

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA



	pàgina		pàgina
EDITORIAL			
2 Dolors: «Hola!» <i>Dolors Forés</i>	2	Amenaces i agressions al personal sanitari, una tendència en creixement	28
TREBALLS ORIGINALS		Característiques dels pacients diabètics d'una àrea bàsica de salut urbana	29
3 Tenen solució les visites fora d'agenda? <i>C. Mallorquí i Bertran, J.C. Buñuel Álvarez, M. Mas i Marquès, J. Agustí Corredor, P. Pérez Muñoz, A. Comerma Méndez, C. Viñets Gelada, M. Adrober i Muñoz</i>	3	A propòsit d'un cas: massa retrocardíaca	29
8 Factors sociodemogràfics i culturals relacionats amb els pacients bevedors de risc que s'atenen a l'Atenció Primària de Salut <i>Víctor López-Marina, Gregorio Pizarro Romero, Rosa Alcolea García, Pere Beato Fernández, Teresa Rama Martínez, Elena Galindo Montané</i>	8	Síndrome nefròtica en pacient diabètic tipus 2	30
14 Rendiment diagnòstic de l'automesura de la pressió arterial domiciliària en la hipertensió clínica aïllada <i>Joan Bayó Llibrea, Carme Roca Saumella, Antoni Dalfo Baquèb, M. Montserrat Martín-Baranerac, Casimira Medrano Medranoa, M. del Mar Isnard Blanchard</i>	14	Doctor, estic cansada	30
DE L'EVIDÈNCIA A LA PRÀCTICA CLÍNICA		Epigastràlgia persistent	31
21 Fiabilitat diagnòstica dels signes i símptomes suggestius de vulvovaginitis candidiàsica <i>M. Victoria Zamora Sánchez</i>	21	Cefalea frontal	32
LA IMATGE		Corticoides intraarticulars i diabetis <i>mellitus</i>	32
23 Erupció cutània al dit de la mà i al dit del peu <i>David Riba Torrecillas, Jorge Soler González</i>	23	Síndrome de la costella cervical	33
24 JORNADA DE RESIDENTS 2005	24	Els nostres diabètics i els lípids	33
Una àvia fràgil?	24	Tractament hipolipemiant en prevenció primària en diabètics	34
Abdomen agut com a causa de dolor toràcic	24	Estudi sobre el perfil d'usuària de la píndola postcoital com a anticoncepció d'emergència	34
Tinc una ferida al peu que no millora	25	Hidronefrosi	35
Dolor toràcic en pacient amb intervenció quirúrgica prèvia	25	Hipertriglicèric?...?	36
Edema dolorós i eritema en cames	26	Anàlisi descriptiva del procés d'implementació de la història clínica informatitzada	36
Diagnòstic casual d'un tumor pancoast	27	Pacient complicat: patologia complicada	37
Alta per exploració normal i bon estat general, però...	27	Tromboflebitis migratòria	37
Desmai en bicicleta com una forma de manifestació d'urticària per fred	28	Pacient amb lesió cutània umbilical	38
		Doctora, visc en un son constant: narcolèpsia-cataplèxia	39
		No totes les febres són grip	39
		Fem una implementació correcta del programa d'activitats preventives (PAPPS)?	40
		Canvis des que la píndola postcoital és gratuïta	40
		La demanda de la píndola postcoital en les adolescents	41
		Pneumònia i hiponatrèmia	41
		Doctor, tinc mal d'esquena	42
		Píndola postcoital: què passa ara que és gratuïta?	42
		Doctora, tinc unes taques que no em marxen	43
		Estic marejada: debut d'un feocromocitoma	43
		La gent gran, compleix els tractaments crònics?	44
		Tinc mal d'esquena i no em trobo gens bé	44
		Home jove amb palpitations i dispnea	45
		Diagnòstic diferencial del patró alveolointerstitial en la RX de tòrax	46
		Tos i dispnea com debut de patologia maligna	46
		49 19È CONGRÉS DE LA CAMFIC: «EL TREBALL EN EQUIP»	49

Paroxetina **MERCK**

Bioequivalente con Seroxat® (1)



Paroxetina Genérica Lider*
Gracias a su confianza

MERCK fabrica
más de 300 millones
de unidades de Paroxetina
cada año en todo el mundo

(1) Propiedad de Lab. GlaxoSmithKline

* Fuente IMS

CRÈDITS

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

JUNTA PERMANENT

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

COMITÈ EDITORIAL

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

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:
Eulàlia Cladellas i Oliveras

ENLLAÇOS AMB EL BUTLLETÍ

Acreditació activitats:
Lluïsa Rodríguez i Latre
 Adolescència:
Ignasi Casado i Zuriguel
 Alcohol:
Rosa Freixedas i Casaponsa
 Anticoagulació oral:
Jordi Altirriba i Vives
 APOC:
Aurora Carranzo
 Respiratori:
Maria Antonia Llauger Rosselló
 ATDOM:
Antonio Aranzana i Martínez
 Cerebrovascular:
Maria Teresa Alzamora i Sas
 Comunicació i salut:
Josep Massons i Cirera
 Cooperació Internacional (COCOOPSI):
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:
Julio González i Algas
 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:
Mènci Benítez i Camps
 Obesitat:
Julio González i Algas
 Osteoporosi:
Cristina Carbonell i Abella
 Patologia digestiva:
Gerard Martínez i Sánchez
 Patologia prostàtica:
Elisenda Sant i Arderiu
 Qualitat:
Miquel Reguant i Fosas
 Reumatologia:
Xavier Mas i Garriga
 Risc cardiovascular:
Josep Franch i Nadal
 Salut mental:
Albert Grau i Ruvireta
 Tabaquisme (GRAPAT):
Joan Lozano i Fernández
 Urgències:
Pedro Cabrero i Sobrino
 VIH:
José Manuel Castillejo i Medina
 Violència a la dona:
Pilar Babi Roureda

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

EDITORIAL

Benvolguts companys, aquesta és la primera ocasió en què us saludo, des d'aquest *Butlletí*, en nom de la Junta que presideixo, una Junta que fou escollida a les eleccions celebrades al darrer congrés de la nostra societat.

El primer que volem remarcar és la gran responsabilitat que representa, per a tots nosaltres, prendre el relleu dels membres d'anteriors juntes, que han posat el llistó ben alt amb la bona feina feta. Pel que fa a la composició de la nova Junta, hem procurat que hi fossin presents moltes de les sensibilitats i perfils que formen la nostra professió. Així doncs, hi ha membres que han orientat la seva dedicació fonamentalment a l'assistència, i passen consulta cada dia; hi ha altres que s'han centrat en la recerca, d'altres que ho han fet en la gestió, i també companys que s'han dedicat, sobretot, a la formació i la docència. També hem cercat la presència de les dones, tot i que no encara en la proporció que les dones tenim al conjunt del col·lectiu. Tanmateix, hi ha gent més gran i gent més jove, així com gent que prové de diferents punts del territori català.

A les primeres entrevistes que vaig tenir amb la premsa, vaig fer una declaració d'intencions que pot sonar contradictòria, però que no ho és: CONTINUÏTAT i CANVI. Continuïtat de tota la ingent tasca que han desenvolupat juntes anteriors pel que fa a les activitats dirigides al desenvolupament professional dels socis: formació presencial, jornades i congressos, llibres i guies, suport a la recerca, etc.

En aquesta mateixa línia, volem continuar potenciant l'acreditació de la formació i les proves d'avaluació de la competència, orientades a constatar i validar la capacitat i actualització de les competències i habilitats professionals dels nostres associats. Sense oblidar les activitats destinades portes enfora, com la nostra cada vegada major presència a organismes de l'administració i la més gran relació amb institucions ciutadanes. Per aconseguir això –i altres fites com estendre el coneixement social de la nostra feina, comptant amb eines com l'aparició als mitjans de comunicació–, disposem de dues eines molt

potents: la nostra pàgina web i la revista electrònica *Capçalera*, a més a més del *Butlletí* que teniu a les mans.

I on queden els canvis? En aquells que han estat necessaris per consolidar tota la feina feta: renovació de la web, canvis en el model de gestió i en el de distribució de tasques de la Junta. Tot plegat, per assolir els enormes reptes que tenim per davant: ubicar l'AP en el lloc que li correspon dins del sistema sanitari català (mitjançant una adequada dotació pressupostària, l'increment de places i una bona organització de l'assistència); la defensa dels interessos professionals dels nostres socis (estant presents en els òrgans de decisió política, sindical i col·legial); incrementar també la nostra presència a les universitats, i d'altres qüestions no menys importants, com encetar la discussió interna de com encarar la feminització de la professió (per tal de conciliar la vida familiar i laboral i garantir la igualtat en les possibilitats de promoció de les dones).

Amb què comptem per afrontar aquests reptes? Amb la fortalesa dels nostres 33 grups de treball i les nostres vocalies territorials. I serem més forts en la mesura que aconseguim involucrar en aquesta proposta il·lusionant les noves generacions de metges, alhora que mantenim al nostre costat les dels més veterans. Perquè la CAMFiC té prou vitalitat com per haver donat a llum un codi ètic pioner fet per i per a metges de família, al qual la Junta dóna tot el seu recolzament, i que esperem que, mitjançant les adhesions personals, arribi a tots i cada un dels nostres socis perquè facin seus aquests set valors del Compromís del Metge de Família.

Així doncs, us transmetem les nostres ganes de treballar per a tot el col·lectiu i us convidem a què us afegiu de forma activa a aquest projecte de feina i somnis comuns.

Dolors Forés

Presidenta de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

TENEN SOLUCIÓ LES VISITES FORA D'AGENDA?

Premi de l'ACMCB i de la CAMFiC a la millor iniciativa de millora de qualitat dels serveis sanitaris en Atenció Primària

AUTORS

Grup de qualitat de l'ABS Girona-4: C. Mallorquí i Bertran¹, M. Mas i Marquès¹, P. Perez Muñoz¹, C. Viñets Gelada¹, J.C. Buñuel Alvarez², J. Agustí Corredor³, A. Comerma Mendez³, M. Adroher i Muñoz³.

¹Metge AP, tutor MfiC; ²Tècnic de salut; ³Resident MfiC.

Centre de treball:

ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut), Girona

CORRESPONDÈNCIA

C. Mallorquí i Bertran
ABS Girona-4
Institut Català de la Salut
Carrer Modeguera Gran s/n
17007 Girona
Adreça electrònica:
M. Adroher i Muñoz: m_adroher@hotmail.com

RESUM

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Determinar la prevalença i les característiques dels usuaris «fora d'agenda» (UFA).

TIPUS D'ESTUDI

Descriptiu, transversal i d'avaluació de la qualitat.

EMPLAÇAMENT

Atenció Primària.

SUBJECTES

Mostra: 1.119 UFA. S'entén per UFA qui reclama atenció immediata per l'equip d'atenció primària (AP) quan l'agenda està plena.

MESURAMENTS I INTERVENCIÓ

Edat, sexe, dia setmana, hora d'arribada, hora valoració, situació laboral, diagnòstic, motiu consulta (objectiva, subjectiva, emergència, autogenerada), domicili, consulta telefònica. Estadística: descriptiva, Intervals de Confiança 95% (IC 95%); regressió logística: *Odds Ratio* (OR).

RESULTATS

Prevalença UFA: 29,9% (IC 95%: 28-31%); *sexe*: dones: 52,6%; *edat mitjana*: 45 anys; *estudis*: secundaris-superiors, 33,1%; *situació laboral*: activa: 59,2%; *principal motiu consulta*: activitat administrativa (40,4%); *valoració motiu consulta*: objectiva: 19%; subjectiva: 74,4%; *hora d'arribada*: el 40% acudeixen al centre abans de les 11:30 hores. El 90,8% dels UFA van ser atesos al CAP, el 7,6% per telèfon i un 1,6% a domicili. La consulta administrativa (OR: 8,3; IC 95%: 5,4-12,8), la telefònica (OR: 2; IC 95%: 1,1-3,7) i l'edat superior a 46 anys (OR: 1,52; IC 95%: 1,13-2,04) estaven relacionades amb la subjectivitat de la consulta. La consulta domiciliària (OR: 0,16; IC 95%: 0,052-0,52) va estar relacionada amb l'objectivitat de la consulta.

CONCLUSIONS

L'alta prevalença d'UFA interfereix en el funcionament de les consultes d'AP. Tanmateix, en aquest estudi s'han identificat factors que contribueixen a aquesta prevalença tan elevada: l'activitat administrativa (40,4% de les consultes UFA) i les consultes telefòniques. S'ha posat en marxa un programa de mesures correctores de reestructuració de l'agenda de treball amb reavaluació posterior dels resultats per corregir aquesta situació.

PARAULES CLAU

Atenció Primària de Salut; control de qualitat; maneig d'atenció al pacient.

INTRODUCCIÓ

L'objectiu principal de tot procés d'avaluació és garantir una qualitat òptima en l'atenció sanitària i un procediment eficaç que ajudi el professional a buscar la solució més adequada, plantejant i implementant les mesures correctores més adients¹.

Un dels problemes que més afecten als metges i infermeres dels centres d'atenció primària (AP), durant la tasca d'atenció directa als usuaris, són les múltiples interrupcions que pateixen i el nombre important de visites que han d'atendre a més a més de la ja atapeïda agenda diària. Es clar que l'assistència primària és el primer graó del Sistema de Salut i és innegable que ha de proporcionar resposta a les demandes d'assistència amb la màxima qualitat i en el menor temps possible², però també és cert que la pressió assistencial sense una ordenació de prioritats pot generar una percepció de mala atenció en l'usuari i una mala tolerància del professional ja que altera el ritme de les consultes³.

A l'Estat Espanyol només hi ha un treball que hagi estudiat la demanda fora d'agenda (DFA) intentant establir unes mesures correctores. La prevalença d'aquest tipus de demanda ha estat establerta en un 7,1% per Vítóres et al³. Aquests autors no descriuen les característiques dels seus usuaris.

Per aquest motiu ens plantejem l'avaluació de la demanda fora d'agenda fent un estudi que valori la seva prevalença i les característiques i, a partir dels resultats, determinar quines serien les mesures a utilitzar per a la millora de la qualitat assistencial, entenent aquesta com l'aptitud d'un servei per satisfer les necessitats dels seus clients⁴.

Objectius generals:

- Determinació de la prevalença de la DFA, estudiant-ne el comportament i les característiques.
- Establiment de propostes de millora en l'ordenació d'aquesta demanda.

EMPLAÇAMENT

La nostra ABS (Girona 4) està formada per un CAP i per tres dispensaris rurals. Aquesta Àrea dona cobertura sanitària a 9.442 persones. Es tracta d'una població jove, amb un percentatge del 70,4% de persones entre 15 i 64 anys (segons el cens de 1996). Actualment l'ABS compta amb 5 unitats assistencials de medicina general, 3 en horari de matins i 2 en horari de tardes, donant cobertura amb cita prèvia concertada des de les 9 a les 14 hores i des de les 15 a les 20 hores.

SUBJECTES

CRITERIS DE SELECCIÓ

Criteris d'inclusió: usuaris que reclamen atenció immediata de l'equip d'AP per al mateix dia i sense demora, quan l'agenda ja està plena, en les 4 unitats assistencials del nostre centre. **Criteris d'exclusió:** usuaris que acudeixen a la nostra Àrea Bàsica de Salut en horari d'Atenció Continuada; usuaris que reclamen atenció dels equips d'AP per al mateix dia i sense demora, però poden ser ordenats en la programació espontània ja que l'agenda ho permet; usuaris que pertanyen a la unitat de medicina general dels dispensaris rurals. Aquesta unitat està ubicada fora del centre de referència amb unes característiques de població i estructuració de la consulta que difereixen molt de la resta, d'aquí que s'hagi valorat excloure-la tant per la dificultat de selecció de la població d' estudi com per la distància geogràfica.

MIDA DE LA MOSTRA

La mida de la mostra s'ha calculat considerant una prevalença del 50%, un nivell de confiança del 95% i una precisió de ± 3%. La mida, doncs, va ser de 1.068 usuaris fora d'hora.

RECLUTAMENT D'USUARIS

Es varen recollir, mitjançant mostreig consecutiu, les dades de tots aquells usuaris que demanaven assistència sanitària i que complien les característiques establertes prèviament, durant dos períodes de temps: 1r: del 5 de desembre del 2002 fins al 13 de desembre del 2002; 2n: del 17 de febrer de 2003 fins al 25 de març de 2003. Durant el període de temps comprès entre el 14 de desembre de 2002 i 16 de febrer de

2003, en iniciar-se el Programa Integral d'Urgències de Catalunya (PIUC), es contracta un metge per atendre específicament totes les visites i consultes fora d'agenda del centre, ja que es té l'experiència d'altres anys que en aquest període hi ha un augment important de la freqüentació.

MESURAMENTS

IDENTIFICACIÓ DEL PROBLEMA

Inicialment ens vàrem reunir els metges de capçalera de l'ABS per a valorar aquells problemes que amb més prioritat necessitaven un canvi en el seu maneig organitzador. Per identificar-los es va realitzar una «pluja d'idees» (*brainstorming*) i l'atenció dels usuaris fora d'hora va ésser un dels temes prioritzats (mètode de Hanlon)⁶.

FORMULACIÓ DEL PROBLEMA

Visita fora d'hora/agenda: es va definir com aquella atenció sol·licitada pels usuaris per al mateix dia i sense demora, quan l'agenda ja és plena, incloent-hi també les interrupcions a la sala d'espera i telefòniques.

Amb els resultats obtinguts marcarem els criteris, els mesurarem amb indicadors de procés i definirem els estàndards de qualitat per elaborar el pla de millora que sigui realista i acceptat per la majoria del grup. Realitzarem una reavaluació posterior per objectivar la millora.

ALTRES VARIABLES DE L'ESTUDI

Les diferents variables es van recollir en un full de registre (figura 1) i posteriorment en una base de dades tipus Access: *data i dia de la setmana; etiqueta administrativa.*

	DATA:
	HORA DE REGISTRE:
	Núm. d'HISTÒRIA:
	DESPLAÇAT
	Home Dona
	EDAT
HORA ATENCIÓ:	
NIVELL CULTURAL	1. ANALFABET 2. SENSE ESTUDIS 3. PRIMÀRIA 4. SECUNDÀRIA 5. UNIVERSITARI
SITUACIÓ LABORAL	1. ESTUDIA 2. MESTRESSA DE CASA 3. ACTIU 4. PARAT 5. JUBILAT 6. PENSIONISTA
DIAGNÒSTIC:	
VALORACIÓ MOTIU DE CONSULTA:	
	1. URGÈNCIA SUBJECTIVA 2. URGÈNCIA OBJECTIVA 3. EMERGÈNCIA 4. AUTOGENERAT
ACTIVITAT ADMINISTRATIVA	1. SÍ 2. NO
DOMICILI	1. SÍ 2. NO
TELÈFON	1. SÍ 2. NO

FIGURA 1.
Full de recollida de dades.

amb nom i cognoms del pacient, núm. història i data de naixement; *desplaçat*: pacients que no tenien història clínica en el nostre centre; *hora d'arribada al centre* (recollit pel personal administratiu del centre); *hora en què es realitza la primera valoració* (recollit pel personal sanitari); *nivell cultural*: analfabet, sense estudis, amb estudis primaris, amb estudis secundaris o estudis superiors o universitaris; *situació laboral*: estudiant, mestressa de casa, persona activa laboralment, en situació d'atur en aquells moments, jubilat o pensionista; *diagnòstic*: patologia atesa segons la Classificació Internacional de Problemes de Salut en Atenció Primària (CIPSAP); *valoració del motiu de consulta*, segons la classificació (modificada de Buitrago⁵): *urgència subjectiva*: aquelles demandes percebudes com a urgents pel propi pacient, els seus familiars o convivents, sense que aquesta apreciació de necessitat de valoració immediata coincideixi amb la que realitza el personal sanitari; *urgència objectiva*: aquelles demandes en què la percepció d'urgència de l'usuari i del facultatiu coincideixen; *emergència*: aquelles demandes d'atenció sanitària que sorgeixen de manera sobtada, amb risc vital, i que requereixen una actuació immediata; *autogenerat*: visites generades pel mateix professional o per infermeria; *activitat administrativa*: es va registrar aquest ítem quan el motiu bàsic de reclamar atenció per l'equip d'AP era per causes administratives (receptes, informes, baixes laborals, i altres); *domicili*: es va especificar si la demanda del pacient era realitzada en el domicili del demandant o bé fora de l'ABS; *telèfon*: es va especificar si la demanda del pacient era realitzada per telèfon (taula 1).

TAULA 1. Valoració del motiu de consulta

Valoració del motiu de consulta	%	Visites/dia	Visites/dia/professional
Objectiva	19,0	6,60	1,600
Subjectiva	74,4	25,80	6,450
Emergència	0,1	0,03	0,007
Autogenerat	6,4	2,20	0,500

ANÀLISI ESTADÍSTICA

Estadística descriptiva: estimació de mitjanes amb les seves desviacions estàndards (DE) i Intervalls de Confiança del 95% (IC 95%), estimació de proporcions i els seus IC 95%. Anàlisi bivariant: t de Student-Fisher per comparació de variables quantitatives; prova de chi quadrat per a comparació de variables qualitatives amb quantitatives. Anàlisi multivariant: regressió logística.

