstant això, en alguns casos no es descobreix la causa de l'accident isquèmic, anomenant-se ACVA criptogènics. Això és particularment freqüent en adults joves on el 10-40%, segons les sèries⁴, són de causa desconeguda.

Des de fa temps es parla si l'embolisme paradoxal a través d'un *foramen* oval permeable (FOP) pot explicar molts d'aquests quadres, sobretot en adults joves. En l'última dècada s'ha publicat que els pacients amb ACVA criptogènics tenen una alta incidència de FOP en comparació amb els grups control⁵.

Antecedents familiars

Dona de 41 anys sense antecedents familiars d'interès.

Antecedents personals

Als 18 anys va patir una pèrdua brusca de força a les cames durant 5 minuts. Fa un any va tenir una caiguda a terra sense pèrdua de consciència ni motiu aparent i pateix cefalees des de fa anys de tipus temporal bilateral moderades-greus.

Malaltia actual

La seva malaltia actual s'inicia amb un quadre brusc d'alteració de l'evocació de les paraules amb comprensió normal de durada de 10 a 15 minuts, claudicació de la cama dreta i cefalea moderada temporal bilateral no pulsàtil. Se la deriva al servei d'Urgències per ingrés i estudi.

Exploració física

AC: tons rítmics, sense bufs cardíacs ni carotidis. AR: MV normal. Abdomen normal. Neurologia: vigíl, sense afàsia, sense disàrtria, campimetria normal, parèsia facial central dreta lleu, la resta parells cranials normals, alteració Millar-Fisher mà dreta i claudicació lleu a la maniobra de Mingazzini a cama dreta. ROT presents i simètrics. Sensibilitat normal i mínima incoordinació proporcional a la parèsia.

Analítica, homocisteïna, serologies i immunologia normals. ECG i Rx tòrax normal. TAC cranial normal. RMN cranial: lesió puntiforme subcortical parietal dreta a la seqüència de difusió, compatible amb lesió isquèmica subaguda. Angio-RM de TSA i polígon de Willis normal: ecocardiografia transtoràcica i transesofàgica: aneurisma del *septum* interauricular amb permeabilitat mínima del *foramen* oval.

Doppler de TSA i transcranial: no es detecten estenosis. Shunt dreta-esquerra massiu (patró en dutxa).

Evolució

Es produeix una millora evolutiva durant l'ingrés que continua a l'alta una molt discreta hemiparèsia facio-braquial-cranial dreta.

Se li prescriu AAS 300 mg/dia.

Discussió i conclusions

Encara que no està clarament establerta una relació causal entre FOP i embòlia cerebral, hi ha suficients evidències que suggereixen que el mecanisme d'una gran part dels ACVA criptogènics que es produeixen podria ser l'embolisme paradoxal a través d'un FOP, sobretot en pacients joves⁶. La major mobilitat de la membrana del *foramen* oval que presenten els pacients que han sofert un ictus afavoriria un flux preferencial des de la vena cava inferior fins al *foramen* oval.

L'associació de FOP i aneurisma del septe interauricular seria un fort marcador de risc. La prevalença de l'aneurisma del tabic interauricular en la població adulta ronda el 2-10%. Ha estat relacionat amb malformacions cardíques congènites i adquirides i amb accidents cerebrals.

El risc de patir un ictus en pacients amb associació de *foramen* oval i aneurisma del tabic és del 9% als dos anys i del 15% als quatre anys⁶.

L'ecocardiografia transesofàgica és la tècnica d'elecció per al diagnòstic d'aquesta malaltia. És imprescindible pensar en aquesta entitat per fer el diagnòstic i evitar la recurrència d'ictus d'aquests pacients.

L'única estratègia preventiva és la utilització d'AAS. S'hauria de considerar també com a possibilitat preventiva el tancament amb cirurgia mínimament invasiva.