RESULTATS

ANÀLISI DESCRIPTIVA

Es van requerir 33 dies laborables per recollir la mostra d'estudi. Durant aquest període es van realitzar 3.734 visites (28,99 visites/dia/professional) de les quals 1.119 varen ser fora d'hora (8,7 visites/dia/professional). La prevalença d'usuaris fora d'hora atesos en el nostre centre va ser del 29,9% (IC 95%: 28-31%). El 98,2% (n = 1.230) tenien història clínica oberta en el nostre centre. El 52,6% (n = 589) eren dones. L'edat mitjana era de 45 anys (DE: 20,4 anys). El 33,1% (n = 357) tenien estudis secundaris o superiors. El 59,2% (n = 662) estaven en situació laboral activa i el 26,2% (n = 328) eren pensionistes. Segons la

classificació de la WONCA el principal motiu de consulta ha estat l'activitat administrativa (40,4% del total, n = 452), posteriorment la patologia respiratòria (12,5%, n = 140), els signes i símptomes mal definits (10,3%, n = 115) i les infeccions (9,7%, n = 108). De la resta de patologies cap d'elles superava el 6%. La valoració del motiu de consulta és la que s'observa a la taula 1.

Respecte a la distribució per dies de la setmana no hi ha diferències significatives, encara que el dilluns i divendres són els dies de més demanda (23%-257 usuaris i 20%-224 usuaris, respectivament). El 40% (n = 448) acudeixen al centre abans de les 11:30 hores. El 90,8% (n = 1.016) de les DFA es van realitzar en el CAP, el 7,6% (n = 85) per telèfon i un 1,6% (n = 18) a domicili.

ANÀLISI BIVARIANT

La variable tipus de visita es va dicotomitjar per fer l'anàlisi de regressió logística. Prèviament, es va fer una anàlisi bivariant comparant el tipus de consulta (objectiva vs subjectiva) amb el temps de demora. En les demandes objectives aquest temps va ser de 20,8 minuts (DE: 41,6 minuts) i en les subjectives de 23,2 minuts (DE: 44,2 minuts) no existint diferències significatives (P = 0,4). L'edat mitjana va ser superior en les persones etiquetades com a «consulta subjectiva» (48,2 anys vs 43,8 anys, P = 0,002). La consulta subjectiva es va relacionar amb l'activitat administrativa (P < 0,00001). La consulta domiciliària està relacionada amb una major objectivitat de la demanda (P < 0,00001). La consulta telefònica no estava relacionada amb la consulta subjectiva (P = 0,14), el nivell cultural (P = 0,23) i el sexe (P = 0,5).

ANÀLISI DE REGRESSIÓ LOGÍSTICA

La consulta subjectiva va ser directament relacionada amb la activitat administrativa (OR: 8,3; IC 95%: 5,4-12,8; P < 0,00001), la consulta telefònica (OR: 2; IC 95%: 1,09-3,7; P = 0,02) i l'edat inferior a 46 anys (OR: 1,5; IC 95% 1,13-2,04, P = 0,005). La consulta subjectiva va ser inversament relacionada amb la consulta domiciliària (OR: 0,16; IC 95%: 0,052-0,52; P = 0,0021).

CONCLUSIONS

La prevalença de DFA al nostre centre (29,9%) va ser molt més elevada que la constatada per Vítores et al³ o la del 15% publicada per Rodríguez et al⁶. És difícil intentar determinar quines són les causes d'aquesta diferència. Virji, en un estudi fet al Regne Unit, va demostrar que els pacients que acudien al seu metge sense cita prèvia presentaven una incidència superior de problemàtica psicològico-social⁷. Podria ser que al nostre medi la població tingués unes característiques més semblants a les definides per Virji que la de Vítores et al. Una altre possible explicació d'aquest fet és que al nostre treball no es van incloure només les «urgències»: també es van incloure les trucades telefòniques i les demandes fetes des de la sala d'espera (usuaris que, aprofitant-se de que estan esperant per la seva visita, interrompen quan la porta s'obre al cridar a un altre pacient amb l'objectiu de fer una altra demanda per un altre familiar seu, per exemple). Aquests fets fan que el concepte de «visita fora d'hora» sigui molt més ampli que el d'urgència i, per tant, que la prevalença sigui superior. Per últim, un altre factor que va poder influir va ser l'elevat percentatge de consultes de tipus burocràtic-administratiu (40,4% del total), molt

superior a les referides per altres autors^{3,6}, i que a més es va relacionar amb la subjectivitat de la consulta.

La subjectivitat de la consulta també va estar inversament relacionada amb l'edat. Aquesta dada és consistent amb les troballes d'altres autors⁶. Encara que no s'han estudiat per raons d'aquest fet, una de les motivacions exposades per alguns usuaris d'aquest grup etari és la impossibilitat d'acudir al seu metge de capçalera per incompatibilitat amb el seu horari laboral, tot i que el nostre centre oferta assistència sanitària de 9 del matí a 8 del vespre en torns de matí i tarda.

Un cop obtinguts els resultats ens vam tornar a reunir els quatre grups de medicina de família per detectar, avaluar i prioritzar els problemes més importants i determinar els criteris de qualitat, establint indicadors per cada un d'ells, així com els estàndards desitjables als que es vol arribar al instaurar les mesures correctores adients⁸. Es van definir cinc criteris de qualitat elaborant els indicadors de cada un d'ells i es varen marcar els estàndards a assolir (taula 2).

En una segona reunió es va tornar a fer una altra pluja d'idees sobre cada criteri per definir quines serien les mesures correctores que podríem implementar en el procés de l'atenció dels usuaris fora d'hora.

Tot i conèixer les dificultats en assolir els estàndards marcats amb anterioritat, el que sí va generar una resposta unànime és el fet de fer un esforç en l'ordenació de la demanda, amb una nova reestructuració de les agendes de citació dels usuaris; proposant-nos una pràctica desaparició de les demandes administratives fora d'agenda, reordenar les interrupcions telefòniques; a les visites autogenerades donar-hi cabuda amb horari de cita per agenda i d'aquesta manera poder atendre amb una demora de no més enllà de 15 minuts a aquells usuaris que vinguin per problemes de salut que requereixin una atenció mèdica no demorable. Com a resultat final, l'objectiu és disminuir la prevalença dels usuaris que acudeixen a les consultes de medi-

cina de família del nostre centre sense haver concertat hora de visita prèviament. Per tot això s'han plantejat les següents mesures correctores:

1. Deixar un espai d'agenda de 20 minuts a mig matí on es puguin atendre les visites fora d'hora i que no alterin l'horari de les atencions programades amb cita prèvia. Aquests espais d'agenda seran més curts en l'atenció (5 minuts/visita).
2. A darrera hora del matí es deixarà també un nou espai d'agenda de 20 minuts (5 minuts/visita) que permeti atendre bàsicament aquelles demandes de caire administratiu, que segons es pot comprovar en els resultats de l'estudi són d'un 40%. És important que la diversificació entre l'atenció per problemes de salut o necessitats de caire administratiu sigui efectuada des de l'admissió del centre. S'explicarà al personal administratiu la informació que s'ha de donar als usuaris per a poder-los ordenar degudament segons la demanda que generin.
3. Les trucades telefòniques es traslladaran al final de l'horari d'agenda (sempre que no es tracti d'una petició de visita urgent a domicili o una consulta vital no demorable). Algun dels professionals creu millor anotar per part de l'administrativa el número de telèfon de l'usuari i a darrera hora ell mateix es farà responsable de posar-s'hi en contacte. Hem cregut oportú, en aquest cas, no donar-hi una solució única.
4. Els professionals que treballen en horari de tarda han valorat el fet que els espais d'agenda siguin a primera hora de la tarda i a mitja tarda, donada la dificultat d'acumular més tasques a darrera hora, ja que sobrecarregaria les consultes, sempre difícils d'ajustar a l'horari laboral.

Un cop establertes les àrees de millora hem realitzat una planificació operativa que ens permeti controlar l'adequada implantació i el desenvolupament de les mesures de millora anteriorment ressenyades. Hem dissenyat una nova intervenció per comparar els resultats obtinguts amb la situació de partida, sempre en base als objectius que ens hem marcat⁴.

Per demostrar la millora farem un nou mostreig consecutiu, seguint els mateixos criteris establerts i procurant no canviar el marc de la mostra⁴.

Una vegada realitzada la reavaluació, si el nivell de qualitat que volem assolir es l'adequat, establim una monitorització del procés per a assegurar-nos que mantengim l'objectiu final de qualsevol programa de gestió de la qualitat.

L'atenció sanitària de la població del nostre país té encara molt marge de millora, i és necessari posar en marxa activitats encaminades a gestionar la qualitat d'aquests serveis. La gestió dels processos és cabdal per al sector sanitari ja que si es fan bé els processos els resultats que s'obtinguin seran excel·lents^{9,10}.

La qualitat dels serveis que s'ofereixen i la seva millora només es poden conèixer en el moment que es mesuren i actuant-hi a partir dels resultats obtinguts⁹.

L'estudi del problema que ens ha portat a mesurar l'impacte que tenen en la consulta els usuaris atesos fora d'agenda i la seva alta prevalença ens ha de fer reflexionar als clínics que no podem continuar treballant amb la inèrcia habitual i que de manera contínua s'han d'anar avaluant aquells problemes que poden ésser millorables, mesurant-

TAULA 2. Avaluació dels criteris de qualitat i estàndards a assolir

Criteri de qualitat	Indicadors	Estàndard a assolir
↓ prevalença FDA	Nre. usuaris FDA/dia Nre. usuaris total/dia	15%
↓ atenció administrativa	Nre. visites administratives FDA/dia Nre. usuaris FDA/dia	10%
↓ atenció telefònica	Nre. trucades telefòniques FDA/dia Nre. usuaris FDA/dia	2%
↓ autogenerats	Nre. usuaris autogenerats FDA/dia Nre. usuaris FDA/dia	2%
↓ temps d'espera	Temps espera/usuari FDA/dia Nre. usuaris FDA/dia	15 minuts

FDA: Fora d'Agenda.

los i treballant-los en qualitat. Cal valorar les dificultats i intentar abordar els canvis necessaris que ens permetin superar-les, millorant i oferint les solucions més adients¹¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Starfield B. Avaluació de l'atenció primària: una perspectiva poblacional. A: Starfield B. Atenció Primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. Barcelona: Masson; 2001. p. 313- 350.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999.
3. Vitores MP, Cortés PM, Fernández M, Torres L, Tomey I, Iradier D et al. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. *Aten Primaria* 2001; 28: 298-304.
4. Ramírez D, Casado P, Ricote M, Rodríguez GC. Garantía de calidad en Atención Primaria (I). *El Médico*, 2003; sección Aula Acreditada: 37- 48.
5. Buitrago F. Las demandas urgentes durante el horario de consulta del centro de salud. *Cuadernos de Gestión* 1995; 1: 110-114.
6. Rodríguez F, Rodrigo C, Fernández I, Lozano A, Hernanz I. ¡Doctor, vengo de urgencias! *Aten Primaria* 1998; 22: 655-660.
7. Virji. A study of patients attending without appointments in an urban general practice. *BMJ* 1990 Jul 7; 301 (6742): 22-26.
8. Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Implantació d'un Pla de Millora de la Qualitat. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 1994.
9. Saturno PJ. El reto de la calidad en Atención Primaria: los puntos críticos. *SEMERGEN* 2002; 28: 413-415.
10. Sánchez E. Modelo EFQM y Calidad Asistencial. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17: 64-66.
11. Comité Director del Plan Estratégico Área 11 Atención Primaria de Madrid. El plan estratégico en un Área de Atención Primaria: una propuesta metodológica. *RAS* 2001; 5: 71-83.

FACTORS SOCIODEMOGRÀFICS I CULTURALS RELACIONATS AMB ELS PACIENTS BEVEDORS DE RISC QUE S'ATENEN A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT

AUTORS

Víctor López-Marina¹, Gregorio Pizarro Romero¹, Rosa Alcolea García¹, Pere Beato Fernández¹, Teresa Rama Martínez¹, Elena Galindo Montané¹

¹Metge de família

Centre de treball:

Àrea Bàsica de Salut Badalona 6-Llefià (Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària del Barcelonès Nord-Maresme), Barcelona

CORRESPONDÈNCIA

Víctor López-Marina
Carrer Montanya, núm. 1, parcel·la 39
Urbanització Can Bonastre-Piera
08784 Barcelona.
Tel.: 937 760 718 i 606 199 573 (particulars);
937 789 300 (centre de treball actual)
Fax: 937 789 668 (centre de treball actual)
Adreça electrònica: victor_lopezmarina@yahoo.com

RESUM

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Estudiar els factors sociodemogràfics i culturals que es relacionen amb els pacients bevedors de risc atesos en consultes d'atenció primària.

TIPUS D'ESTUDI

Estudi descriptiu transversal.

EMPLAÇAMENT

Cinc consultes de medicina de família de l'ABS Badalona 6-Llefià.

SUBJECTES

D'una mostra aleatòria de 681 pacients es van seleccionar 78 bevedors de risc per participar en un estudi d'intervenció d'un any, del quals es van incloure en aquest estudi descriptiu transversal 44 subjectes (10 complien criteris d'exclusió i 24 no volien participar en l'estudi inicial).

MESURAMENTS

Es va passar una enquesta on s'analitzà els següents paràmetres: edat, sexe, hàbit tabàquic, realització de exercici físic (EF), presència d'una alimentació equilibrada, hores de son i qualitat del son, estat civil, estudis, situació laboral (SL) i classe social-rang laboral (RL).

RESULTATS

Els bevedors de risc solen ser homes (86,4%), de 31-50 anys d'edat (54,5%), casats (77,2%) i fumadors (59,1%). Tenen un nivell d'estudis baix (primària incompleta 31,8% i primària completa 43,2%), normalment són actius (75%) en treballs manuals qualificats/semiqualicats (56,6%) i no qualificats (29,6%). Habitualment fan exercici físic (63,6%), tenen una alimentació equilibrada (61,4%), dormen unes 7-9 hores diàries (68,2%) i amb una bona qualitat del son (70,5%).

CONCLUSIONS

Els factors sociodemogràfics i culturals associats als bevedors de risc segons aquest estudi són: 1) Homes de 31 a 50 anys d'edat, casats i fumadors. 2) El nivell d'estudis habitual és la primària (completa o incompleta) i estan en actiu laboralment en treballs manuals. 3) Sorprenentment aquests pacients soler fer exercici físic habitualment, segueixen una dieta equilibrada i dormen un nombre d'hores normal i amb bona qualitat del son.

PARAULES CLAU

Alcohol; factors sociodemogràfics; factors culturals.

INTRODUCCIÓ

El consum excessiu de begudes alcohòliques és un important problema de salut pública en els països desenvolupats i, dintre d'ells, a Catalunya i Espanya. Genera una elevada morbiditat i mortalitat associades a patologies orgàniques i/o psicosocials, provocant una gran demanda sanitària i reducció de l'expectativa de vida¹. L'alcohol augmenta el risc de patologies de la cavitat oral, faringe, esòfag i laringe²; es relaciona amb arítmies cardíques i amb la miocardiopatia dilatada³; s'associa a esteatosi hepàtica, hepatitis aguda alcohòlica, pancreatitis aguda i crònica, cirrosi hepàtica⁴; provoca accidents de tot tipus (laborals, de trànsit, causats per foc, ofegaments per submersió i caigudes)⁵; un 30% dels suïcidis estan precedits del consum d'alcohol en pacients predisposats⁶; el consum crònic de begudes alcohòliques pot ésser la causa d'un ampli ventall de malalties psíquiques greus i irreversibles, com ara l'encefalopatia de Wernicke, la psicosi de Korsakoff i el delirium trèmens⁵.

L'eficàcia de diferents varietats d'intervenció breu anti-alcohòlica, basades fonamentalment en la identificació del consum d'alcohol, informació, consell i seguiment, ha estat analitzada en diversos estudis controlats en centres d'atenció primària⁷⁻¹⁴. D'aquesta manera, Wallace et al⁸ van obtenir una reducció del 44% en els homes i del 48% en les dones que eren bevedors de risc, Anderson et al¹¹ van aconseguir reduir en un 18% els homes amb un consum excessiu d'alcohol i Fernández et al¹⁵ van disminuir en un 34,2% els homes bevedors de risc en el nostre medi (els tres estudis van tenir un any de seguiment).

De la mateixa manera que sabem la potencial perillositat per a la salut del consum excessiu d'alcohol i que estudis d'intervenció redueixen significativament el nombre de pacients bevedors de risc, no trobem a la bibliografia biomèdica molts treballs que analitzin els factors sociodemogràfics i culturals associats a aquest tipus de pacients, sobretot en el nostre medi, els quals creiem que poden ser molt importants per a l'abordatge clinicoterapèutic de l'alcoholisme i és la motivació essencial per la qual hem realitzat aquest treball. D'aquesta manera, l'objectiu de l'estudi va ser descriure els factors sociodemogràfics i culturals associats als pacients bevedors de risc que s'atenen a les consultes dels metges d'atenció primària.

MATERIAL I MÈTODES

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal que prové d'un altre d'intervenció prospectiu on s'oferia consell breu antialcohòlic amb el suport de díptics informatius als

pacients bevedors de risc que no complien els criteris d'exclusió que després es descriuen i no tenien la sospita de síndrome de dependència alcohòlica (test de CAGE camuflat negatiu), fent-se una analítica abans i posteriorment a la intervenció, amb una primera fase de seguiment als 2 mesos i una altra als 12 mesos (aquest estudi serà objecte d'un altre article pròximament). En l'estudi d'intervenció prospectiu es van seleccionar 78 bevedors de risc d'una mostra aleatòria de 681 subjectes que van acudir a consulta a demanda durant els mesos de reclutament (d'octubre a novembre de 2000), considerant una prevalença del 10% per a un error alfa de 0,05 i un error beta de 0,1. Es va fer un mostreig aleatori sobre població que va acudir a consulta a demanda al centre durant la fase de reclutament. Per fer aquest mostreig vam utilitzar els pacients que ocupaven els llocs 7, 14 i 21 dels llistats de les consultes participants en l'estudi. El nombre total de pacients atesos en aquestes consultes va ser de 6.535. L'emplaçament de l'estudi va ser 5 consultes de medicina de família d'un centre de salut urbà que atén a 35.410 habitants censats el gener de 2000 (ABS Badalona 6-Llefià). Es va definir *bevedor de risc* els homes amb consum > 28 UBE (Unitat de Beguda Estàndard) / setmana, les dones amb consum > 17 UBE / setmana i, amb independència del sexe, consums > 8 UBE / dia / com a mínim una vegada al mes i/o > 5 UBE / ocasió de consum / 4 vegades al mes¹⁶. La UBE equival a 10 g d'alcohol pur¹⁷. Es van incloure els pacients d'edat compresa entre els 18 i 65 anys que complien amb la definició de bevedor de risc i no tenien criteris d'exclusió (síndrome de dependència alcohòlica i trastorn relacionat amb l'alcohol coneguts, consum de drogues, gestació, hepatopaties, epilèpsia, psicopaties, tractament amb fàrmacs d'acció central). No vam incloure els pacients entre 15 i 18 anys pel fet de ser menors i evitar possibles problemes legals i tampoc els majors de 65 anys pel fet que els patrons de consum d'alcohol al vell són diferents als dels pacients adults joves i de mitjana edat, segons d'altres estudis. Dels 78 pacients que es van incloure en l'estudi inicial (l'estudi d'intervenció prospectiu), 10 presentaven criteris d'exclusió i 24 no volien participar-hi, per la qual cosa en el treball que ens ocupa s'analitza a 44 subjectes. Les característiques dels pacients que no van voler participar en l'estudi es recullen en la taula 1.

TAULA 1. Característiques dels pacients que no van voler participar en l'estudi

Característiques	Nre. de pacients (n = 24)	Percentatge
Edat (anys)		
18-30	10	41,6
31-50	12	50,0
51-65	2	8,4
Sexe		
Homes	15	62,5
Dones	9	37,5
Consum d'alcohol (en UBE)	Mitjana	Desviació estàndard
Consum de dilluns a divendres	22,7	11,5
Consum en dissabte i diumenge	19,2	9,7
Consum total setmanal	41,9	15,7

A aquests 44 bevedors de risc se'ls va passar una enquesta estructurada en la qual es recollien els següents paràmetres:

- **Edat:** es va agrupar en tres intervals: 18-30, 31-50 i 51-65 anys.
- **Sexe:** es va diferenciar entre homes i dones.
- **Hàbit tabàquic:** es van establir tres categories: fumador, no fumador i exfumador.
- **Realització d'exercici físic:** es va preguntar als pacients si caminaven o no 3-4 hores com a mínim a la setmana, que és el que s'aconsella per la prevenció i tractament de les patologies cardiovasculars.
- **Presència d'una alimentació equilibrada:** tenir o no una alimentació equilibrada era seguir o no una dieta mediterrània, amb ingesta adequada de fruites, verdures, llegums, carns amb poc greix i peix abundant. Si es pren tres o més tipus d'aquests aliments, es considerava que es feia una dieta mediterrània.
- **Hores que dormen:** es van fer tres grups segons les hores que dormien els pacients: < 6, de 7 a 9 i > 10 hores al dia.
- **Qualitat del son:** es va indagar sobre si el son dels pacients era reparador o no; si ho era, dèiem que la qualitat del son era bona i, si no ho era, la qualitat del son era dolenta.
- **Estat civil:** es van establir cinc tipus d'estat civil: solters, casats, separats i divorciats, vidus i amb parella estable.
- **Estudis:** el nivell d'estudis es va dividir en analfabets, primària incompleta, primària completa, batxillerat superior (BUP)/FP i estudis superiors.
- **Situació laboral:** es van diferenciar les següents situacions laborals: actius, jubilats, a l'atur, estudiants i d'altres situacions laborals (mestresses de la llar).
- **Classe social-rang laboral:** la classe social dels pacients es va mesurar segons el rang laboral que tenien: directius, administradors, tècnics superiors; subdirectius, tècnics mitjans; administratius i afins; treballadors manuals qualificats/semiqualificats; treballadors manuals no qualificats.