BIBLIOGRAFIA

- López AD. WHO dies of what? A comparative analysis of mortality conditions in developed countries around 1987. World Health Stat Q 1990; 43: 105-114.
- Tomas Abadal L, Puig T, Balaguer Vintó I. Accidente vasculocerebral; incidencia, mortalidad y factores de riesgo en 28 años de seguimiento. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 15-20.
- Autore C, Cartoni D, Piccinino M. Multiplane Transesophageal Echocardiography And Stroke. Am J Cardiol 1998; 81: G79-81.
- Falk RH. PFO or UFO? The role of a patent foramen ovale in cryptogenic stroke. Am J Journal 1991; 121: 1264-1266.
- Di Tullio M, Sacco RL, Gopal A, Mohr JP, Homma S. Patent foramen ovale as a risk factor for cryptogenic stroke. Ann Intern Med 1992; 117: 461-465.
- Mas JL, Arquizan C, Lamy C, Zuber M, Cabanes L, Derumeaux G, Coste J. Patent Foramen ovales and Atrial Septal Aneurysm Study Group. N Engl J Med 2001; 345 (24): 1740-1746.

MALETÍ D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

El Maletí del Metge de Família i de la Infermera Comunitària



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Fa 8 anys es va publicar la «**Guia per a l'equipament d'un maletí per a l'atenció domiciliària i d'urgències en Atenció Primària**»*, on es va definir l'instrumental i la medicació que cal portar per desenvolupar aquesta tasca.

Els doctors J. M.^a Pepió Vilaubí i R. Velayos Balcells han dissenyat un maletí adreçat tant al metge com a la infermera, per tal de facilitar les seves tasques de la manera més òptima.



Característiques tècniques

1. Compartiment d'informes, receptes i guies

- Receptes
- Guies
- Fulls de derivació
- Índex de medicació
- Plànols

2. Compartiment de diagnòstic

3. Compartiment de tractament

En definitiva, el nostre objectiu ha estat elaborar un **maletí d'atenció domiciliària** diferent de tots els que hi ha al mercat, **pràctic, útil, resistent, de disseny modern i econòmic.**



*L. Ríos Valles, F. Martín Luján, A. Gómez Sorribes i J. M.^a Pepió Vilaubí.

Tarifa de preus (inclou transport):

- Socis de la CAMFiC i Infermeres: 60 €
- No socis: 72 €

Per fer les comandes cal trucar al 93 301 17 77 o escriure a anna@camfic.org a l'atenció de l'Anna Raméntol.

Per a més informació, consulta la nostra web www.camfic.org

COCAÏNA I ANGINA DE PRINZMETAL: A PROPÒSIT D'UN CAS

AUTORS

Susanna Montesinos Sanz: metgessa de família. ABS-5 Sta. Coloma de Gramenet.

Elena Fernández Valdivieso: metgessa de família. ABS-2 Sta. Coloma de Gramenet.

Carlos Díez Lázaro: diplomada d'infermeria. ABS Premià de Mar.

CORRESPONDÈNCIA

Susanna Montesinos Sanz

Sant Carles 43, àtic 1a, 08921 Sta. Coloma de Gramenet
Tel. 677 739 190

Adreça electrònica: susannix2002@yahoo.com

Introducció

El consum de cocaïna pot produir nombrosos esdeveniments cardiovasculars. La patologia més prevalent és el dolor toràcic. No tots els dolors toràcics de consumidors de cocaïna esdevenen infarts cardíacs, hi ha estudis que parlen d'una incidència del 6%.

Presentem el cas d'un home de 29 anys, consumidor de cocaïna de manera habitual, que va acudir a urgències d'Atenció Primària per un dolor anginos típic.

Motiu de consulta

Home de 29 anys, fumador de 40 cigarretes/dia des de fa 15 anys, consumidor habitual de cocaïna fumada i inhalada i amb antecedents familiars de cardiopatia isquèmica com a factors de risc coronari. Acudeix a urgències d'Atenció Primària per dolor anginos típic. L'ECG mostra ascens de l'ST a cara inferior (figura 1). S'administra oxigen, AAS i nitroglicerina sublingual i es deriva amb ambulància medicalitzada a l'hospital.