Es van obtenir dades de les històries clíniques d'atenció primària d'aquests 44 bevedors de risc sobre hipercolesterolèmia (colesterol total > 250 mg/dl), hipertriglicèridèmia (triglicèrids > 200 mg/dl), hipertensió arterial (estimant com a hipertensió valors de tensió arterial igual o superior a 140/90) i diabetis *mellitus* tipus 2.

Per a l'anàlisi estadística descriptiva de les dades de l'estudi es va utilitzar el programa informàtic SPSS per a Windows, versió 10.0. L'enquesta on es recollien els factors sociodemogràfics i culturals dels pacients bevedors de risc és al quadre 1.

RESULTATS

Els resultats que hem obtingut amb l'anàlisi de les enquestes passades als 44 bevedors de risc que participen en aquest estudi descriptiu transversal els anirem exposant apartat per apartat:

- **Edat:** el 6,8% (3/44) tenien de 18 a 30 anys, el 54,5% (24/44) de 31 a 50 i el 38,7% (17/44) de 51 a 65.
- **Sexe:** un 86,4% (38/44) eren homes i un 13,6% (6/44) eren dones.
- **Hàbit tabàquic:** un 59,1% (26/44) eren fumadors, un 31,8% (14/44) no fumaven i un 9,1% (4/44) eren exfumadors.

QUADRE 1. Enquesta on es recollien els factors sociodemogràfics i culturals dels pacients bevedors de risc

Nom i cognoms:		
HCAP:		
Edat (anys):		
Sexe:	Home	Dona
Hàbit tabàquic:		
Fumador	Exfumador	No fumador
Camina vostè de 3 a 4 hores com a mínim a la setmana?		
Sí que ho faig:		
A més a més, practica esport sovint?		
Fa exercici aeròbic a diari?		
Solament camina les 3-4 hores setmanals?		
No realitzo cap tipus d'activitat física.		
Digui dels següents aliments quins menja habitualment?		
Fruïtes	Verdures	Llegums
Carns amb poc greix		Peix abundant
Quantes hores dorm habitualment?		
Diria vostè que el seu son és reparador?		
Sí		
No		
Per què?		
Estat civil		
Solter	Casat	Separat o divorciat
Vidu	Amb parella estable	
Estudis		
Analfabets		
Primària incompleta		
Primària completa		
Batxillerat superior (BUP)/FP		
Estudis superiors		
Situació laboral		
Actius		
Jubilats		
A l'atur		
Estudiants		
D'altres situacions laborals. Quina?		
Classe social-rang laboral		
Directius, administradors, tècnics superiors		
Subdirectius, tècnics mitjans		
Administratius i afins		
Treballadors manuals qualificats/semiqualificats		
Treballadors manuals no qualificats		

- **Realització d'exercici físic:** un 63,6% (28/44) asseguren que com a mínim caminaven de 3 a 4 hores setmanals i un 36,4% (16/44) no realitzava cap tipus d'activitat física. Dels pacients que feien exercici físic, el 21,5% (6/28) realitzaven esport sovint, el 25% (7/28) feien exercici aeròbic a diari i el 53,5% (15/28) caminaven les 3-4 hores setmanals que es preguntava.
- **Presència d'una alimentació equilibrada:** un 61,4% (27/44) seguien una dieta mediterrània i un 38,6% (17/44) no la seguien. Dintre dels pacients que seguien una alimentació equilibrada, el 66,6% (18/27) menjaven habitualment els cinc tipus d'aliments preguntats i el 33,4% (9/27) de tres a quatre tipus. Per ordre de major a menor consum en tots els pacients tenim la següent graduació: carns amb poc greix (72,7%, 32/44), verdures (65,9%, 29/44), fruites (61,4%, 27/44), peix abundant (36,3%, 16/44) i llegums (22,7%, 10/44). Un 45,5% (20/44) dels pacients avaluats presentaven hipercolesterolèmia, un 54,5% (24/44) tenien hipertrigliceridèmia, un 20,5% (9/44) eren hipertensos i un 11,4% (5/44) havien estat diagnosticats de diabetis *mellitus* tipus 2.

- **Hores que dormen:** un 29,5% (13/44) dormien menys de 6 hores al dia, un 68,2% (30/44) de 7 a 9 hores diàries i un 2,3% (1/44) més de 10 hores.
- **Qualitat del son:** un 70,5% (31/44) tenien una bona qualitat del son, entenent això com un son reparador, i un 29,5% (13/44) explicaven tenir un son poc reparador i/o amb malsons, per la qual cosa es va qualificar de dolenta qualitat del son. Hem de destacar que els pacients bevedors de risc que dormien un major nombre de hores al dia, és a dir, el 68,2% que dormien 7-9 hores diàries i el 2,3% que dormien més de 10 hores al dia, presentaven una major qualitat del son.
- **Estat civil:** un 9,1% (4/44) eren solters, un 77,2% (34/44) eren casats, un 9,1% (4/44) eren separats o divorciats, un 2,3% (1/44) eren vidus i un 2,3% (1/44) tenien parella estable.
- **Estudis:** un 0% (0/44) eren analfabets, un 31,8% (14/44) tenien la primària incompleta, un 43,2% (19/44) van estudiar la primària completa, un 13,6% (6/44) van cursar el batxillerat superior (BUP)/FP i un 11,4% (5/44) presentaven estudis superiors.
- **Situació laboral:** un 75% (33/44) eren actius, un 9,1% (4/44) eren jubilats, un 6,8% (3/44) eren a l'atur, un 0% (0/44) eren estudiants i un 9,1% (4/44) presentaven d'altres situacions laborals (que en els quatre pacients era la mateixa: mestresses de la llar).
- **Classe social-rang laboral:** un 2,3% (1/44) eren directius, administradors, tècnics superiors; un 4,6% (2/44) eren subdirectius, tècnics mitjans; un 6,9% (3/44) eren administratius i afins; un 56,6% (25/44) eren treballadors manuals qualificats/semiqualificats i un 29,6% (13/44) eren treballadors manuals no qualificats.

En la taula 2 s'intenta resumir els resultats obtinguts en avaluar els factors sociodemogràfics i culturals associats als pacients bevedors de risc analitzats en aquest treball.

DISCUSSIÓ

Tradicionalment l'alcoholisme s'ha associat a persones de mitjana edat, de sexe masculí, de baix nivell socioeconòmic, amb escassos estudis, amb una dolenta alimentació, que porten una vida sedentària, amb una estreta relació amb el tabaquisme i l'ús d'altres drogues i és causa d'innumerables processos patològics. El present article corrobora alguns d'aquests fets divergint, però, en uns altres.

Els nostres resultats ressalten que el consum excessiu d'alcohol es relaciona significativament amb la mitjana edat (el 54,5% tenien 31-50 anys). Aquestes dades concorden amb algunes publicacions^{13,15,18-21} divergint, però, amb d'altres²²⁻²⁵. Una de les hipòtesis que es podria postular per explicar per què en estudis d'intervenció amb mostres extretes de la població general hi participen pocs subjectes joves seria que aquests individus encara no tenen sensació de malaltia i consideren el consum d'alcohol, sobretot els caps de setmana, com un *fenomen natural i que tothom bo fa*. A més a més, la població jove utilitza el seu metge de família molt esporàdicament i per a consultes ràpides, no volent implicar-se en aquests estudis que requereixen diverses visites de seguiment. Malgrat tot, quan la intervenció es centra en joves, sobretot en nens i adolescents, s'observa que el consum d'alcohol comença cada vegada més d'hora²⁶ i que es relaciona amb un menor rendiment escolar^{27,28} i amb més predisposició per tenir problemes rela-

TAULA 2. Principals resultats obtinguts en avaluar els factors sociodemogràfics i culturals analitzats en pacients bevedors de risc atesos a l'Atenció Primària

Factors sociodemogràfics	Nre. de pacients (n = 44)	Percentatge
Edat (anys)		
• 18-30	3	6,8
• 31-50	24	54,5
• 51-65	17	38,7
Sexe		
• Homes	38	86,4
• Dones	6	13,6
Hàbit tabàquic		
• Fumadors	26	59,1
• No fumadors	14	31,8
• Exfumadors	4	9,1
Realització d'exercici físic		
• Caminar com a mínim 3-4 hores setmanals	28	63,6
• No realització de cap tipus d'activitat física	16	36,4
Presència d'una alimentació equilibrada		
• Fer una dieta mediterrània	27	61,4
• No fer una dieta mediterrània	17	38,6
Hores de son		
• Menys de 6 hores diàries	13	29,5
• De 7 a 9 hores al dia	30	68,2
• Més de 10 hores diàries	1	2,3
Qualitat del son		
• Bona qualitat	31	70,5
• Dolenta qualitat	13	29,5
Estat civil		
• Solters	4	9,1
• Casats	34	77,2
• Separats o divorciats	4	9,1
• Víduos	1	2,3
• Parella estable	1	2,3
Estudis		
• Analfabets	0	0
• Primària incompleta	14	31,8
• Primària completa	19	43,2
• Batxillerat superior (BUP)/FP	6	13,6
• Estudis superiors	5	11,4
Situació laboral		
• Actius	33	75
• Jubilats	4	9,1
• A l'atur	3	6,8
• Estudiants	0	0
• D'altres situacions laborals (mestresses de la llar)	4	9,1
Classe social-rang laboral		
• Directius, administradors, tècnics superiors	1	2,3
• Subdirectius, tècnics mitjans	2	4,6
• Administratius i afins	3	6,9
• Treballadors manuals qualificats/semiqualificats	25	56,6
• Treballadors manuals no qualificats	13	29,6

cionats amb l'alcohol a l'edat adulta^{28,29}. Podem establir bàsicament dos patrons de consum que es relacionen amb els següents grups d'edat: ingesta excessiva el cap de setmana principalment o patró anglosaxó, relacionat amb els nens, adolescents i adults joves^{18,30,31}; bevedors habituals sense grans excessos, o estil mediterrani, relacionat amb la mitjana d'edat^{18,20,32,33}.

Pràcticament en totes les sèries de bevedors de risc predominen els homes sobre les dones^{18,20,32,33}, de la mateixa

manera que a la nostra (un 86,4% són homes). Alguns autors exclouen les dones dels estudis per la seva baixa prevalença, la qual cosa fa que si les volen incloure implici obtenir mostres molt grans^{15,18}. Alguns treballs han estudiat únicament el consum excessiu d'alcohol en dones i han requerit mostres exagerades³⁴. Creiem que una de les causes de la mínima detecció de dones amb ingestes elevades d'alcohol és la seva tendència a amagar o a infravalorar el seu consum per raons socioculturals del tipus «no està ben vist per la societat que una dona begui»³⁵. En analitzar els nens, adolescents i adults joves, en alguns articles segueix existint el predomini masculí sobre el femení però amb la tendència cap a la igualtat²⁶ i, en d'altres treballs, però, no hi ha predomini de cap sexe^{27,30}.

El consum abusiu d'alcohol es relaciona estretament amb l'hàbit tabàquic^{15,18,21,34,36-39} com ho manifesten els resultats del nostre estudi (un 59,1% són fumadors). Per una altra banda, algunes investigacions han apuntat una associació entre l'alcohol i ser exfumador^{34,40} que al nostre treball no s'aprecia (solament tenim un 9,1% d'exfumadors). En l'estudi de Poikolainen et al⁴⁰ els consums majors d'alcohol es produeixen en fumadors de més de 20 cigarrets diaris, els consums més petits d'alcohol però per damunt dels límits aconsellats hi són en fumadors més moderats (menys de 20 cigarrets diaris) i els exfumadors i els subjectes sense història de tabaquisme són abstemis o presenten un consum moderat etílic. Així mateix, l'alcoholisme també s'ha implicat amb una major predisposició per al consum d'altres drogues^{21,28}. A més a més, l'alcohol ha estat involucrat en el desenvolupament i/o empitjorament de quadres com ara l'ansietat⁴¹, depressió⁴² i augment de les taxes de suïcidi, sobretot en persones predisposades^{6,43}.

Algunes publicacions evidencien la relació existent entre l'alcoholisme i la vida sedentària i seguir dietes desequilibrades: d'aquesta manera, Hogg et al²³ exposen que el consum excessiu de begudes alcohòliques implica tenir una predisposició per no practicar exercici físic vigorós i a tenir una percepció de salut insatisfactòria. Per altra banda, els consums moderats o l'abstinència ho preveu: així, Slater et al⁴⁴ associen els consums moderats etílics amb la realització d'exercici físic habitual, seguir una dieta equilibrada i tenir una prevalença de tabaquisme similar a la de la població general; Thakker⁴⁵ correlaciona els consums moderats d'alcohol amb una disminució del tabaquisme, amb la pràctica regular d'exercici físic i amb la prevenció de la dieta tipus *fast food*. L'article de Gafvels et al⁴⁶ és molt important per explicar perquè en el nostre treball els bevedors de risc s'exerceixen físicament freqüentment (63,6%) i segueixen una dieta equilibrada (61,4%). En aquest treball, ser diabètic afavoria el consum moderat d'alcohol o ser abstemi, es van observar taxes de tabaquisme semblants a les de la població general i la prevalença de l'exercici físic era molt elevada. Creiem que l'elevat percentatge de dislipèmics, diabètics i hipertensos a la nostra mostra ha implicat que aquests pacients tinguin una dieta equilibrada i facin exercici físic regularment per les mesures higienicodietètiques que s'imparteixen als pacients amb els factors de risc cardiovascular abans esmentats al nostre centre d'atenció primària. Per altra banda, si el consum alcohòlic és excessiu i es fa d'una manera crònica pot aparèixer malnutrició amb anèmies, malalties neurològiques i dèficits de vitamines i minerals secundàriament⁴⁷.

El consum d'alcohol es relaciona amb les següents alteracions del son: prolongació del temps de latència, disminució de la seva eficiència i de la seva qualitat, reducció de les hores que es dorm, augment de les fases amb moviments ràpids dels ulls i descens del nombre de fases no-REM i d'ones lentes^{48,49}. Els nostres resultats contra-diuen aquests estudis degut a que hem obtingut una bona qualitat del son i un nombre adequat d'hores dormint en un 70,5% dels pacients. L'explicació d'aquesta discordança la trobem en el fet que els estudis on s'observen desordres del son normalment inclouen a pacients amb un consum exagerat d'alcohol i que s'ha produït durant molts anys, amb pacients que tenen trastorns relacionats amb l'ús abusiu del consum d'alcohol i/o síndrome de dependència alcohòlica⁵⁰, i en el nostre treball s'han inclòs bevedors de risc que no presenten aquests problemes. Així, es podria postular que les alteracions que s'observen en el son en individus alcohòlics vindrien determinades per la quantitat d'alcohol presa, el temps de consum (amb un patró crònic) i la presència de trastorns relacionats amb l'alcohol i/o síndrome de dependència alcohòlica.

Els nostres resultats són coherents amb d'altres investigacions respecte a l'estat civil, estudis, situació laboral i classe social mesurada segons el rang laboral. D'aquesta manera, la major part dels bevedors de risc són casats (77,2%)^{15,18,25,32,51}, el nivell d'estudis més freqüent és la primària completa o incompleta (43,2% i 31,8%, respectivament)^{18,20,39,53}, són pacients actius laboralment (75%)^{15,18,24,41,52} en treballs manuals qualificats/semiqualficats o no qualificats (56,6% y 29,6%, respectivament)^{15,18,52}. Algunes publicacions són discordants amb les nostres troballes: l'estat civil que predomina és el casat^{24,34,41,53}, el nivell d'estudis és diferent al trobat per nosaltres (nivell mitjà-elevat^{24,34} o elevat^{19,41}), la situació laboral predominant és l'atur³⁴ i en alguns estudis els rangs laborals més habituals són els mitjans²⁴. La població de tres d'aquests cinc articles pertany a zones geogràfiques molt distants al nostre àmbit de treball (Austràlia³⁴, Taiwan⁴¹ i Hong Kong⁵³) i en un d'ells la distància és relativament gran (Bulgària¹⁹). Aquests països tenen diferents patrons socioculturals, demogràfics, econòmics i religiosos, cosa que pot haver intervingut en les diferències trobades. Hi ha un estudi fet a Tarragona²⁴ que inclou molts pacients joves, la qual cosa podria explicar les discrepàncies que té amb el nostre treball.

El nostre treball presenta algunes limitacions: tenim una mostra petita (n = 44) perquè solament hem acceptat bevedors de risc que no presentin sospita de síndrome de dependència alcohòlica i en els criteris d'exclusió hem sigut molt estrictes, refusant molts pacients que presentaven trastorns relacionats amb l'alcohol o síndrome de dependència alcohòlica coneguts o qualsevol dels altres criteris d'exclusió; una altra limitació és que el nostre estudi és unicèntric, la qual cosa pot ser un inconvenient a l'hora d'extrapolar els resultats obtinguts; com hem fet un mostreig aleatori sobre població demandant al centre hem pogut desenvolupar un biaix de selecció de pacients; l'enquesta sobre factors sociodemogràfics i culturals que es passava als bevedors de risc detectats no està validada.

Com a conclusió podríem dir que els bevedors de risc que s'atenen en atenció primària de salut a Catalunya serien barons de mitjana edat, amb una relació estreta amb el tabaquisme, que realitzen exercici físic i segueixen una

dieta equilibrada o típicament mediterrània, que no presenten alteracions en el patró del son, són persones casades, amb un nivell d'estudis baix, actius laboralment en treballs manuals. Els nostres resultats concorden amb d'altres estudis realitzats prèviament a Espanya, que no són molts, sobre els factors sociodemogràfics i culturals dels bevedors de risc, essent discordants quan els consums d'alcohol són exageradament excessius, hi ha trastorns relacionats amb l'alcohol i/o síndrome de dependència alcohòlica. El nostre treball també presenta diferències amb d'altres investigacions realitzades en d'altres països, amb aspectes socioculturals, demogràfics, econòmics i religiosos diferents als nostres. Així, una de les reflexions d'aquest article és incidir en la necessitat de la realització de més estudis que analitzin els factors sociodemogràfics, culturals, d'estil de vida i de comorbiditat a Espanya i, sobretot, a Catalunya (hi ha molt pocs treballs fets sobre aquesta temàtica als països catalans), utilitzant els pacients bevedors de risc que encara no tenen problemes relacionats amb el consum de begudes alcohòliques per a dur a terme un abordatge integral del pacient bevedor en consultes d'atenció primària.

AGRAÏMENTS

Els autors d'aquest treball voldríem agrair la inestimable col·laboració de la Sra. Lídia Bacardit Riba pel seu recolzament a l'hora de les tasques de correcció lingüística i a la Sra. Núria Montellà Jordana per la seva col·laboració en el processament informàtic de les dades de l'estudi.

BIBLIOGRAFIA

1. Salleras L, Bach L. Alcohol y salud. A: Piédrola GG, Domínguez CM, Rey CJ, Cortina CP (eds.). Medicina preventiva y salud pública (10a. ed.). Barcelona: Salvat-Toray, 1992; 1278-1293.
2. Doll R, Peto R, May E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994; 309: 911-918.
3. Spies CD, Sander M, Stangl K, Fernández-Sola J, Preedy VR, Rubin E, et al. Effects of alcohol on the heart. *Curr Opin Crit Care* 2001; 7: 337-343.
4. Xie X, Mann RE, Smart RG. The direct and indirect relationships between alcohol prevention measures and alcoholic liver cirrhosis mortality. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 499-506.
5. Abdel-Kader ML, Nieto GM, Conde HM, Rosado MM. Mortalidad atribuible al alcohol en Andalucía. *Semergen* 2004; 30: 4-9.
6. Sjogren H, Eriksson A, Alm K. Role of alcohol in unnatural deaths: a study of all death in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 1050-1056.
7. Heather N, Campion PD, Neville RG, MacCabe D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS escheme). *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 358-363.
8. Wallace P, Cutler S, Haines A. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br Med J* 1988; 297: 663-668.
9. Romelsjö A, Anderson L, Barner H, Borg S, Granstrand C, Hultman O, et al. A randomized study of secondary prevention of early stage problem drinkers in primary health care. *Br J Addict* 1989; 84: 1319-1327.
10. Scott E, Anderson P. Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review* 1990; 10: 313-321.
11. Anderson P, Scott E. The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *Br J Addict* 1992; 87: 891-900.

12. Richmond R, Heather N, Wodak A, Kehoe L, Webster I. Controlled evaluation of a general practice based brief intervention for excessive drinking. *Addiction* 1995; 90: 119-122.
13. Altisent R, Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Melús E, Arangueren F, et al. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 121-124.
14. Chik J, Ritson B, Connaughton J, Stewart A, Chik J. Advice versus extended treatment for alcoholism: a controlled study. *Br J Addict* 1988; 83: 159-170.
15. Fernández SM, Bermejo CC, Alonso PM, Herreros TB, Nieto CM, Novoa A, et al. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Aten Primaria* 1997; 19: 127-132.
16. Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 584-588.
17. Rodríguez-Martos DA, Gual SA, Llopis LJ. La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 446-450.
18. Fernández SM, Herreros TB, Bermejo CC, Bautista M, Rojo M, Herrera B. Prevalencia de bebedores de riesgo y factores asociados en varones que acuden a las consultas de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 17: 182-186.
19. Balabanova D, McKee M. Patterns of alcohol consumption in Bulgaria. *Alcohol Alcohol* 1999; 34: 622-628.
20. Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002; 37: 1957-1976.
21. Burger M, Mensink GB, Bergmann E, Pietrzik K. Characteristics associated with alcohol consumption in Germany. *J Stud Alcohol* 2003; 64: 262-269.
22. Bongers IM, Van Oers HA, Van de Goor IA, Garretsen HF. Alcohol use and problem drinking: prevalences in the general Rotterdam population. *Subst Use Misuse* 1997; 32: 1491-1512.
23. Hogg RS. Variability in behavioural risk factors for heart disease in an Australian aboriginal community. *J Biosoc Sci* 1994; 26: 539-551.
24. Espinas J, Salla RM, Alonso L, Pomar AJ, Llor JL, Custodi J, et al. Estudio sobre la prevalencia del consumo de alcohol en la región del Baix Ebre (Tarragona). *Aten Primaria* 1989; 6: 488-492.
25. Sundaram KR, Mohan D, Advani GB, Sharma HK, Bajaj JS. Alcohol abuse in a rural community in India. Part I: Epidemiological study. *Drug Alcohol Depend* 1984; 14: 27-36.
26. Salcedo AF, Palacios RM, Rubio PM, Del Olmo GE, Gadea VS. Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes. *Aten Primaria* 1995; 15: 8-14.
27. Alonso HJ, Rosado MJ, Ruiz-Morote AR, Alonso FJ. Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. *Aten Primaria* 1997; 19: 183-187.
28. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics* 2003; 111: 949-955.
29. Warner LA, White HR. Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 1983-2016.
30. Tur JA, Puig MS, Pons A, Benito E. Alcohol consumption among school adolescents in Palma de Mallorca. *Alcohol Alcohol* 2003; 38: 243-248.
31. Harford TC, Wechsler H, Muthen BO. Alcohol-related aggression and drinking at off-campus parties and bars: a national study of current drinkers in college. *J Stud Alcohol* 2003; 64: 704-711.
32. Neumark YD, Rahav G, Jaffe DH. Socio-economic status and binge drinking in Israel. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69: 15-21.
33. Rodríguez-Artalejo F, De Andrés MB, Guallar-Castillón P, Baneagas BJ, Del Rey CJ. Association of moderate consumption of alcohol with rates of heavy drinking and abstinence in Spain. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23: 1502-1506.
34. Jonas HA, Dobson AJ, Brown WJ. Patterns of alcohol consumption in young Australian women: socio-demographic factors, health-related behaviours and physical health. *Aust N Z J Public Health* 2000; 24: 185-191.
35. Collins RL, McNair LD. Minority women and alcohol use. *Alcohol Res Health* 2002; 26: 251-256.
36. Wetzels JJ, Kremers SP, Vitoria PD, De Vries H. The alcohol-tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. *Addiction* 2003; 98: 1755-1763.
37. Haukkala A, Laaksonen M, Uutela A. Smokers who do not want to quit—is consonant smoking related to lifestyle and socioeconomic factors? *Scand J Public Health* 2001; 29: 226-232.
38. Jensen MK, Sorensen TI, Andersen AT, Thorsen T, Tolstrup JS, Godtfredsen NS, et al. A prospective study of the association between smoking and later alcohol drinking in the general population. *Addiction* 2003; 98: 355-363.
39. Hogg RS. Variability in behavioural risk factors for heart disease in an Australian aboriginal community. *J Biosoc Sci* 1994; 26: 539-551.
40. Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 346-350.
41. Cheng AT, Gau SF, Chen TH, Chang JC, Chang YT. A 4-year longitudinal study on risk factors for alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 184-191.
42. Greenfield TK, Rehm J, Rogers JD. Effects of depression and social integration on the relationship between alcohol consumption and all-cause mortality. *Addiction* 2002; 97: 29-38.
43. Nielsen AS, Bille-Brahe U, Hjelmeland H, Jensen B, Ostamo A, Salander-Renberg E, et al. Alcohol problems among suicide attempters in the Nordic countries. *Crisis* 1996; 17: 157-166.
44. Slater MD, Basil MD, Maibach EW. A cluster analysis of alcohol-related attitudes and behaviors in the general population. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 667-674.
45. Thakker KD. An overview of health risks and benefits of alcohol consumption. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22 (7 Suppl): 285S-298S.
46. Gafvels C, Lithner F. Lifestyle as regards physical exercise, smoking and drinking, of adult insulin-treated diabetic people compared with non-diabetic controls. *Scand J Soc Med* 1997; 25: 168-175.
47. Auerhahn C. Recognition and management of alcohol-related nutritional deficiencies. *Nurse Pract* 1992; 17: 40-49.
48. Brower KJ. Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Med Rev* 2003; 7: 523-539.
49. Landolt HP, Borbely AA. Alcohol and sleep disorders. *Ther Umsch* 2000; 57: 241-245.
50. Brower KJ, Hall JM. Effects of age and alcoholism on sleep: a controlled study. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 335-343.
51. Nielsen AL. Drinking in adulthood: similarities and differences in effects of adult roles for Hispanic ethnic groups and Anglos. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 745-749.
52. Rodríguez FE, Gómez MA, García RA. Relación entre percepción familiar y consumo de alcohol. *Aten Primaria* 1997; 19: 117-121.
53. Janghorbani M, Ho SY, Lam TH, Janus ED. Prevalence and correlates of alcohol use: a population-based study in Hong Kong. *Addiction* 2003; 98: 215-224.

RENDIMENT DIAGNÒSTIC DE L'AUTOMESURA DE LA PRESSIÓ ARTERIAL DOMICILIÀRIA EN LA HIPERTENSIÓ CLÍNICA AÏLLADA

AUTORS

Joan Bayó Llibre¹, Carme Roca Saumell¹,
Antoni Dalfó Baqué², M. Montserrat Martín-Baranera³,
Casimira Medrano Medrano¹,
M. del Mar Isnard Blanchar⁴

¹EAP El Clot, ICS, Barcelona; ²EAP Gòtic, ICS, Barcelona;

³Unitat Clinicoepidemiològica, Consorci Sanitari Creu Roja de L'Hospitalet, Hospitalet de Llobregat, Barcelona;

⁴EAP El Fondo, ICS. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona

CORRESPONDÈNCIA

Joan Bayó Llibre
EAP El Clot. ICS
Carrer Biscaia, 305-309. 08027 Barcelona
Tel.: 933 520 156. Fax: 933 520 156
Adreça electrònica: 27515jbl@comb.es

FONTS DE FINANÇAMENT

L'estudi ha estat finançat per una beca FIS (Fondo de Investigación Sanitaria) expedient 03/0121 (28-XI-2003) i pels III Ajuts a la Recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (11-XII-2003).

RESUM

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

L'automesura de la PA domiciliària (AMPAd) s'ha proposat com a alternativa al monitoratge ambulatori de la PA (MAPA) en el diagnòstic de la hipertensió clínica aïllada (HCA) o de «bata blanca». L'objectiu de l'estudi va ser conèixer quin era el rendiment diagnòstic de l'AMPAd en aquesta indicació.

TIPUS D'ESTUDI

Estudi comparatiu de dues proves diagnòstiques: AMPAd i MAPA.

EMPLAÇAMENT

Quatre centres d'atenció primària urbans.

SUBJECTES

Es van incloure a l'estudi entre novembre del 2003 i novembre del 2004, 190 pacients amb edats entre 18-80 anys, amb hipertensió lleugera-moderada (PAS 140-179 i PAD 90-109 mm Hg) de recent diagnòstic i sense haver rebut prèviament tractament hipotensor.

MESURAMENTS I INTERVENCIÓ

A cada pacient se li va practicar una AMPAd durant 3 dies consecutius, seguit d'un MAPA de 24 hores. El punt de tall de normalitat per a l'AMPAd i el MAPA diürn va ser < 135/85 mm Hg.

RESULTATS

Els pacients diagnosticats d'HCA mitjançant AMPAd van ser 63 (34,8%; IC 95%: 27,9-42,2) i amb MAPA 74 (41,6%; IC 95%: 33,7-48,4).

Els índexs de rendiment diagnòstic de l'AMPAd van ser: sensibilitat 50,0% (CI 95%: 38,3-61,7), especificitat 75,7% (CI 95%: 66,3-83,2), valor predictiu positiu i negatiu 58,7% (CI 95%: 45,6-70,8) i 68,6% (CI 95%: 59,4-76,7) respectivament, i coeficients de probabilitat positiu i negatiu 2,05 i 0,66, respectivament. L'anàlisi de diferents punts de tall de normalitat de l'AMPAd mitjançant una corba ROC (*Receiver Operating Characteristic*), així com el de diferents sistemes de càlcul de la mitjana final no va produir millores significatives en el rendiment diagnòstic.

CONCLUSIONS

El rendiment diagnòstic de l'AMPAd en la HCA és baix. La modificació del punt de tall de normalitat o del siste-

ma per calcular la mitjana no suposa millores en el rendiment. El MAPA continua sent la prova d'elecció en aquesta indicació.

PARAULES CLAU

Hipertensió de bata blanca; automesura de la pressió arterial domiciliària; monitoratge ambulatori de la pressió arterial.

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Aproximadament un terç dels hipertensos no tractats atesos a les consultes d'atenció primària pateixen hipertensió clínica aïllada (HCA) o hipertensió de «bata blanca»¹: pacients amb xifres de pressió arterial (PA) al consultori elevades però amb xifres de PA ambulatories normals (< 135/85 mm Hg) i sense presentar lesions en òrgans diana (LOD)².

Els pacients amb HCA tenen un perfil de risc cardiovascular més favorable al dels hipertensos convencionals^{3,4}. Per tant, tenen una forma d'hipertensió amb millor pronòstic i un menor cost econòmic pel que fa a fàrmacs i a visites de seguiment.

Les darreres guies publicades sobre hipertensió arterial recomanen l'ús de l'automesura de la pressió arterial domiciliària (AMPAd) en el diagnòstic d'HCA^{5,6}. L'AMPAd té una gran difusió a l'atenció primària pel seu baix cost i simplicitat de la tècnica, però com qualsevol nou mètode diagnòstic, abans de ser proposat com una alternativa al monitoratge ambulatori de la PA (MAPA), hauria de comparar-se amb aquest que és el mètode *gold standard* per al diagnòstic de la HCA⁷. En aquest tema, hi ha controvèrsia ja que hi ha autors^{8,9} que han apreciat discrepàncies en un 20% dels casos en els diagnòstics d'HCA realitzats amb l'AMPAd quan es comparaven amb el MAPA. És per això que els documents de consens recomanen utilitzar l'AMPAd únicament com a prova de cribratge en aquesta indicació, de manera que quan és positiva (HCA) cal fer un MAPA per confirmar el diagnòstic¹⁰.

L'objectiu principal d'aquest estudi va ser conèixer quin era el rendiment diagnòstic de l'AMPAd en la HCA. L'objectiu secundari va ser crear un nou algoritme de maneig dels sistemes de mesura ambulatoris en aquesta indicació.

MATERIAL I MÈTODE

El protocol d'aquest estudi ha estat descrit amb detall en una altra publicació¹¹. L'estudi es va realitzar a quatre cen-

tres d'atenció primària de Barcelona. Hi van participar 18 metges(esses) i 16 diplomats(des) d'infermeria.

L'estudi fou aprovat pel Comitè d'Ètica i d'Investigació Clínica de la Fundació Jordi Gol i Gurina (Institut Català de la Salut. Subdivisió d'Atenció Primària) i a la visita inicial es va obtenir el consentiment informat per escrit de tots els pacients.

Es tractava d'un estudi comparatiu de dues proves (AMPAd i MAPA) realitzades amb un interval d'1 a 3 setmanes. El reclutament es va dur a terme entre novembre del 2003 i novembre del 2004. S'incloueren pacients amb edats entre 18-80 anys seleccionats per mostreig consecutiu al consultori, amb hipertensió de grau 1-2 o lleugerament moderada de recent diagnòstic i sense que haguessin rebut tractament farmacològic previ.

Es va definir HCA com la presència de xifres de PAS ≥ 140 i/o PAD ≥ 90 mm Hg de manera repetida al consultori, amb una PA ambulatoria mitjana (mitjançant AMPAd o la mitjana diürna de MAPA) inferior a 135/85 mm Hg¹².

MESURA DE LA PRESSIÓ ARTERIAL AL CONSULTORI

La mesura de la PA al consultori es realitzava segons el protocol utilitzat en el centre¹³. Per definir la PA al consultori es va emprar la mitjana de les dues lectures més concordants (aquelles amb una diferència inferior a 5 mm Hg) de la darrera de les tres visites prèvies a la inclusió en l'estudi.

AUTOMESURA DE LA PA DOMICILIÀRIA

Aquesta prova es va realitzar a cadascun dels centres participants amb monitors automàtics oscil·lomètrics Omron 705 CP (Omron HEM-705CP, Tokyo, Japan). Els monitors estaven validats pel protocol de la BHS¹⁴. Quan se seleccionava al pacient se l'instruïa en el funcionament de l'aparell, en la tècnica de mesura de la PA i se li proporcionava informació per escrit. Per registrar els valors de PA al domicili el pacient va utilitzar la impressora incorporada al monitor per evitar errors de transcripció¹⁵. La metodologia per a la realització de l'AMPAd es basava en el document de consens de la ISH¹⁰. Els pacients enregistraven lectures per triplicat al matí (entre les 6-10 hores) i a la nit (entre les 20-24 hores) amb un interval de 2 minuts, durant 3 dies consecutius (laborables si el pacient treballava). Es van incloure a l'estudi els pacients que van presentar un mínim de 14 lectures vàlides. Per avaluar el rendiment de l'AMPAd segons el punt de tall de normalitat la mitjana de PA es va calcular utilitzant la primera i la segona lectura de cada període matí-nit del segon i tercer dies. Per avaluar el rendiment utilitzant diferents sistemes de càlcul, la mitjana es va calcular amb totes les lectures, sense les lectures del primer dia i sense les lectures del primer dia i la primera lectura de cada període matí-nit.

MONITORATGE AMBULATORI DE LA PA

Els MAPA es van realitzar en un únic centre d'atenció primària (EAP Gòtic), i l'investigador que els realitzava desconeixia el resultat de l'AMPAd realitzada prèviament. Es van utilitzar monitors automàtics oscil·lomètrics SpaceLabs 90207 (SpaceLabs Inc., Redmond, Washington, USA) validats pel protocol de la BHS¹⁴. Els monitors es van programar per realitzar lectures cada 20 minuts en el període de 7 a 23 hores i cada 30 minuts en el període restant, durant un dia laborable o amb l'activitat habitual si el pacient no treballava.

DEFINICIÓ DE LES LECTURES VÀLIDES PER A AMPAD I MAPA

Es van descartar automàticament les lectures amb una freqüència cardíaca superior a 120 bpm, les PA sistòliques > 260 o < 70 mm Hg o les PA diastòliques > 150 o < 40 mm Hg i les lectures amb increments de valor del 50% respecte a la immediata lectura anterior o posterior.

Per a l'AMPAd també es van descartar les lectures realitzades fora de la franja horària predefinida.

LÍMITS DE NORMALITAT DE PA AMBULATORIA

El punt de tall de normalitat per les proves ambulatories va ser: per la MAPA, una mitjana diürna de PA $< 135/85$ mm Hg, i per l'AMPAd, una mitjana de les diferents lectures de PA $< 135/85$ mm Hg¹⁰.

ANÀLISI ESTADÍSTICA

Es va utilitzar el programa estadístic SPSS 10,0 i una $p < 0,05$ com a nivell de significació.

A l'estudi descriptiu inicial, les variables categòriques es van presentar mitjançant les corresponents proporcions i intervals de confiança al 95%. Les comparacions es van realitzar amb el test de χ^2 . Per les variables quantitatives es van calcular les mitjanes i desviacions estàndard, les comparacions es van realitzar amb el test de t de Student per dades aparellades, aplicant la correcció de Bonferroni quan es feien comparacions múltiples.

Per avaluar el rendiment de l'AMPAd en el diagnòstic de la HCA es va calcular la sensibilitat (S), l'especificitat (E), el valor predictiu positiu (VPP) i negatiu (VPN) i els coeficients de probabilitat positiu (CPP) i negatiu (CPN), amb els corresponents intervals de confiança al 95% considerant el MAPA com el patró de referència.

Es va analitzar i comparar el rendiment diagnòstic de l'AMPAd per a diferents punts de tall escollits arbitràriament (125/75, 130/80, 135/85, 140/90, 145/95 i 150/100 mm Hg). Per aquests diferents punts de tall, es va representar en una corba ROC (*receiver operating characteristic*) a l'eix Y els veritables positius (S) i l'eix X els falsos positius (1-E).

Per a les comparacions del rendiment entre els diferents punts de tall i els diferents sistemes de càlcul de la mitjana, es va emprar el CPP.

RESULTATS

Es van reclutar 211 pacients. Se'n van excloure 21 (9,9%) per les següents causes: no desitjaven participar en l'estudi 18 (85,7%), presentaven un MAPA amb menys del 80% de lectures vàlides 2 (9,6%) i un pacient patia una valvulopatia severa (4,7%).

Dels 190 pacients inclosos, l'AMPAd es va repetir en 8 (4,2%) i 33 (17,4%) no varen registrar la totalitat de lectures (18 lectures); aquests dos fets no es van associar a presentar un baix nivell educatiu.

Els pacients diagnosticats d'HCA mitjançant AMPAd van ser 63 (34,8%; IC 95%: 27,9-42,2) i amb MAPA 74 (41,6%; IC 95%: 33,7-48,4) (p no significativa).

Entre les variables demogràfiques i clíniques (taula 1) destacava un elevat percentatge de dones, un curt espai de temps transcorregut des del diagnòstic de la HTA i un baix percentatge de factors de risc cardiovascular i de LOD.

La PA a la consulta era més elevada que qualsevol dels valors de PA ambulatoria. No es van observar diferències

TAULA 1. Característiques demogràfiques i clíniques (n = 190)

Sexe (% dones)	112 (58,9)
Edat (anys)	58,4 (11,5)
Nivell educatiu (%)	
• Nivell I	123 (65,8)
• Nivell II	50 (26,7)
• Nivell III	14 (7,5)
Fumadors (%)	29 (15,3)
IMC (kg/m ²)	28,2 (4,4)
Temps de diagnòstic HTA (mesos) *	5,0 (1-156)
Diabetis mellitus (%)	18 (9,5)
Dislipèmia (%)	71 (37,4)
Analítica	
• Creatinina (mg/dl)	0,8 (0,1)
• Glicèmia (mg/dl)	99,7 (21,4)
• Colesterol (mg/dl)	224,1 (36,3)
• Urats (mg/dl)	5,4 (1,3)
LOD (%)	
• FU grau I-II	14 (7,4)
• Microalbuminúria	3 (1,6)
• HVE per ECG	4 (2,1)

Nivell educatiu: nivell I (analfabets i estudis primaris), nivell II (estudis secundaris), nivell III (estudis universitaris); IMC: índex de massa corporal; LOD: Lesió d'Òrgans Diana; FU grau I-II: fons d'ull grau I-II segons la classificació de Keith-Wegener.

*Distribució no normal, s'ha emprat la mediana (rang). Les variables contínues es presenten com mitjana (desviació estàndard).

estadísticament significatives entre els valors de PA de l'AMPAD i el MAPA diürn (taula 2).

En l'avaluació del rendiment diagnòstic de l'AMPAD els resultats van ser: S 50,0% (IC 95%: 38,3-61,7), E 75,7% (IC 95%: 66,3-83,2), VPP 58,7% (IC 95%: 45,6-70,8), VPN 68,6% (IC 95%: 59,4-76,7), CPP 2,08 i CPN 0,65 (taula 3). Es va obtenir un elevat nombre de falsos positius 26 (14,3%) i negatius 37 (20,4%).

El percentatge de pacients mal classificats fou del 35%, sense que s'observessin diferències entre els pacients ben i

TAULA 2. Valors de PA segons els diferents mètodes de mesura (n = 181)

Variables	Mitjana (DE)
PA SISTÒLICA	
• Clínica	152,3 (12,6) ^a
• AMPAD*	137,4 (14,3) ^b
• MAPA diürn	134,8 (11,3)
• MAPA 24 hores	130,4 (10,7)
• MAPA nocturn	121,6 (12,2)
PA DIASTÒLICA	
• Clínica	89,2 (10,0) ^a
• AMPAD*	82,1 (8,3) ^b
• MAPA diürn	81,3 (9,5)
• MAPA 24 hores	77,7 (9,0)
• MAPA nocturn	70,0 (9,2)

PA: pressió arterial; MAPA: monitorització ambulatoria de la pressió arterial.

*Mitjana d'AMPAD: obtinguda sense les lectures del primer dia i amb les dos primeres lectures de cada període matí-nit.

a: p < 0,001 en comparació amb els valors d'AMPAD i tots els del MAPA.

b: p < 0,001 en comparació amb la PA sistòlica i diastòlica del MAPA 24 hores i nocturna.

TAULA 3. Rendiment diagnòstic de l'automesura de la PA domiciliària en la hipertensió clínica aïllada (n = 181)

Automesura PA domiciliària (prova a estudi)	MAPA (prova de referència)	
	HCA	HTA sostinguda
HCA (prova +)	37 (58,7%)	26 (41,3%)
HTA sostinguda (prova -)	37 (31,4%)	81 (68,6%)

HCA: hipertensió clínica aïllada; MAPA: monitorització ambulatoria de la pressió arterial.

mal classificats pel que fa a: sexe, edat, durada de la HTA, factors de risc cardiovascular i LOD.

La mitjana de l'AMPAD es va calcular utilitzant diferents sistemes de càlcul, sense obtenir diferències estadísticament significatives en el rendiment diagnòstic (taula 4).

Quan s'utilitzaven diferents punts de tall per definir la HCA s'observava:

- **Prevalença d'HCA:** els punts de tall més baixos tenien unes prevalences d'HCA menors i es donava la situació inversa amb els punts de tall més alts (figura 1).
- **Rendiment diagnòstic:** a la figura 2 es representa la corba de rendiment diagnòstic de l'AMPAD en els diferents punts de tall. Per sota del punt de tall de 130/80 mm Hg s'observava una discreta millora en el rendiment diagnòstic, encara que a compte d'una excessiva pèrdua de S (taula 5).