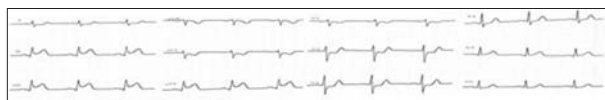


FIGURA 1.

L'anàlisi de sang destaca corba enzimàtica de necrosi miocàrdica lleugerament positiva. S'orienta coma IAM inferior, realitzant-se fibrinòlisi sistèmica amb estreptocinasa, però durant la infusió el pacient presenta augment del dolor i ascens de l'ST en cara anterolateral.

Es trasllada immediatament a l'UCI on presenta diversos episodis d'angina. Es realitza coronariografia mostrant lesió excèntrica del 40% en DA mitja i lesions difuses a coronària dreta; resta de coronàries sense lesions, és a dir, obstruccions inferiors al 50%, per tant, el component de lesió coronària no ens explica per si sol la presència d'angor. Hi ha un component vasoespàstic associat.

Diagnòstic

Angina vasoespàstica.

Tractament

El tractament a l'alta va incloure AAS, diltiazem, mononitrat d'isorbida i diazepam. Es va recomanar abstinència absoluta de tabac i cocaïna.

Evolució

L'ecocardiografia al tercer dia de l'inici dels símptomes va ser normal. A l'ECG a l'alta, no hi havia ones Q però persistien ones T negatives en V3-V6.

Discussió

La cocaïna produeix afectació cardíaca per vasoconstricció coronària, existint un efecte sinèrgic amb el tabac. Estimula l'agregació plaquetària i participa en la formació prematura d'aterosclerosi, raó per la qual, en aquest pacient se li dona aspirina com a tractament a llarg termini; recordem que a la fase aguda d'una angina vasoespàstica s'ha d'evitar el seu ús.

També bloqueja la recaptació neuronal de noradrenalina i pot generar taquicàrdia i HTA.

Quan arriba a urgències un subjecte consumidor de cocaïna amb dolor anginos, resulta difícil el seu maneig, donat la dificultat per descartar un infart en aquests pacients. Dificultat produïda pels següents motius:

1. La clínica, localització, durada o qualitat del dolor no són predictius d'IAM en el cas de la cocaïna.
2. Entre el 56 i el 84% dels cocaïnòmans amb dolor anginos poden presentar lesions electrocardiogràfiques anormals, que semblen lesions de síndrome coronària aguda i, a més a més, en el 43% dels cocaïnòmans sense cardiopatia isquèmica també podem trobar criteris electrocardiogràfics que ens indueixen a establir un tractament trombolític.
3. La cocaïna pot elevar falsament els valors de creatinina.

En definitiva, creiem que davant un cas de dolor toràcic i consum de cocaïna concomitant, hem de ser curosos amb el diagnòstic, donades les dificultats diagnòstiques que se'ns presenten.

BIBLIOGRAFIA

- Burillo-Putze G, Hoffman Robert S, Dueñas-Laita A. Cocaïna como posible factor emergente de riesgo cardiovascular. Rev Esp Cardiol 2004; 57: 595-596.
- Campos Franco J, González Quintela A, Alende Sixto MR. Complicaciones médicas del uso de cocaïna. Jano 2004; 38-50.
- Hoffman RS, Hollander JE. Thrombolytic therapy and cocaine-induced myocardial infarction. Am J Emerg Med 1996; 14: 693-695.
- Lloret J. Síndrome coronario agudo por cocaïna. Manejo inicial en el servicio de urgencias. Trastornos Adictivos 2005; 07: 219-225.
- Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, et al. Urgencias por cocaïna: un problema emergente. Med Clin (Barc) 2006; 616-619.

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 6 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 III 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.

Karvezide

300mg/25mg

Eficacia para
alcanzar los
objetivos de
presión arterial¹



Bristol-Myers Squibb
www.bms.es

Karvezide[®]
150mg/12,5mg 300mg/12,5mg 300mg/25mg
Comprimidos recubiertos con película