A partir d'aquests resultats, es va modificar l'algoritme que definia el paper dels sistemes de mesura ambulatoris per al diagnòstic d'HCA¹⁶ (figura 3).

DISCUSSIÓ

En hipertensos grau 1-2 recentment diagnosticats i sense tractament antihipertensiu previ, la utilització de l'AMPAD en un programa de 3 dies en la indicació d'HCA obté un baix rendiment diagnòstic. En analitzar diferents punts de tall per definir HCA o diferents sistemes de càlcul de la mitjana de l'AMPAD no es van aconseguir millores significatives en el rendiment diagnòstic.

Com a limitació de l'estudi destaca el fet que la realització de les mesures ambulatories en diferents dies, estacions de l'any¹⁷ i en pacients amb diferents nivells d'activitat¹⁸ (treballadors i jubilats), podria haver reduït la homogeneïtat de les lectures.

A diferència d'altres estudis¹⁹, no s'ha detectat que un baix nivell educatiu es relacioni amb l'oblit de lectures o amb haver de repetir l'AMPAD. D'acord amb altres autors^{20,21} no s'han observat diferències estadísticament significatives entre els valors de PA de l'AMPAD i la MAPA diürna. La prevalença d'HCA en hipertensos grau 1-2 oscil·la entre un 20 i un 40%¹, segons les definicions emprades i el medi on es realitza l'estudi. La prevalença obtinguda amb els dos sistemes de mesura ambulatoris es troba en el marge alt d'aquest rang, de manera semblant a d'altres estudis realitzats a l'atenció primària^{1,22,23,24}.

Igual que d'altres autors (taula 6) s'han obtingut uns valors de S i VPP baixos i uns valors d'E i VPN moderadament elevats. Les proves diagnòstiques han de poder oferir una elevada S i E i les de cribratge una elevada S

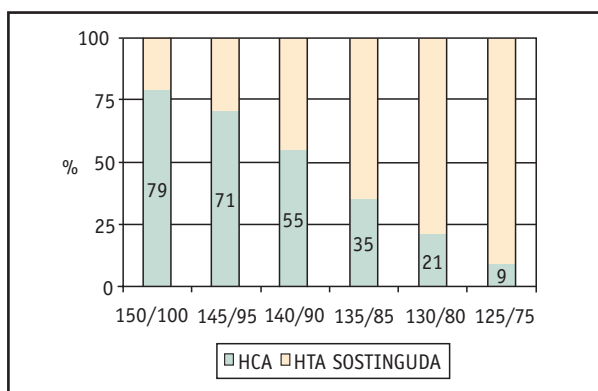
TAULA 4. Variables per a l'avaluació del rendiment diagnòstic de l'automesura de la pressió arterial domiciliària amb els diferents sistemes de càlcul de la mitjana de PA

Variabes	Amb totes les lectures	Sense el primer dia	Sense el primer dia i la primera lectura matí-nit
S % (IC 95%)	47,6 (35,0-60,5%)	55,7 (43,4-67,4)	60,6 (48,2-71,7%)
E % (IC 95%)	77,7 (67,7-85,3%)	71,4 (61,7-79,6)	64,2 (54,2-73,1%)
VPP % (IC 95%)	58,8 (44,2-72,1%)	56,5 (44,1-68,2)	53,1 (41,7-64,1%)
VPN % (IC 95%)	68,9 (59,0-77,3%)	70,8 (61,0-79,0)	70,8 (60,5-79,4%)
CPP	2,04	1,94	1,69
CPN	0,67	0,62	0,61
Classificats erròniament	54 (34%)	51 (29%)	66 (37%)

S: sensibilitat; E: especificitat; VPP: valor predictiu positiu; VPN: valor predictiu negatiu; CPP: coeficient de probabilitat positiu; CPN: coeficient de probabilitat negatiu. IC: interval de confiança.

per a poder captar a tots els possibles malats. Per tant els resultats obtinguts utilitzant l'AMPAD amb el programa mínim de 3 dies no estarien totalment d'acord amb les recomanacions realitzades en els documents de consens i per determinats autors en la indicació d'HCA^{10,16}. Segons aquestes recomanacions, l'AMPAD s'utilitzaria com a prova de cribratge d'HCA de manera que si la prova fos positiva (HCA) el diagnòstic s'hauria de confirmar realitzant un MAPA. La baixa S obtinguda en l'estudi indica que l'AMPAD no és un bon mètode de cribratge de la HCA. La realització d'un MAPA confirmatori permetria detectar els resultats falsos positius evitant l'infractament d'aquests pacients.

Seguint les anteriors recomanacions, si el pacient és diagnosticat amb l'AMPAD d'HTA sostinguda, es podria iniciar el tractament farmacològic sense la necessitat de confirmar el resultat amb un MAPA. Els resultats obtinguts a l'estudi mostren que el diagnòstic erroni d'hipertensió sostinguda (falsos negatius) es donava en un percentatge elevat de pacients. De manera que per estalviar tractaments

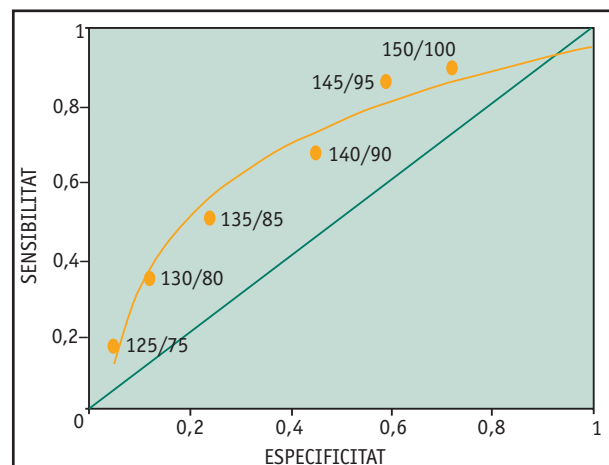
**FIGURA 1.** Prevalença d'hipertensió clínica aïllada segons els diferents punts de tall de normalitat.

La zona verda de la barra representa la prevalença d'hipertensió clínica aïllada (HCA), la zona en taronja la prevalença d'HTA sostinguda.

innecessaris caldria realitzar un MAPA confirmatori també en aquesta situació.

A l'estudi Ohasama²⁵ les xifres d'AMPAD del primer dia van ser millors predictores d'AVC o d'AIT que les xifres del consultori. En l'estudi SHEAF²⁶ també es va observar que la utilització de totes les lectures per obtenir la mitjana de l'AMPAD, definia millor el pronòstic en termes de morbi-mortalitat cardiovascular que la PA al consultori. En el nostre estudi no s'han observat diferències en el rendiment diagnòstic de l'AMPAD pel fet de realitzar el càlcul de la mitjana de la PA amb totes les lectures o excloent aquelles amb major reacció d'alerta. Per tant, d'acord amb els estudis anteriors, caldria utilitzar totes les lectures per l'obtenció de la mitjana final.

Els pobres resultats en el rendiment diagnòstic van persistir fins i tot en diferents punts de tall de normalitat per l'AMPAD a la corba ROC, un fet també observat per Ster-

**FIGURA 2.** Corba ROC (receiver operating characteristic) on es comparen diferents punts de tall de normalitat en el diagnòstic d'hipertensió clínica aïllada amb l'automesura de la PA domiciliària.

(Els punts en taronja representen els punts de tall de normalitat per l'automesura de la PA domiciliària en mm Hg.)

TAULA 5. Rendiment diagnòstic de l'automesura de la PA domiciliària en la hipertensió clínica aïllada segons els diferents punts de tall de normalitat

Punts de tall	Sensibilitat	Especificitat	Valor predictiu +	Valor predictiu -	CPP	CPN
150/100	89,2%	28,0%	46,2%	78,9%	123	0,38
145/95	86,5%	40,2%	50,0%	81,1%	1,44	0,33
140/90	67,6%	54,2%	50,5%	70,7%	1,47	0,59
135/85	50,0%	75,7%	58,7%	68,6%	2,05	0,66
130/80	33,8%	87,9%	65,8%	65,7%	2,79	0,75
125/75	16,2%	95,3%	70,6%	62,2%	3,44	0,88

CPP: coeficient de probabilitat positiu; CPN: coeficient de probabilitat negatiu.

giou²⁷. La discreta millora en el rendiment que es va produir per sota del punt de tall < 130/80 mm Hg no hauria de suposar la modificació del punt de tall de normalitat de l'AMPAd recomanat en els documents de consens^{10,28}.

Aquests resultats possiblement siguin deguts al fet que el MAPA no és intercanviable amb la AMPAd⁷ en el diagnòstic de la HCA, per les condicions de realització de cada prova. Habitualment el MAPA es realitza en condicions reals de la vida diària i l'AMPAd al domicili en condicions basals i eliminant les lectures amb una major reacció d'alerta.

Així, al igual que d'altres autors^{29,30}, per un correcte maneig inicial de pacients amb hipertensió recent diagnos-

ticada, recomanem la realització d'un MAPA per descartar una HCA. Això sempre que el seu resultat indueixi una modificació en el maneig d'aquell pacient. Tindria poc sentit indicar-lo si, tot i la informació que ens aporta la prova no modifiquem l'abordatge del nostre pacient³¹.

El cost del MAPA s'ha anat reduint progressivament, tanmateix encara no és prou accessible a l'atenció primària. El futur d'aquestes proves passaria per intentar disposar d'un o dos aparells de MAPA centralitzats en un centre de referència per cada cinc o sis àrees bàsiques. D'aquesta manera l'AMPAd més accessible que el MAPA, s'utilitzaria per fer el seguiment periòdic dels pacients amb HCA²⁸, doncs els valors de PA del consultori són habitualment elevats.

CONCLUSIONS

Per fer un correcte diagnòstic inicial de l'HCA és necessari realitzar un MAPA. L'AMPAd, en ser una prova més accessible pel seu baix cost, comoditat i facilitat d'ús, seria de moment útil per fer el seguiment a llarg termini d'aquests tipus de pacients, encara que seran necessaris estudis dirigits a avaluar el seu paper en aquesta indicació.

AGRAÏMENTS

Al Grup AMPAAP (Automesura de la Pressió Arterial a Atenció Primària) per la seva col·laboració en la realització del treball.

EAP El Clot: Josep Lluís Abad Rodríguez, Teresa Areny Ribera, Francesc Xavier Cano Sanz, Consuelo Cantalapiedra Caicedo, Florencio Cardosa Oliver, Esther Casajuana Brunet, Isabel Fernández Fraga, Carlos Gonzalvo Orero,

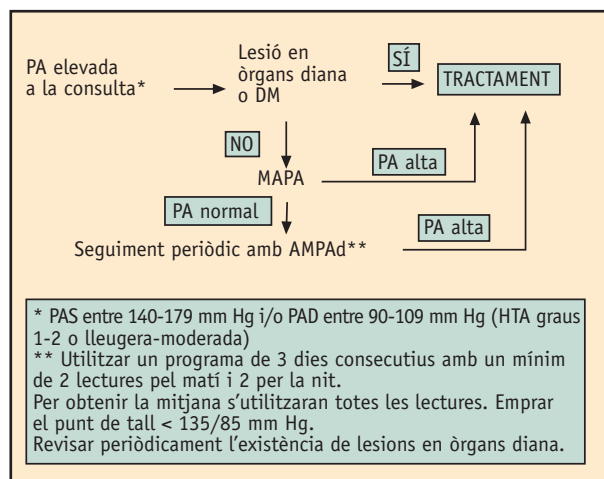


FIGURA 3. Algoritme per definir el paper dels sistemes de mesura ambulatoris en el diagnòstic de la hipertensió clínica aïllada.

TAULA 6. Comparació dels diferents estudis sobre el rendiment diagnòstic de l'automesura de la PA domiciliària en la hipertensió clínica aïllada

Autor	N	Edat (anys)	Procedència dels pacients	Lectures per dia	Nombre dies	S/E	VPP/VPN	CPP/CPN
Stergiou ²⁷	133	48	Derivats a l'hospital	4 (2M-2N)	6	61/83	71/75	3,58/0,46
Den Hond ³²	257	50	Ambulatoris i derivats a l'hospital	6 (3M-3N)	7	68/89	33/97	6,18/0,35
Bayó ³³	181	58	Ambulatoris	6 (3M-3N)	3	50/76	59/69	2,08/0,65

M: matí; N: nit; S: sensibilitat; E: especificitat, VPP: valor predictiu positiu, VPN: valor predictiu negatiu; CPP: coeficient de probabilitat positiu; CPN: coeficient de probabilitat negatiu.

Josep Manel Grau Granero, Carmen Igualada Delgado, M. Concepción López Navarro, Salud López Quiñones, M. José Llorens Morales, Karlos Naberan Toña, Ildelfonso Sancho Tejedor, Rosa Senán Sanz, Mireia Ventura Fontanet, Eulalia Vila Romeu.

EAP Gòtic: Rosa Aragonés Forés, Carolina Galindo Parres, Elvira Gibert Llorach, Rosa Pou Vila, Maria Antonia Vila Coll.

EAP Sant Martí: Josep M. Casacuberta Monge, Francesc Xavier Cos Claramunt, Magda Parra Ferre, Xavier Peligros Palma, Manel Pérez Nicolás, Magda Pie Oncins, Dolores Rivero Gemar, Eduard Silvente Cano, José M. Verdú Rotellar.

EAP El Fondo: Octavi Martínez Cuevas, Jordi Milozzi Berrocal, Lluís Valerio Sallent.

BIBLIOGRAFIA

- Martínez MA, Garcia-Puig J, Martín JC, Guallar-Castillon P, Aguirre de Carcer A, Torre A, et al. Frequency and determinants of white coat hypertension in mild to moderate hypertension: a primary care-based study. Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA)-Area 5 Working Group. *Am J Hypertens* 1999; 12 (3): 251-259.
- Owens PE, Atkins N, O'Brien ET. Diagnosis of white coat hypertension by ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 1999; 34: 262-267.
- Verdecchia P, Schillachi G, Borgioni C, Ciucci A, Porcellati C. White-coat hypertension. *Lancet* 1996; 348: 1444-1445.
- Khattar RS, Senior R, Lahiri A. Cardiovascular outcome in white-coat versus sustained mild hypertension: a 10-year follow-up study. *Circulation* 1998; 98: 1892-1897.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. The seventh report on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC VII Report. *JAMA* 2003; 289: 2560-2572.
- 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. *J Hypertens* 2003; 21: 11-53.
- Parati G, Stergiou GS. Self measured and ambulatory blood pressure in assessing the "white-coat" phenomenon. *J Hypertens* 2003; 21: 677-682.
- Brueren MM, Schouten HJ, de Leeuw PW, Van Montfrans GA, Van Ree JW. A series of self-measurements by the patient is a reliable alternative to ambulatory blood pressure measurement. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1585-1589.
- Stergiou GS, Zourbaki AS, Skeva II, Mountokalakis TD. White coat effect detected using self-monitoring of blood pressure at home: comparison with ambulatory blood pressure. *Am J Hypertens* 1998; 11: 820-827.
- Asmar R, Zanchetti A, on behalf of the Organizing Committee and participants. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. *J Hypertens* 2000; 18: 493-508.
- Bayó J, Roca C, Dalfó A, Cos FX, Martín MM, Botey A. Efectividad de la automedida de la presión arterial en el diagnóstico de la hipertensión clínica aislada. Justificación y diseño del estudio. *Aten Primaria* 2005; 35: 208-212.
- Verdecchia P, O'Brien E, Pickering G, Staessen JA, Parati G, Myers M, et al. When can the practicing physician suspect white coat hypertension? Statement from the working group on blood pressure monitoring of the European Society of Hypertension. *Am J Hypertens* 2003; 16: 87-91.
- Guia Práctica: Hipertensión arterial per a l'Atenció Primària. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide, 1999.
- O'Brien E, Petrie J, Littler WA, de Swiet M, Padfield PL, Altman D et al. The British Hypertension Society protocol for the evaluation of blood pressure measuring devices. *J Hypertens* 1993; 11 (suppl 2): S43-S63.
- Mengden T, Hernández Medina RM, Beltrán B, Alvarez E, Kraft K, Vetter H. Reliability of reporting self-measured blood pressure values by hypertensive patients. *Am J Hypertens* 1998; 11: 1413-1417.
- Pickering TG. For an American Society of Hypertension Ad Hoc panel. Recommendations for the use of home (self) and ambulatory blood pressure monitoring. *Am J Hypertens* 1996; 9: 1-11.
- Minami J, Kawano Y, Ishimitsu T, Yoshimi H, Takishita S. Seasonal variations in office, home, and 24 h ambulatory blood pressure in patients with essential hypertension. *J Hypertens* 1996; 14: 1421-1425.
- Enstrom I, Pennert K. Does it matter whether ambulatory blood pressure is recorded during a work or a non-work day? *J Hypertens* 1996; 14: 565-569.
- Nordmann A, Frach B, Walker T, Martina B, Battegay E. Reliability of patients measuring blood pressure at home: prospective observational study. *BMJ* 1999; 319: 1172.
- Stergiou GS, Skeva II, Zourbaki AS, Mountokalakis TD. Self-monitoring of blood pressure at home: how many measurements are needed? *J Hypertens* 1998; 16: 725-731.
- División JA, Puras A, Aguilera M, Sanchis C, Artigao LM, Carrión L, et al. Automedidas domiciliarias de la presión arterial y su relación con el diagnóstico de la hipertensión arterial y con la afectación orgánica: estudio comparativo con monitorización ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 730-735.
- Vinyoles E, de la Figuera M. Características clínicas del hipertenso de bata blanca. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 287-291.
- Mayoral E, Lapetra J, Santos JM, López A, Ruiz J, Cayuela A. El efecto de bata blanca en atención primaria. Análisis de los pacientes con hipertensión de nuevo diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 485-489.
- Hernández del Rey R, Armario P, Sánchez P, Castellsagué J, Pont F, Cárdenas G, et al. Frecuencia de la hipertensión de bata blanca en la hipertensión leve. Perfil de riesgo cardiovascular y afectación orgánica temprana. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 690-694.
- Ohkubo T, Asayama K, Kikuya M, Metoki H, Hoshi H, Hashimoto J, et al. How many times should blood pressure be measured at home for better prediction of stroke risk? Ten-year follow-up results from the Ohasama study. *J Hypertens* 2004; 22: 199-1104.
- Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson N, Vaur L, Vaisse B, et al. Cardiovascular prognosis of "masked hypertension" detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004; 291: 1342-1349.
- Stergiou GS, Alamará CV, Skeva II, Mountokalakis TD. Diagnostic value of strategy for the detection of white coat hypertension based on ambulatory and home blood pressure monitoring. *J Hum Hypertens* 2004; 18: 85-89.
- O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G, et al. European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003; 21: 821-848.
- Chung I, Lip G. White coat hypertension: not so benign after all? *J Hum Hypertens* 2003; 17: 807-809.

30. Pickering T. Future developments in ambulatory blood pressure monitoring and self-blood pressure monitoring in clinical practice. *Blood Press Monit* 2002; 7: 21-25.
31. Vinyoles E, Vila MA, Pepió JM, Mengual L, Bayó J. Validez de los diversos instrumentos de medida de la presión arterial. *FMC* 2003 Abril; 10 (4): 233-240.
32. Den Hond E, Celis H, Fagard R, Keary L, Leeman M, O'Brien E et al. Self-measured versus ambulatory blood pressure in the diagnosis of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 717-722.
33. Bayó J, Roca C, Dalfó A, Cos FX, Martí-Baranera MM, Botey A. Home blood pressure self-monitoring: diagnostic performance in white-coat hypertension. *Blood Press Monit* 2005; (acceptat i en premsa).

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.

FIABILITAT DIAGNÒSTICA DELS SIGNES I SÍMPTOMES SUGGESTIUS DE VULVOVAGINITIS CANDIDIÀSICA

AUTORA

M. Victoria Zamora Sánchez

INTRODUCCIÓ I HIPÒTESIS DE RECERCA

La vulvovaginitis és el problema ginecològic més freqüent a les consultes d'atenció primària. Es caracteritza per la secreció d'un flux anòmal i irritatiu, en ocasions amb mala olor, associat a pruija o coïssor, que pot ocasionar disúria i disparèunia.

El 90% de les vulvovaginitis són causades per *Gardnerella*, *Trichomonas* o *Candida*, essent aquesta última l'agent etiològic més freqüent a Europa¹. Es calcula que el 75% de les dones patiran un episodi de vulvovaginitis candidiàsica (VVC) a la seva vida i que el 40-45% en tindran més d'un.

Factors com la gestació, l'ús de anticonceptius orals amb alta càrrega estrogènica, la DM, els antibiòtics d'ampli espectre, les malalties sistèmiques cròniques o les alteracions del sistema immune predisposen a patir VVC².

Ens trobem, doncs, davant un problema ginecològic de gran prevalença amb gran controvèrsia sobre la actitud diagnòstica a seguir; segons alguns autors, és imprescindible realitzar estudi microscòpic, titulació del pH del flux i test de KOH, deixant el *gold standard* diagnòstic (cultiu vaginal) per als casos refractaris al tractament empíric escollit³. Altres es pronuncien cap al tractament empíric, sense la realització de proves complementàries, agafant com a guia els símptomes i signes suggestius de VVC⁴ (pruija vulvar, irritació vulvovaginal, disparèunia, disúria, leucorrea, etc.)⁵ basant-se en l'alta prevalença de *Candida albicans* com element etiològic i la bona resposta amb pautes curtes amb clotrimazole, fluconazole o itraconazole⁶.

Reflexionant sobre el paper de la clínica com a element orientador etiològic del tipus de vulvovaginitis, la nostra pregunta és: En dones amb clínica compatible amb VVC (pruija, disúria, inflamació vulvovaginal (VV), leucorrea blanquinosa, etc.), quina és la fiabilitat dels signes i símptomes per al diagnòstic etiològic?

ELEMENTS DE LES PREGUNTES CLÍNiques

Problema de salut: VVC.

Característiques dels pacients: dones amb símptomes i signes suggestius de VVC.

Intervenció a estudiar: fiabilitat diagnòstica dels signes i símptomes suggestius de VVC *vs* cultiu.

Mesura de resultat: valor predictiu positiu (VPP) i valor predictiu negatiu (VPN) del signes i símptomes clínics.

ESTRATÈGIA DE CERCA

Es realitza una cerca al Medline-Pubmed utilitzant les paraules clau **Vulvovaginal candidiasis [Mesh] AND clinical diagnosis** obtenint 224 estudis. Es limita la cerca per període de temps, els últims 15 anys, amb 151 estudis com a resultat, tal i com s'esquematitza a la figura 1. La cerca per tipus d'estudi (aleatori, metaanàlisi i revisió) no és efectiva.

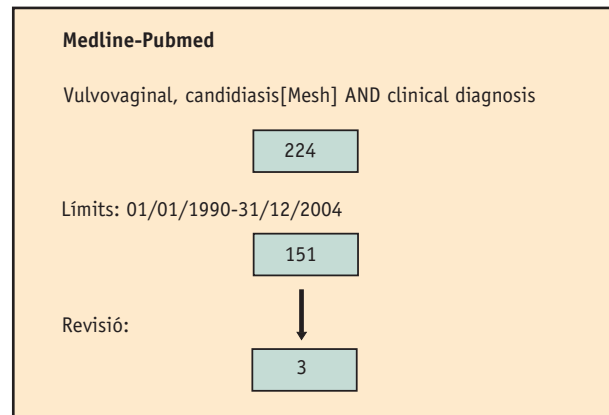


FIGURA 1. Estratègia de cerca.

Revisant els *abstracts* dels 151 estudis es troben 3 que responen a la pregunta clínica^{7,8,9} (taula 1). S'escull l'estudi més recent, any 1998, on la mostra és més gran i els criteris de revisió crítica de proves diagnòstiques es compleixen.

DISCUSSIÓ

A l'estudi de Eckert et al s'inclouen 774 dones entre 16 i 60 anys, sense factors predisposants per patir VVC, que consulten per clínica suggestiva a un centre de MTS d'àmbit urbà. Les històries clíniques es van escollir de forma aleatòria del total de dones que van consultar per aquest motiu entre gener de 1984 i febrer de 1986. Un mateix professional els va realitzar un qüestionari estàndard sobre signes i símptomes clínics, una exploració ginecològica i un cultiu de flux vaginal amb medi agar-sabouraud.

Dels 774 cultius realitzats s'obtenen 186 positius per a *Candida albicans* i 588 negatius. Al realitzar l'anàlisi estadística s'observa que el major nombre de cultius positius es relacionen amb el símptoma de pruija o coïssor, amb un VPP de 0,51 i un VPN de 0,8. Altres signes i símptomes com disúria, fissures, eritema, dolor i edema vulvovaginal, també s'associen a cultiu positiu per a *Candida albicans* però amb sensibilitats inferiors al 50% i especificitats entre el 80-95%.

Les alteracions del flux com el canvi de color o l'augment de la quantitat tenen un VPP molt baix, 26%.

Resultats que concorden amb els valors estadístics obtinguts en estudis previs com els realitzats per Abbott J⁸ i Schaaf VM⁹.

CONCLUSIÓ

El diagnòstic etiològic de VVC basat en els signes i símptomes clínics té un VPP limitat (51%) i un VPN alt (80%). Això vol dir que l'absència dels símptomes esmentats ens permet afirmar la no existència d'aquesta patologia, mentre que la presència dels símptomes sembla que no ens permet fer el diagnòstic etiològic amb tanta certesa com consideràvem.

TAULA 1. Resum dels estudis escollits

	Schaaf VM et al ⁷	Abbott J ⁸	Eckert LO et al ⁹
Tipus d'estudi	Descriptiu	Descriptiu	Descriptiu
Mostra	123	71	774
Àmbit	Centre de salut	Servei Urgències	Centre MTS àrea urbana
Objectiu	Relació entre clínica i etiologia de vaginitis	Relació entre clínica i cultiu	Relació entre signes i símptomes i cultiu
Resultats	Valor limitat de la clínica com a eina diagnòstica	Limitació dels criteris clínics de VVC com a eina diagnòstica	Limitació diagnòstica dels signes i símptomes excepte el pruït
Limitacions	N de l'estudi Estudi realitzat en un centre de salut pública	N de l'estudi Estudi realitzat a Servei d'urgències	Estudi realitzat en centre de MTS

De totes maneres, caldria recordar que l'estudi es va realitzar a un centre de MTS d'àmbit urbà on segurament la proporció de dones amb cultiu positiu per a *Candida albicans* era menor que a la població general, en favor de la major prevalença d'altres patologies menys freqüents en les consultes de primària, per biaix en la selecció de població. Segurament, si es realitzés a l'àmbit d'atenció primària apareixerien un major nombre de cultius positius per a *Candida* en detriment d'una disminució en la incidència de clamídia i gonococ, tot obtenint un VPP major.

La majoria d'estudis sobre aquest tema, publicats fins el moment s'han centrat en l'àrea d'urgències, l'especialitat ginecològica i els centres de MTS obtenint valors predictius limitats, i és per això que no es recomana l'ús dels signes i símptomes com a eina diagnòstica de forma aïllada.

Caldrà veure doncs, estudis centrats en l'àmbit d'atenció primària per valorar si el VPP és suficientment alt com per poder canviar aquesta recomanació.

APLICACIÓ A LA PRÀCTICA DIÀRIA

Es necessiten més estudis que confirmen aquests resultats, però sembla que a les dones amb clínica suggestiva de VVC si el símptoma guia es la pruïja o coïssor podem realitzar tractament simptomàtic per *Candida*.

La resta de signes i símptomes tenen uns valors predictius molt limitats i poden ocasionar errors diagnòstics. Així doncs, en aquests casos s'hauria de demanar un cultiu vaginal, tècnica diagnòstica senzilla, poc agressiva i amb un cost aproximat de 18,75 € que ens permetrà arribar al diagnòstic etiològic correcte.

BIBLIOGRAFIA

- Egan ME, Lipsky MS. Diagnosis of Vaginitis. Am Fam Phys, 2000; 62 (5): 1095-1104.
- Hermida, L. Vulvovaginitis. Guías clínicas en Atención Primaria Fisterra. Guías clínicas 2001; 1 (30).
- Wiesenfeld HC, Macio I. the infrequent use of office-based diagnostic tests for vaginitis. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181 (1): 39-41.
- Harper D. Treatment threshold probability for vaginitis. AM J Obstet Gynecol 2000; 183 (2): 517-518.
- Scharbo-deHaan M, G Andersen D. The CDC 2002 Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: Implications for women's health care. J Midwifery womens health 2003 48 (2): 96-104. Elsevier Science, INC, 2003 .
- Manual de enfermedades infecciosas en Atención Primaria. Consenso Grupo de enfermedades infecciosas de SBMFiC, SVMFiC, SCMFIC, SMMFyC. 2a ed.: 188-192.
- Eckert LO, Hawes SE, Stevens CE, Koutsky LA, Eschenbach DA, Colmes KK. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. Obstet Gynecol, 1998 Nov; 92 (5): 757-765.
- Abbott J. Clinical and microscopic diagnosis of vaginal yeast infection: a prospective analysis. Ann Emerg Med. 1995 May; 25 (5): 587-591.
- Schaaf VM, Perez-Stable EJ, Borchardt K. The limited value of symptoms and signs in the diagnosis of vaginal infections. Arch Intern Med 1990 Sep; 150 (9): 1929-1933.

ERUPCIÓ CUTÀNIA AL DIT DE LA MÀ I AL DIT DEL PEU

AUTORS

David Riba Torrecillas i Jorge Soler González
Grup de Dermatologia de la CAMFiC

CAS CLÍNIC

Pacient de 22 anys. Estudiant universitari. Refereix que en el curs de les vacances d'estiu li ha aparegut una erupció cutània al dit de la mà i al dit del peu (figures 1 i 2). Ja li havia passat altres anys en les mateixes localitzacions. Recorda que es va curar amb tractament tòpic. No té animals en el seu entorn social.

Li sembla que les lesions han incrementat de mida. En el moment de la consulta portava una evolució de 3 setmanes. Li provoquen certa pruija i ens consulta perquè supura i fa mal afecte en les relacions socials.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

1. Èczema de contacte
2. Tinya corporis
3. Èczema dishidròtic
4. Erisipela
5. Psoriasi pustulosa



COMENTARI

La resposta correcta és la 3.

Aquest cas apareix freqüentment a la consulta del metge de família. L'èczema dishidròtic no té una causa coneguda, tot i que s'ha observat certa correlació amb l'atòpia. La clínica típica és exacta a la que expliquem en el cas, aparició d'erupció eczematosa que s'inicia en forma de vesícules. És més freqüent l'afectació a mans, però en casos greus sol afectar també a peus. Simptomàticament el pacient referirà pruija, que ocasionalment pot ser intensa. Normalment afecta adolescents i adults joves en èpoques d'estrès emocional.

El tractament és el de l'èczema agut: aplicació de fomentos (permanganat potàssic 1:1000 o alcohol boricat) i corticoides tòpics potents. Dels diagnòstics diferencials possibles hem de saber distingir-lo sobretot de les micosis, donat que en cas d'error diagnòstic empitjorarem la clínica. En aquest pacient, tot i que ens comentava que havia tingut tendència a créixer, ens va fer decantar a èczema dishidròtic el fet que afectés dos localitzacions molt distants (mà i peu) i que la lesió no tenia una vora marcada de creixement amb aclariment del centre (com faria una tinya).

El pacient va guarir de l'èczema en 7 dies.

JORNADA DE RESIDENTS 2005

UNA ÀVIA FRÀGIL?

AUTORS

Carmina Poblet Calaf, Coral Chanco Rodríguez,
Elizabeth Tapia Barranco

Motiu de consulta

Dona de 82 anys, asimptomàtica. Parla incomprendible la tarda anterior, vista per atenció continuada, resta d'exploració física normal. Iniciaren AAS 250 mg vo.

Antecedents familiars i personals

Sense al·lèrgies conegudes. HTA amb dieta. RX feia 2 anys: cardiomegàlia. Goll feia 30 anys. Hipertransaminasèmia amb estudi negatiu, resta sense interès.

Exploració física

Bon estat general, comprensió i parla correctes. TA 130/80, Temperatura 36 °C. Glucèmia 90. ACR: tons arítmics a 140 bpm, sense signes d'insuficiència cardíaca ni focalitat neurològica. ECG: fibril·lació auricular a 160 bpm.

Diagnòstic diferencial

AVC, TCE, malalties degeneratives, tumorals o infeccioses de SNC.

Judici clínic

Orientació: accident isquèmic transitori per súbit i limitat en menys de 24 h, per FA ràpida, paroxística, embolígena, sense inestabilitat hemodinàmica. Per tenir l'edat i sospita de cardiopatia estructural, criteris de risc de fracàs de cardioversió a ritme sinusal, i pels efectes secundaris d'amio-

darona, es decideix, d'acord amb el cardiòleg del centre, control de FC amb atenolol 50 mg/12 h i anticoagulació amb acenocumarol.

A les 48 h: ritme sinusal a 62-64, PR 0,16. Passem atenolol a 50/24 h.

Als 7 dies nova cita. Referia dolor a l'extremitat inferior E d'inici mentre dormia i que empitjorava al caminar de 6 dies d'evolució. No va consultar-nos perquè el dolor havia alleugerit. Exploració: absència de pols pedi i tibial posterior a peu E però amb mobilitat i sensibilitat conservada, resta anodí. Orientada com *isquemia arterial subaguda* es remet a urgències. Ingressa rebent tractament amb heparina sòdica, recuperant la perfusió i desapareixent el dolor de repòs.

Discussió

La continuïtat de l'assistència i la col·laboració de diversos especialistes fou clau perquè la pacient pogués beneficiar-se d'un tractament adequat per prevenir les complicacions derivades d'aquesta arítmia cardíaca tan freqüent, basant-nos en la clínica i les exploracions complementàries i els fàrmacs a l'abast de l'atenció primària.

Paraules clau

Adrenergic beta-antagonists; atrial fibrillation; arterial embolism.

ABDOMEN AGUT COM A CAUSA DE DOLOR TORÀCIC

AUTORS

Laura Gros Naves, Mindau Gasgudelis,
Alexandra Villuendas Tirado

Motiu de consulta

Dolor toràcic irradiat a hipocondri esquerre de 5 dies d'evolució.

Antecedents personals

Al·lèrgia al gluten, celíquia. Resta sense interès.

Malaltia actual

Home de 23 anys que va a urgències per dolor en costat esquerre irradiat a hemiabdomen esquerre que augmenta amb els moviments i inspiració profunda de 5 dies d'evolució, amb algun vòmit alimentari i restrenyiment. Les 2 setmanes prèvies presenta quadre d'amigdalitis aguda amb febre elevada sense resposta a diversos tractaments antibiòtics.

Exploració física

Afebril. Regular estat general. Anorèxia. Auscultació cardiorespiratòria: normal. Abdomen: dolor a la palpació en

hemiabdomen esquerre, lleugerament distès, timpànic, no palpació masses ni megàlies, peristalsis augmentada. Adenopaties laterocervicals i supraclaviculars esquerres > 0,5 cm. Orofaringe: amígdales hipertròfiques amb exsudats purulents.

Proves complementàries

1. Analítica: anèmia normocrítica normocròmica. Limfocitosis. Lactatodeshidrogenasa (LDH) 683. Hemostàsia normal.
2. RX tòrax: anodina.
3. RX abdomen: lleugera dilatació nanses de budell prim.
4. Ecografia abdominal: abundant líquid intraperitoneal, melsa íntegra. Resta normal.
5. TC abdominal: ruptura de melsa amb hemoperitoneu.
6. Anatomia patològica: hiperplàsia limfoide difusa esplènica.
7. Serologia: anticossos antiEbstein Bar Ig M e Ig G positius.

Diagnòstic diferencial

Úlcus gàstric, pancreatitis, pneumònia basal esquerra, ruptura esplènica, còlic nefrític, perforació colònica, distensió esplènica.

Orientació diagnòstica

Laceració esplènica espontània en pacient amb sospita de mononucleosi infecciosa que va precisar esplenectomia urgent per anemització progressiva i empitjorament de l'estat general secundari a pèrdues hemàtiques en cavitat peritoneal.

Discussió i conclusions

La ruptura de melsa en la mononucleosi infecciosa és una de les dues complicacions més freqüents que poden aparèixer en la segona-tercera setmana encara que passa poques vegades (1/1.000-2.000 casos). Per això davant d'un pacient amb dolor abdominal d'aparició brusca en el context d'una mononucleosi infecciosa hem de pensar i descartar la possibilitat d'una ruptura espontània de melsa.

Paraules clau

Mononucleosi; esplenectomia; dolor abdominal.

TINC UNA FERIDA AL PEU QUE NO MILLORA**AUTORS**

Laura Gros Naves, M. Cristina Ruiz Magaz,
Esther Rodrigo Clavero

Motiu de consulta

Lesió en 5è dit del peu esquerre d'1 mes d'evolució.

Antecedents personals

Sense interès.

Malaltia actual

Dona de 60 anys que ve procedent d'urgències per gangrena del 5è dit del peu dret amb limfangitis en planta i dors del peu d'1 mes d'evolució sense febre ni cap altra simptomatologia acompanyant.

Exploració física

Conscient i orientada. Normohidratada. Normocolorejada. Febrícula. Pell: presència d'eritema en dors del peu i lesió ulcerosa en dors del 5è dit del peu dret amb secreció purulenta. Polsos distals presents i simètrics.

Proves complementàries

1. Anàlisi sanguínia: hiperglucèmia. Leucocitosi. Resta normal.
2. Anàlisi orina: glucosa +++, cetonúria ++, proteïnes (-).
3. Hemocultius: negatius.
4. RX peu dret: no afectació òssia.
5. RX tòrax: sense imatges patològiques.
6. Angiografia: afectació llit vascular distal 5è dit peu dret.

Diagnòstic diferencial

Peu diabètic. Úlcera traumàtica. Tromboangeïtis obliterant. Trombosi arterial distal.

Orientació diagnòstica

La pacient presenta gangrena humida en el 5è dit del peu dret amb cel·lulitis dorsoplantar, com inici diabètic, precisant amputació quirúrgica transmetatarsiana i desbridament ampli de la zona.

Discussió i conclusions

El peu diabètic és una complicació greu però prevenible de la diabetis a causa d'una pèrdua de sensibilitat profunda per alteració neuropàtica amb la consegüent manca de pressió i tacte, la qual cosa provoca canvis en les àrees de recolzament del peu. La coexistència de deformitats intrínseques o adquirides, la falta d'higiene i de cures facilitarà la infecció d'aquestes lesions incipients.

El 15% dels diabètics patiran una úlcera al llarg de la seva vida, podent ser una forma de debut de la malaltia en els casos de pacients que no segueixen controls, i el risc d'amputació és 13 vegades major al de la població no diabètica. La intervenció preventiva pot canviar aquest pronòstic.

Paraules clau

Peu diabètic; gangrena; cel·lulitis.

DOLOR TORÀCIC EN PACIENT AMB INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA PRÈVIA**AUTORS**

Alexandra Villuendas Tirado, Mindau Gasgudelis,
Laura Gros Naves

Motiu de consulta

Home de 73 anys que va a Urgències per dolor toràcic amb expectoració hemoptoica i tos.

Antecedents

Hipertensió arterial. Hiperuricèmia. Intervenció quirúrgica de maluc esquerre en els 2 mesos previs.

Malaltia actual

Acudeix per dolor pleurític dret amb febre, dispnea i expectoració hemoptoica. Tractat amb antibiòtics a casa seva, no presenta millora.

Després de l'alta per la intervenció del maluc ja havia presentat un quadre previ de dolor pleurític dret juntament a dolor en zona gemel·lar, que va cedir uns quants dies després.

Exploració física

Tensió arterial: 133/87, freqüència cardíaca 109, freqüència respiratòria 28. No febre. Auscultació cardíaca arítmic. Auscultació respiratòria amb crepitants en base pulmonar dreta. Zona gemel·lar d'extremitat inferior esquerra tumefacta però no dolorosa.

Diagnòstic diferencial

Tromboembolisme pulmonar (TEP), pneumònia, sobreinfecció respiratòria, dolor muscular mecànic, pericarditis.

Proves complementàries

1. Hemograma: normal. Dímers D 1200.
2. Gasometria arterial: normal.
3. Radiografia tòrax: infiltrat en base pulmonar dreta.
4. ECG: fibril·lació a 132 batecs per minut.
5. TAC toràcic: TEP en artèria pulmonar principal dreta, artèria intermèdia i segmentàries de LID. Vessament pleural dret. Infiltrat posterobasal dret.

6. Eco-Doppler: trombosi venosa profunda en vena femoral superficial i comuna esquerres.

Judici clínic

Tromboembolisme pulmonar.

Discussió i conclusions

Hem de tenir en compte els factors de risc que poden desencadenar aquesta patologia ja que la incidència de la malaltia tromboembòlica venosa (ETEV) s'incrementa en funció de l'augment d'aplicacions de tècniques terapèutiques més agressives, a més de l'edat del pacient.

L'ETEV és l'ocupació de la llum venosa per un trombo acompanyat, o no, per una reacció inflamatòria local. Localitzat freqüentment en sistema venós profund d'extremitats inferiors i té com a conseqüències més importants l'embolisme pulmonar i la síndrome postflebítica.

Paraules clau

Tromboembolisme pulmonar; dolor toràcic; expectoració hemoptoica.

EDEMA DOLORÓS I ERITEMA EN CAMES**AUTORS**

Ayoze Gil Santiago, Josep Maria Vigatà,
Yoseba Cánovas Zaldúa

Motiu de consulta

Dona de 42 anys amb edema en cames acompanyat d'eritema i dolor.

Antecedents patològics

Tetralogia de Fallot, hipertensió pulmonar, insuficiència cardíaca crònica, flutter auricular amb marcapassos, infecció VHC, hipotiroïdisme subclínic. Tractament amb furosemida, espirinolactona, raniprilo, digoxina, sintrom, bosentan.

Antecedents familiars

Sense interès.

Malaltia actual

Consulta per edema eritematós i dolorós en cames. Va aparèixer progressivament fa 10 dies. No augment de dispnea, no ortopnea, ni febre.

Exploració física

Constants normals. Sorolls cardíacs rítmics, buf sistòlic 3/6 en focus pulmonar. No IY ni RHY. MVC. Abdomen globulós, hepatomegàlia de 6 cm, no ascitis. Tumefacció de parts toves en EEII, de predomini en cuixes, dura i dolorosa al tacte, sense fòvea i eritema roig i violaci generalitzat.

Diagnòstic diferencial

Edemes: ICC, cirrosi hepàtica, síndrome nefròtica, obstrucció drenatge venosolinfàtic, mixedema, angioedema, fàrmacs. Eritema: toxicodermia, paniculitis, urticària-angioedema.

Proves complementàries

1. Radiografia: cardiomegàlia, no redistribució, no vessament pleural.

2. ECG: ritme marcapassos.
3. Anàlítica: bioquímica, hemograma i hormones tiroïdals normals, no proteinúria.
4. Ecocardiograma: hipertensió pulmonar, FE: 61% (similar control anterior).

Judici clínic

Presentació atípica de edema. Augment de pes malgrat el tractament diürètic. Introducció o modificació de medicació recentment? *Inici bosentan fa un mes i mig. Augment de dosi fa deu dies.* Orientem com a efecte secundari a bosentan, en retirar-lo desapareixen els símptomes: dolor (4 dies), edema (3 setmanes), eritema (3 mesos). Proves d'hipersensibilitat negatives. Biòpsia: dilatació vasos dèrmics.

Discussió i conclusions

Bosentan és un fàrmac nou antagonista d'endotelina, amb efecte vasodilatador. Indicat en hipertensió pulmonar, DM-PM, LES, AR, etc. Hi ha escassa bibliografia sobre efectes secundaris similars en altres vasodilatadors, cap cas sobre bosentan.

En el diagnòstic diferencial d'edema generalitzat cal descartar: IC, cirrosi hepàtica i síndrome nefròtica. Després cal considerar altres causes. Atenció a medicació nova i poc estudiada. Nou efecte secundari de bosentan: «eritema persistent i edema dolorós, efecte directe (no hipersensibilitat), dosi-dependent i resolució lenta després de retirada del fàrmac».

Paraules clau

Bosentan; edema; erythema.

DIAGNÒSTIC CASUAL D'UN TUMOR PANCOAST

AUTORS

Mindau Gasgudelis, Alexandra Villuendas Tirado,
M. Cristina Ruiz Magaz

Motiu de consulta

Dolor costal després d'un traumatisme.

Antecedents personals

Exfumador des de fa 7 mesos. Resta sense interès.

Malaltia actual

Home de 58 anys que consulta a urgències per dolor costal mecànic en hemitòrax superior esquerre després d'un traumatisme.

Exploració física

Auscultació cardiorespiratòria normal. Tumefacció i dolor a la palpació i mobilització costal en hemitòrax superior esquerre.

Diagnòstic diferencial

Pneumònia, tuberculosi, tumor de Pancoast, metastasis pulmonars, dolor muscular.

Proves complementàries

1. RX pulmonar: masa en el vèrtex pulmonar esquerre amb erosió de la tercera costella.

2. Anàlítica de sang: normal.

3. TC: nòduls pulmonars compatibles amb metastasis *vs* neoplàsia primària amb metastasis.

4. Punció biòpsia pulmonar: es visualitzen cèl·lules amb perles de queratina i existència de ponts intercel·lulars compatibles amb carcinoma epidermoide.

Judici clínic

Tumor de Pancoast.

Discussió i conclusions

El tumor de Pancoast és un càncer pulmonar de localització predominantment en els vèrtex pulmonars. L'etiologia més freqüent és el carcinoma epidermoide i la clínica pot iniciar-se com a dolor toràcic i cervicobraquial per invasió del plexe braquial i irritació pleural. També pot cursar amb síndrome de Claude-Bernard-Horner (ptosis, miosi i enftalmos) per afectació del simpàtic cervical. El tractament és combinat radioteràpia i ressecció o radical.

Paraules clau

Carcinoma epidermoide; tumor de Pancoast; dolor costal.

ALTA PER EXPLORACIÓ NORMAL I BON ESTAT GENERAL, PERÒ...

AUTORS

Ana Celma Gil, Carmen Calvo Godoy,
Montserrat Rivera Albejano

Motiu de consulta

Home de 36 anys, tos persistent i dispnea progressiva des de fa 2 setmanes, data en la qual va presentar un procés respiratori de característiques virals.

Antecedents personals

Sense interès. Corredor de marató.

Antecedents familiars

Tres ascendents van tenir problemes cardíacs no especificats.

Malaltia actual

Tos i dispnea progressius. Por de no rendir en pròxima carrera.

Exploració física

Tots els paràmetres dins de la normalitat. No febre. Auscultació cardiopulmonar sense troballes patològics. Malgrat això, derivem el pacient a urgències hospitalàries.

Diagnòstic diferencial

1. Insuficiència cardíaca.
2. Insuficiència respiratòria.
3. Ansietat.
4. Procés infecció.

Proves complementàries a urgències

1. Radiografia de tòrax: cardiomegalia.
2. ECG: alteracions difuses en la repolarització.

Judici clínic, evolució i discussió

Donat d'alta del servei d'urgències i derivat al seu cardiòleg (amb cita al cap de 2 mesos), per presentar una descompensació evident d'insuficiència cardíaca. Coincideix que l'hospital està col·lapsat per l'epidèmia de grip.

Des d'atenció primària reclamem a diferents serveis la realització del que creiem la prova diagnòstica definitiva: una ecocardiografia, que se'ns nega pels motius abans esmentats.

S'aconsegueix realitzar aquesta prova el mateix dia, anant a la sanitat privada on s'evidencia un gran vessament pericàrdic amb risc de tamponament. S'ingressa el pacient a cardiologia, on de forma immediata s'instaura tractament amb AAS a altes dosis.

Conclusions

- Hem d'estar alerta en casos en què per la gran pressió assistencial, es posterga una patologia realment urgent en un pacient jove.
- Que tingués un bon estat general i l'exploració fos anodina no eren motius suficients per a l'alta, ja que podria haver-se produït un tamponament cardíac o fins i tot la mort sobtada del pacient.
- En un 50% dels casos la patologia cardíaca no presenta símptomes florits.

DESMAI EN BICICLETA COM UNA FORMA DE MANIFESTACIÓ D'URTICÀRIA PER FRED

AUTORS

M. Cristina Ruiz Magaz, Alexandra Villuendas Tirado,
Esther Rodrigo Claverol

Motiu de consulta

Disminució del nivell de consciència.

Antecedents familiars i personals

- Pare: rinoconjuntivitis primaveral, al·lèrgia a l'olivera.
- Germà: bronquitis asmàtica, al·lèrgia a les gramínies, olivera i fongs.
- Pacient: escarlatina (2 anys), varicel·la (4 anys).

Malaltia actual

Nena de 4 anys que anant en bicicleta un dia fred refereix malestar i presenta edema a cara i mans, amb posterior disminució del nivell de consciència, la qual cosa millora en entrar en un medi ambient més calent. Durant els dos mesos previs havia presentat en situació de fred diversos episodis d'erupció cutània pruriginosa a les zones descobertes.

Exploració física

Edema a cara i mans amb erupció cutània amb pàpules eritematoses edematoses a cara, mans i cames. Resta d'exploració normal.

Diagnòstic diferencial

1. Al·lèrgia: aliments, medicaments, aeroal·lèrgens, làtex, insectes.
2. Malalties infeccioses.

3. Urticària física: dermatografisme, exercici físic, tèrmica, vibratòria, colinèrgica, solar, pressió, aquagènica.
4. Alteracions del metabolisme de l'àcid araquidònic.
5. Malalties sistèmiques.
6. Altres.

Proves complementàries

1. Anàlítica: bioquímica i hemograma normals, crioglobulines negatives, complement i proteïnograma normals. ASLO < 200, serologies de mononucleosi i CMV negatives.
2. Prova del gel positiva als 5 minuts.

Judici clínic

Urticària primària per fred.

Discussió i conclusions

La urticària és un motiu de consulta molt freqüent a les nostres consultes d'Atenció Primària. La majoria de casos són lleus, pel que no solen representar una dificultat en el seu maneig diagnòstic ni terapèutic. No obstant això, quan afecta estructures vitals com la laringe, pot posar en perill la vida del pacient. La urticària és la manifestació més freqüent de l'anafilaxi i pot ésser un signe precoç d'una reacció al·lèrgica greu, raó per la qual ha d'ésser motiu d'observació estreta. És important conèixer les causes més freqüents d'urticària per a un diagnòstic etiològic i tractament preventiu.

AMENACES I AGRESSIONS AL PERSONAL SANITARI, UNA TENDÈNCIA EN CREIXEMENT

AUTORS

Llibertat Mas Blázquez, M. Cristina Ruiz Magaz,
Alexandra Villuendas Tirado

Justificació i objectius

Darrerament les amenaces i agressions al personal sanitari, ja siguin físiques o verbals, han augmentat en nombre. El nostre estudi descriu les característiques del personal que rep aquestes agressions i recull la manera com aquest hi respon.

Material i mètode

Disseny: estudi descriptiu transversal.

Àmbit d'estudi: servei d'urgències hospitalari i àrees bàsiques de salut urbanes i rurals durant els mesos de juliol i agost de 2004.

Subjects: metges adjunts, residents, diplomats infermeria, administratius i zeladors.

Mesures i intervencions: Es van recollir, mitjançant enquesta, dades sociodemogràfiques, antecedents i característiques de l'agressió i/o amenaça, actituds preses davant la situació i opinió sobre els motius que l'hagin pogut desencadenar.

Resultats

S'estudià una mostra de 140 individus (34% homes i 66% dones). El personal agredit o amenaçat en alguna ocasió

fou del 79%. Un 9% del personal amenaçat va ser denunciat posteriorment per l'usuari. L'11% del personal enquestat ha estat agredit en alguna ocasió.

Per grups professionals, els menys amenaçats van ser els zeladors, tot i que aquest fou el grup més agredit. Els més denunciats van ser els metges adjunts. En l'àmbit rural el nombre d'amenaces va ser major i en l'urbà va haver major nombre de denúncies. El personal del servei d'urgències fou el més agredit.

Només el 6% dels afectats van emprendre mesures legals davant aquestes agressions.

Discussió i conclusions

La majoria dels sanitaris enquestats han estat amenaçats alguna vegada, independentment del lloc de treball, mentre que una minoria ha estat denunciada o agredida. Tot i això, molt pocs són els que inicien recursos legals enfront aquesta situació, la qual desmotiva i genera por al sanitari en una proporció elevada, portant així a la realització en les nostres consultes, d'una medicina defensiva.

CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS DIABÈTICS D'UNA ÀREA BÀSICA DE SALUT URBANA

AUTORS

Carmina Poblet Calaf, Coral Chanco Rodríguez,
Francesc Barrio Torrel

Objectius

Avaluar característiques sociodemogràfiques, clíniques, analítiques i tractament farmacològic en diabètics.

Material i mètodes

Estudi observacional transversal. S'agafà una mostra aleatòria de diabètics atesos a atenció primària, en una Àrea Bàsica de Salut urbana de 25.071 habitants.

Es va dur a terme una revisió de 135 històries clíniques amb l'obtenció de les següents dades: sociodemogràfiques, anys d'evolució de diabetis, HbA_{1c}, perfil lipídic, tensió arterial, índex de massa corporal, risc cardiovascular, diagnòstic d'hipertensió arterial, dislipèmia, tabaquisme, microalbuminúria, complicacions microangiopàtiques i macroangiopàtiques i fàrmacs per a la diabetis, hipertensió i dislipèmia.

Resultats

L'edat mitjana fou de 66,4 ± 11 anys i un 56,3% dels pacients foren dones. El temps d'evolució mitjà va ser de 8,6 ± 7,7 anys. Pel que fa als factors de risc cardiovascular, el 66,7% van ser hipertensos, el 60% dislipèmics, l'11,5% fumadors i la presència de microalbuminúria es va veure en un 16,7% dels casos. El risc cardiovascular va ser de 17,4% ± 7,6% als 10 anys.

Quant a les dades clíniques analitzades, la tensió arterial sistòlica mitjana trobada va ser de 131,5 ± 14,7 mm

Hg i la diastòlica de 76,5 ± 9,4 mm Hg; l'índex de massa corporal mig fou de 30,4 ± 4,9 kg/m². Tingueren nefropatia un 9% dels pacients, neuropatia un 13,5%, retinopatia un 15%, arteriopatia perifèrica un 7,5%, AVC un 9% i cardiopatia isquèmica l'11,3%. Quant a les dades analítiques, el colesterol total mig fou de 204,2 ± 41,1 mg/dl, el colesterol-HDL de 52,3 ± 12,7 mg/dl, el colesterol-LDL de 116,9 ± 30,8 mg/dl, els triglicèrids de 182 ± 134,2 mg/dl, l'HbA_{1c} de 6,8 ± 1,3%. Un 80% dels pacients diabètics seguien tractament farmacològic (insulina 22,2%, sulfonilurees 92,2%, metformina 40%, acarbose 11,1% i metiglinides 2,2%). Un 45,9% dels dislipèmics seguien tractament hipolipemiant. I dels hipertensos, un 44,4% pren diürètics, un 31,1% inhibidors de l'ECA, ARAII un 16,3%, betablocadors un 15,6%, calciantagonistes un 11,1% i alfa-blocadors un 9,6%; rebien associacions un 18,5% dels hipertensos.

Discussió i conclusions

El perfil del nostre diabètic és el d'una dona major de 65 anys, obesa, amb 8 anys d'evolució de la malaltia, amb control metabòlic òptim, dislipèmica i/o hipertensa amb un percentatge no menyspreable de complicacions microangiopàtiques i macroangiopàtiques. Destaca l'elevat ús de metformina, diürètics i inhibidors de l'ECA.

A PROPÒSIT D'UN CAS: MASSA RETROCARDÍACA

AUTORS

Coral Chanco Rodríguez, Carmina Poblet Calaf,
Elisabeth Tapia Barranco

Motiu de consulta

Pacient home de 66 anys que consulta per clínica de 4-5 dies d'evolució de dolor en zona infraescapular esquerra d'instauració progressiva, continu, que es modifica amb els canvis de posició, junt amb escassa tos i discreta expectoració.

Antecedents personals

No al·lèrgies medicamentoses conegudes, exfumador des de 2000, obesitat, hipertensió arterial, necrosi avascular bilateral de malucs, portador de pròtesis bilaterals des de 1986. Espondiloartrosi de grau IV dorsal i lumbar. Infart agut de miocardi inferoposterior l'any 2000. Osteonecrosi de còndil femoral intern l'any 2004.

Antecedents familiars

Sense interès.

Exploració física

Anodina.

Exploracions complementàries

RX de tòrax: imatge nodular retrocardíaca de vores ben definides.

Diagnòstic diferencial

S'orienta el diagnòstic cap a una massa d'origen benigne del mediastí posterior, entre les quals podem trobar:

1. Tumor neurogènic.
2. Hèrnia paraesofàgica.
3. Diverticle esofàgic.
4. Tumor benigne de pulmó.
5. Quist pericàrdic.
6. Quist broncogènic.

7. Pseudotumor vascular: aorta descendent tortuosa, bucle de l'artèria innominata, aneurisma de l'aorta, anomalia de l'arc aòrtic.

Judici clínic

Per tal d'arribar al diagnòstic es realitzà ressonància magnètica on s'objectivà arc aòrtic dret amb artèria subclàvia aberrant sense dilatació ni estenosi, aorta descendent horitzontalitzada a nivell de la sisena vèrtebra toràcica travessant per darrere de l'esòfag. Es considerà la clínica que presentava el pacient com a dolor costal de tipus muscular

que va cedir amb analgèsia via oral, essent el diagnòstic una troballa casual dins l'estudi del pacient.

Discussió i conclusions

Les malformacions de l'arc aòrtic i la tortuositat de l'aorta descendent que no van associades amb dilatació ni estenosi, no tenen cap transcendència clínica. En ocasions, la tortuositat de l'aorta descendent s'ha associat amb alteracions de la motilitat esofàgica com a conseqüència del desplaçament de l'esòfag per part de l'aorta. En aquests casos, el tractament amb antiàcids i procinètics sol ser satisfactori.

SÍNDROME NEFRÒTICA EN PACIENT DIABÈTIC TIPUS 2

AUTORS

Ana Rascón Garcia, Júlia Barberà Viala, Beatriu Bilbeny de Fortuny

Motiu de consulta

Pacient de 56 anys consulta per edemes a membres inferiors i hematúria d'un mes d'evolució.

Antecedents personals

Diabetis *mellitus* tipus 2 de 20 anys d'evolució; hipertriglicèridèmia; tuberculosi a la infància; glaucoma. Exfumador. Pares i germana diabètics.

Malaltia actual

Presenta una clínica compatible amb una síndrome nefròtica: edemes, proteïnúria i microhematúria. S'inicia tractament amb diürètic i heparina i es remet a nefrologia.

Exploració física

Afebril. Tensió arterial elevada. Auscultació cardiorespiratòria normal. Abdomen anodí. Edemes en membres inferiors amb fòvea.

Diagnòstic diferencial

La nefropatia diabètica és la causa més freqüent de síndrome nefròtica en general en l'adult, però la glomerulonefritis primària de major prevalença és la nefropatia membranosa.

Proves complementàries

Davant la sospita d'un origen no diabètic es realitza una biòpsia renal amb el resultat de nefropatia membranosa.

Es descarten possibles associacions amb processos neoplàstics. Es realitza un eco-Doppler renal davant la sospita de trombosi de vena renal.

Judici clínic

El diagnòstic de nefropatia diabètica es realitza en la majoria dels diabètics a partir de criteris clínics, com llarga evolució de la malaltia, dany dels òrgans diana i insuficiència renal precedida de proteïnúria. El diagnòstic clínic de nefropatia diabètica sembla més evident en la diabetis *mellitus* tipus 1 i no és tan clar en la tipus 2.

Discussió

La incidència de malaltia glomerular no diabètica en pacients amb diabetis oscil·la entre el 8 i el 22%. L'aparició d'alteracions urinàries o el deteriorament de la funció renal no concordants amb la història natural de la nefropatia diabètica augmenta la possibilitat de malaltia renal no diabètica.

Conclusions

En el present cas les dades clíniques que fan sospitar un origen no diabètic van ser una proteïnúria d'aparició sobtada sense insuficiència renal, una hematúria persistent, una aparició brusca d'edemes i una absència de retinopatia.

DOCTOR, ESTIC CANSADA

AUTORS

Beatriu Bilbeny de Fortuny, Ana Rascón Garcia, Júlia Barberà Viala

Motiu de consulta

Astènia de 4 mesos d'evolució.

Antecedents personals

Al·lèrgia a penicil·lina, fumadora, hipertensa, artritis reumatoide, fibromiàlgia, bronquitis crònica, pleuritis tuberculosa a la infància. Contacte laboral amb malalts tuberculosos (PPD+).

Malaltia actual

Astènia i anorèxia de 4 mesos d'evolució amb pèrdua d'11 kg de pes. Lleugera disfàgia i tos amb dispnea en fer moderats esforços.

Exploració física

Afebril, pal·lidesa mucocutània, auscultació respiratòria en què s'observen roncus disseminats. No adenopaties. Resta d'exploració anodina.

Proves complementàries

1. Analítica: factor reumatoide 227; marcadors tumorals normals.
2. RX tòrax: nòduls pulmonars disseminats en lòbul superior dret i lòbul superior esquerre.
3. Espirometria: patró obstructiu moderat.
4. Broncoscòpia i BAS: normals.
5. Citologia esput: negativa.
6. Gasometria: normal.
7. Fibrogastrososcòpia: normal.
8. Mamografies: normals.
9. TAC pulmonar + PAAF: material insuficient.

Diagnòstic diferencial

Nòduls pulmonars disseminats («suelta de globos») corresponen a: metàstasis pulmonars, tuberculosi, artritis reumatoide, abscessos, èmbols sèptics, sarcoïdosi, granulomes de cèl·lules plasmàtiques, quists hidatídics, tumors amiloïdòtics, síndrome de Wegener, micosis.

Judici clínic

Per descartar un origen neoplàstic es va realitzar una nova TC + PAAF que va obtenir cèl·lules atípiques, compatibles amb *Carcinoma no cèl·lula petita*.

Discussió

La síndrome tòxica amb nòduls pulmonars disseminats feia pensar en metàstasis. Però el pronòstic que implica obligava a un estudi. Existien raons per pensar en altres causes: la inespecificitat de la clínica (la tos es va atribuir a la bronquitis crònica, l'astènia a la fibromiàlgia), la manca d'evidència del tumor primari (marcadors tumorals negatius) i la presència d'antecedents que produïen el mateix patró (l'artritis reumatoide o una reactivació tuberculosa). Per això, es van fer proves complementàries, fins a la confirmació anatomopatològica.

Conclusions

L'astènia, sobretot en una pacient fibromiàlgica, és motiu de consulta freqüent a Atenció Primària. L'astènia, però, té orígens tan diversos que mereix un estudi per confirmar el diagnòstic. Els nòduls pulmonars poden correspondre a diverses causes a més de les metàstasis, pel que cal descartar-les segons la història clínica.

EPIGASTRÀLGIA PERSISTENT

AUTORS

Julia Barberà Viala, Beatriu Bilbeny de Fortuny,
Ana Rascón García

Motiu de consulta

Pacient de 69 anys que acudeix per epigastràlgia constant de 2 mesos d'evolució.

Antecedents patològics

Extabaquisme, dislipèmia i arítmia cardíaca per fibril·lació auricular crònica.

Malaltia actual

Pacient amb epigastràlgia de mesos d'evolució sense nàusees ni vòmits que no respon al tractament empíric. El dolor millora amb la flexió abdominal i s'acompanya de lleu lumbàlgia. També explica pèrdua de pes.

Exploració física

Abdomen tou i depressible, amb dolor a la palpació epigàstrica, sense signes de peritonisme ni masses ni megàlies. Auscultació cardiorespiratòria normal.

Diagnòstic diferencial

Davant un pacient amb molèsties abdominals vagues i persistents caldria pensar en patologia gàstrica, esofàgica, pancreàtica i biliar. Estaria indicat demanar una ecografia abdominal i un estudi radiològic toràcic i del tracte gastrointestinal.

Proves complementàries

Una *ecografia abdominal* revelà diverses imatges nodulars hipoeocèniques hepàtiques compatibles amb metàs-

tasis. Una *radiografia de tòrax* demostrà una imatge nodular en lòbul superior dret compatible amb carcinoma broncopulmonar. Es complementà l'estudi amb una *TAC toracoabdominal*, en què es veié un nòdul subpleural en lòbul superior dret amb adenopaties hiliars i mediastíniques, lesions hepàtiques ocupants d'espai i adenopaties retroperitoneals al voltant del tronc celíac i pàncrees. Es plantejà el diagnòstic diferencial entre neoplàsia primària pulmonar o pancreàtica.

Judici clínic

La citologia + PAAF hepàtica és compatible amb carcinoma poc diferenciat no cèl·lules petites.

Discussió

El càncer de pulmó representa el segon en freqüència de tumors sòlids amb una incidència del 13% i la segona causa de nòdul pulmonar solitari és el carcinoma broncogènic. El de pàncrees representa el novè, amb una incidència del 2%. En ambdós, l'edat i el tabac són els principals factors de risc.

Conclusions

En el càncer de pàncrees els símptomes inicials solen ser insidiosos durant mesos, presentant en el 75% dels casos dolor epigàstric i pèrdua de pes sense més clínica acompanyant.

CEFALEA FRONTAL

AUTORS

Míngo Ribas Seguí, Susanna Nogués-Siuraneta,
Sisco Barrio Torrell

Motiu de consulta

Home de 60 anys que consulta per cefalea al servei d'urgències hospitalàries. Refereix, des de fa 4 dies, cefalea frontal contínua (dia i nit) que augmenta amb les maniobres de Valsalva i que s'acompanya de nàusees i vòmits. El dolor no cedeix amb el tractament analgèsic habitual. No presenta fotofòbia ni sonofòbia.

Antecedents patològics

Personals: al·lèrgic a les sulfamides. HTA. Úlcus duodenal. Meningitis bacteriana als 25 anys d'edat. Fumador de 20 cigarretes/dia.

Familiars: sense interès.

Exploració física

TA 135/80. FC 60 bpm. Afebril. Mal estat general. Conscient i orientat. Normocolorejat i normohidratat. Neuro-lògica: parells cranials conservats, pupil·les isocòriques i normoreactives, força i sensibilitat conservada, coordinació normal, Romberg normal, RCP flexor, ROT molt vius i simètrics. No rigidesa de clatell. ACR: normal. Abdomen i EEII: normals.

Diagnòstic diferencial

1. Cefalees associades a trastorns vasculars (HSA, hematoma intracranial, MAV sense ruptura...).
2. Tumoració intracranial.

3. Altres processos ocupants d'espai (quistos aracnoïdals, abscessos, hematomes subdural, granulomes, pneumoencèfal, etc.).

4. Pseudotumor cerebrí.

Proves complementàries

1. Hemograma i bioquímica sanguínia: normals
2. TAC cranial: pneumoencèfal frontal massiu amb desplaçament i deformació d'ambdós lòbuls frontals.

Discussió

El pneumoencèfal és un fenomen estrany que es produeix generalment després de fractures de la base del crani, de cirurgia paranasal o transesfenoidal, cirurgia per neoplàsies frontobasals, evacuació d'HSA o després de shunts de LCR.

Cal tenir en compte la possibilitat de pneumoencèfal en tots els pacients que després de cirurgia transesfenoidal endonasal, presenten cefalea i/o alteració del nivell de consciència.

Conclusió

Davant del resultat obtingut en les proves d'imatge varem reinterrogar el pacient en busca de les causes més freqüents de pneumoencèfal.

En aquest cas el nostre pacient ens va explicar que li havien practicat un drenatge quirúrgic per sinusitis feia 35 anys en el context d'un quadre de meningitis; aquest fet es relacionaria directament amb la presència de pneumoencèfal en l'actualitat.

CORTICOIDES INTRAARTICULARS I DIABETIS MELLITUS

AUTORS

Roser Bellmunt Silvestre, M. Dolors Ortiz Ortega,
Josep Oliveras Cuquet

Motiu de consulta

Pacient diabètic tipus 2 que consulta per mal control metabòlic, polidípsia i poliúria la darrera setmana.

Antecedents familiars i personals

Mare diabètica tipus 2 en tractament amb sulfonilurees. No al·lèrgies ni hàbits tòxics. No medicació habitual. 2001: DM2 ben controlat amb dieta. 2003: IQ de genoll dret i posteriors infiltracions de corticoides.

Malaltia actual

Pacient de 57 anys que consulta per glicèmies capil·lars superiors a 450 mg/dl amb polidípsia i poliúria la darrera setmana, sense canvis d'estil de vida. Nega introducció de nous fàrmacs, però refereix punció intraarticular de corticoides fa 3 setmanes al genoll dret per gonàlgia crònica. S'inicia tractament amb sulfonilurees sense millora significativa durant les dues primeres setmanes i posterior normalització dels nivells de glicèmia a partir de

les 4 setmanes, aconseguint retirar el fàrmac i assolir bon control amb dieta.

Exploració física

Constants correctes. Sequedat de mucoses. Pèrdua de 2 kg de pes. Exploració per aparells normal. Glicèmia capil·lar: 432 mg/dl. Tira reactiva: glucosúria +++++, resta negatiu.

Diagnòstic diferencial

1. Progressió DM2.
2. Canvis en estil de vida.
3. Infecció intercurrent.
4. Tumor maligne.
5. Fàrmacs hiperglicemians.

Proves complementàries

1. Anàlítica: hemograma normal.
2. Glicèmia: 398. HbA1c: 8,8. Amilasa i lipasa normals.
3. Resta bioquímica i EAB normals.

4. Marcadors tumorals: CEA, CA19,9 i CA125 negatius.
5. Sediment orina i ECG normals.

Judici clínic

Pacient diabètic tipus 2 ben controlat, que presenta descompensació hiperglicèmica no cetòsica, negant canvis d'estil de vida. Descartem patologia infecciosa intercurrent i neoplàstica amb l'exploració física i proves complementàries, atribuint com a causa del quadre clínic la punció intraarticular de corticoides.

Discussió

Els corticoides intraarticulars provoquen hiperglicèmies i antagonitzen els hipoglicèmians orals. Està descrit que el seu efecte dura de 4 a 6 setmanes.

Conclusions

Davant d'una descompensació diabètica cal tenir en compte fàrmacs hiperglicèmians per qualsevol via d'administració.

Paraules clau

Diabetis; corticoides; intraarticular.

SÍNDROME DE LA COSTELLA CERVICAL

AUTORS

Roser Bellmunt Silvestre, Lúdia Aulet Molist,
Josep Oliveras Cuquet

Motiu de consulta

Pacient de 25 anys que acut per fenomen de Raynaud, dolor i edema al braç dret.

Antecedents familiars i personals

Sense interès. No al·lèrgies. No medicació habitual. És ferretjer i dretà.

Malaltia actual

Dolor i lleu edema a 1/3 proximal braç dret que empitjora amb l'elevació del braç, en les darreres setmanes. Fenomen de Raynaud a mà dreta.

Exploració física

Constants normals. Polsos distals correctes. No bufes carotídis. Lleu edema a terç proximal braç dret, dilatació venes braç i tòrax anterior drets. Maniobra d'Adson i Allen positives. No alteracions neurològiques. Resta normal.

Diagnòstic diferencial

1. Anomalia musculo-esquelètica congènita: costella cervical, hipertròfia músculs escalens, etc.
2. Anomalia musculo-esquelètica adquirida: traumatisme cervical o clavicular previ, inestabilitat glenohumeral, tendinitis, contractura muscular, etc.
3. Patologia cardiovascular: pseudoangina, mediastinitis, etc.
4. Malalties de l'àpex pulmonar: tumor de Pancoast, etc.

Proves complementàries

1. RX tòrax: costella cervical.

2. Eco-Doppler TSA: trombosi vena subclàvia dreta, resta normal.
3. Electromiograma normal.
4. AngioRNM: estenosi severa de l'artèria subclàvia dreta per compromís extrínsec.
5. Arteriografia dinàmica normal.

Judici clínic

La clínica i les proves complementàries evidencien una síndrome de compressió vascular arterial degut a una costella cervical.

Discussió

La síndrome de la sortida del tòrax abasta diferents trastorns clínics, conseqüència d'una compressió neurològica, arterial o venosa, o combinades; pot estar produïda per múltiples causes, essent la menys freqüent la compressió arterial. La costella cervical és una de les causes més freqüents de compressió arterial subclàvia. La clínica i els estudis d'imatge donen el diagnòstic. El tractament sol ser quirúrgic, tal com es va fer en aquest cas, amb bona resposta.

Conclusions

La síndrome de la sortida toràcica planteja molts dubtes diagnòstics. Una adequada valoració del pacient té valor pronòstic, sobretot en casos de compressió arterial, on les seqüeles poden ser importants.

Paraules clau

Costella cervical; síndrome sortida toràcica; compressió neurovascular.

ELS NOSTRES DIABÈTICS I ELS LÍPIDS

AUTORS

Carmina Poblet Calaf, Elizabeth Tapia Barranco,
Francesc Barrio Torrel

Objectius

Avaluar característiques clíniques, analítiques i de tractament farmacològic en relació amb les xifres de colesterol en pacients diabètics tipus 2.

Materials i mètodes

- Estudi descriptiu transversal.
- ABS urbana de 25.071 habitants.
- Mostra aleatòria de diabètics.

- Revisió de 135 històries clíniques i recollida de dades sociodemogràfiques, IMC perfil lipídic, dislipèmia (DLP), risc cardiovascular mig, HbA1c, microalbuminúria/24 h (MABA), complicacions micro i macroangiopàtiques i fàrmacs hipolipemiant.
- Anàlisi estadística a través de X².

Resultats

1. Colesterol total: 204,2 ± 41,1 mg/dl, HDL: 52,3 ± 12,7 mg/dl, LDL: 116,9 ± 30,8 mg/dl, triglicèrids: 182 ± 134,2 mg/dl. Prevalença colesterol LDL < 100 en un 27%.
2. Un 60% dels diabètics es consideraren dislipèmics. El 45,9% rebien tractament farmacològic hipolipemiant.
3. IMC: 30,4 ± 4,9 kg/m²
4. La MABA resultava positiva en un 16,7%. Apareixia patologia cardiovascular en un 27,8% de la qual 7,5% arteriopatia perifèrica, 9% AVC i 11,3% cardiopatia isquèmica. Risc cardiovascular mig 17,4 ± 7,6%.
5. HbA1c 6,8 ± 1,3%.

6. Prevalença de LDL < 100.
7. Prevenció secundària.
8. Arteriopatia perifèrica: 66% (p = 0,005).
9. AVC : 70% (p = 0,001).
10. Cardiopatia isquèmica: 40% (p = 0,219).

Discussió i conclusions

Els nostres diabètics presenten LDL < 130 com a mitjana. Un 27% LDL < 100. Segons estudis recents (CARDS), els pacients amb DM i en prevenció primària veurien reduït el seu risc cardiovascular si aconseguissin LDL < 100. De la nostra mostra se'n beneficiarien un 65% dels pacients.

Pel que fa a la prevenció secundària, malgrat que aconseguim xifres LDL < 100 en una bona part dels que presenten arteriopatia perifèrica i AVC, sent diferències estadísticament significatives respecte els que no presenten patologia, no passa el mateix pel que fa a la c. isquèmica.

Paraules clau

Diabetis; LDL colesterol; primary and secondary prevention.

TRACTAMENT HIPOLIPEMIAN EN PREVENCIÓ PRIMÀRIA EN DIABÈTICS

AUTORS

Silvia Onrubia Castro, Montserrat Velasco Carrera, M. Dolores Moran

Justificació i objectius

Ens podem basar en diversos criteris per a la indicació del tractament hipolipemiant en prevenció primària en diabètics. D'una banda les guies americanes (NCEP) es basen en els nivells de colesterol LDL (> 130 mg/dl); d'altra, les societats europees, com ara el PAAPS, recomanen el càlcul del risc coronari a deu anys. Ara es vol introduir el risc de mortalitat cardiovascular com a paràmetre, sense tenir en compte la morbiditat... I encara pot passar que el tutor segueixi una altra guia?

El nostre objectiu és valorar la concordança del criteri cLDL i RCV per la indicació d'estatines com prevenció primària en població diabètica.

Metodologia

Disseny observacional, transversal, multicèntric (quatre centres d'atenció primària). Mostreig sistemàtic dels diabètics sense malaltia cardiovascular atesos durant l'any 2003. Es registren variables sociodemogràfiques, exploratòries, analítiques, RCV (Framingham) i indicació d'estatines. Anàlisi de concordança mitjançant l'estadístic kappa.

Resultats

S'estudien 245 diabètics (116 homes; 47,3%) de 61,6 ± 9,2 anys de edat mitja, amb un colesterol total de 206,4 ± 41,7 mg/dl, cLDL de 124 ± 37 mg/dl i RCV promig de 16,4 ± 7,3%. D'aquests subjectes, 55 (22,4%) presentaven un cLDL > 130 mg/dl i 64 (26,2%) un RCV > 20%, però tan sols 22 (8,9%) combinaren ambdós criteris. La concordança de ambdós paràmetres va ser baixa (kappa: 0,22; p < 0,01). De tota la mostra, 90 individus (37,7%) rebien estatines; en analitzar la indicació del fàrmac respecte al RCV > 20% i/o cLDL > 130 mg/dl no aparegueren diferències significatives.

Conclusions

Al nostre àmbit, sols un de cada quatre diabètics presenta xifres de cLDL i/o RCV que justificarien iniciar tractament amb estatines en prevenció primària. Ambdós criteris tenen baixa concordança i cap d'ells pressuposa la indicació del tractament. Tot i així, el perfil lipídic del nostres pacients és òptim.

Paraules clau

Risc; colesterol; estatines.

ESTUDI SOBRE EL PERFIL D'USUÀRIA DE LA PÍNDOLA POSTCOITAL COM A ANTICONCEPCIÓ D'EMERGÈNCIA

AUTORS

Sònia Mecerreyes Martín, Esther Rodrigo Claverol, Mindau Gasgudelis

Justificació i objectius

Descriure les característiques de la població que sol·licita la píndola postcoital com a tractament anticonceptiu d'emergència.

Disseny

Estudi descriptiu transversal.

Àmbit d'estudi

Àrea d'urgències del nostre centre hospitalari de referència.

Subjectes

Població femenina major de 14 anys, visitada durant els mesos de juny a agost de 2004.

Mesures i intervencions

Mitjançant una enquesta per entrevista clínica, es va recollir l'edat, nivell d'estudis, àmbit de residència, dia i hora de visita, si venien acompanyades, motiu de demanda, coneixements sobre la píndola, nombre de vegades utilitzada prèviament i freqüentació al servei de Planificació Familiar.

Resultats

La mostra total va ser de 140 dones amb una mitjana d'edat de 22 anys. El nivell d'estudis predominant va ser el mitjà (43%). El 57% procedien de l'àrea urbana. L'horari de visita més concorregut va ser la tarda, essent els dimarts i diumenges els dies de la setmana més freqüentats. Només el 7,2% van acudir acompanyades. Respecte al motiu de

demanda, el 58% referien problemes amb la utilització del mètode anticonceptiu habitual (ruptura de preservatiu, oblit d'anticoncepció oral) i la resta, relació sense protecció. El 28% tenien coneixements sobre la píndola, ja que no era la primera vegada que la utilitzaven. El 78,5% no havien acudit mai al servei de Planificació Familiar.

Discussió i conclusions

Els nostres resultats coincideixen amb altres estudis realitzats. El perfil d'usuària de l'anticoncepció d'emergència és una dona jove, d'àmbit urbà i amb estudis de grau mitjà, que acudeix per problemes amb el preservatiu. Generalment es tractava de la primera vegada que utilitzaven la píndola, i tenien pocs coneixements sobre ella, de manera que el moment de la seva demanda podria ser una bona ocasió per realitzar educació sanitària.

Paraules clau

Píndola postcoital; planificació familiar; urgències.

HIDRONEFROSI

AUTORS

Bibiana Contreras Raris, Núria López Batet, Alejandra Oringa

Motiu de consulta

Home de 77 anys que acudeix per portar el resultat d'una ecografia abdominal de control per hepatopatia per virus C.

Antecedents personals

Hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, cardiopatia isquèmica, hepatopatia per virus C, hèrnia d'hiatus, diverticulosi, hipertrofia benigna de pròstata, artropatia degenerativa, herniorràfia inguinal dreta.

Malaltia actual

A l'ecografia abdominal destaca ronyó dret normal amb important hidronefrosi amb dilatació del terç superior de l'urèter.

Exploració física

Tacte rectal amb pròstata petita i irregular, abdomen anodí.

Diagnòstic diferencial

Litiasi ureteral, compressió extrínseca, tumoració intrínseca, patologia prostàtica.

Proves complementàries

1. Anàlisi amb lleu augment de creatinina i PSA normal.
2. Urografia endovenosa amb anul·lació funcional del ronyó dret sense litiasi.
3. TAC abdominal amb lesió ureteral obstructiva compatible amb procés tumoral.

Judici clínic

Amb les troballes de les proves d'imatge podem concloure que es tracta d'un tumor ureteral. Es va realitzar nefroureterectomia dreta i l'anàlisi anatomopatològic va determinar que es tractava d'un tumor urotelial. Es va fer tractament coadjuvant amb quimioteràpia. S'han fet controls periòdics (amb anàlisi, cistoscòpia, TAC abdominal i radiografia de tòrax) i en l'últim TAC s'aprecien adenopaties abdominals suggestives de metàstasi.

Discussió

La clínica de debut dels tumors urotelials acostuma a ser l'hematúria, i en l'estudi d'aquesta cal incloure proves d'imatge que permetin descartar litiasi o lesions de les vies urinàries. En aquest cas, el pacient estava asimptomàtic i es va poder fer un diagnòstic precoç gràcies a una troballa casual en una exploració feta per un altre motiu.

Conclusions

La clínica és molt important a l'hora d'iniciar un estudi diagnòstic, però no hem de menysprear les troballes casuals d'exploracions complementàries sol·licitades per altres raons (com ara calcificacions arterials o signes d'osteopènia en radiografies, alteracions analítiques no esperades...) que ens poden fer arribar a diagnòstics concrets i a actituds terapèutiques determinades.

Paraules clau

Hidronefrosi; neoplàsia ureteral; troballes incidentals.

HIPERTRIGLICERIUÈ...?

AUTORS

Cristina Gutiérrez Portugal, Maria Riera Finestres,
Maira Mengual Terricabras

Objectiu

Analitzar la prevalença de la hipertrigliceridèmia i dels factors de risc cardiovascular (FRCV) associats amb ella.

Analitzar la implicació de la hipertrigliceridèmia en la síndrome metabòlica (SM).

Disseny

Estudi descriptiu, transversal, observacional.

Àmbit

Una consulta d'un centre d'Atenció Primària urbà.

Metodologia

Es recull l'últim registre dels FRCV que presenten els pacients d'una consulta segons els criteris definitoris de la SM de l'ATP III 2002 (NCEP).

Es substitueix perímetre abdominal per l'IMC.

S'utilitza la història clínica informatitzada (OMIAP) dels darrers tres anys.

Es calculen prevalences i freqüències.

Subjectes

Majors de 14 anys adscrits a la consulta (desembre de 2004).

Variables

Edat, sexe, registre de triglicèrids, DM, glucèmia basal alterada (GBA), HTA, IMC i HDL-colesterol.

Resultats

- 1.834 pacients assignats (52,1% dones).
- 1.060 amb trigliceridèmia registrada (57,8%).

3. Tenen hipertrigliceridèmia 254 (13,84% del total): 16,97% dels homes i 10,98% de les dones.

4. Edat mitjana dels hipertrigliceridèmics: 57,4 anys (homes 53; dones 62).

5. Dels hipertrigliceridèmics:

- 41,33% són hipertensos: 33,55% dels homes, 52,38% de les dones.
- 41,73% tenen DM/GBA: 35,57% dels homes, 50,47% de les dones.
- 35,43% tenen IMC > 30: 30,87% dels homes, 41,90% de les dones.
- 27,95% tenen un HDL-colesterol baix: 24,16% dels homes, 33,33% de les dones.
- 71,25% tenen almenys un altre FRCV associat: 77,15% de les dones, 67,12% dels homes.
- 12,59% presenten xifres superiors a 300 mg/dl: 16,10% dels homes, 7,61% de les dones. Edat mitjana: 52,9 anys (homes 48,5; dones 66,0).
- 46,2% compleixen criteris de SM.

Conclusions

1. La prevalença d'hipertrigliceridèmia és major en homes.
2. Les dones amb hipertrigliceridèmia tenen més FRCV associats.
3. Els FRCV que més s'associen són la HTA i la DM/GBA.
4. Els pacients amb trigliceridèmia més elevada solen ser homes més joves.
5. Gairebé la meitat dels hipertrigliceridèmics compleixen criteris de SM.

Paraules clau

Hipertriglyceridemia; Primary Health Care; Metabolic Syndrome X.

ANÀLISI DESCRIPTIVA DEL PROCÉS D'IMPLEMENTACIÓ DE LA HISTÒRIA CLÍNICA INFORMATITZADA

AUTORS

M. Cristina Ruiz Magaz, Sònia Mecerreyes Martín,
Alexandra Villuendas Tirados

Justificació i objectius

Descriure les característiques dels professionals sanitaris que utilitzen el suport informàtic per a realitzar les històries clíniques i l'opinió que en tenen al respecte.

Material i mètode

Disseny: estudi descriptiu transversal.

Àmbit d'estudi: àrees bàsiques de salut rurals i urbanes i servei d'urgències de l'hospital de referència.

Subjectes: metges adjunts, metges residents, diplomats universitaris en infermeria (DUI), administratius, auxiliars i zeladors.

Mesures i intervencions: mitjançant entrevista clínica es realitzen enquestes (juny a agost de 2004) on es recull el

nivell de coneixements d'informàtica, formació rebuda per part de l'empresa, opinió sobre utilitat, seguretat i accessibilitat de les dades introduïdes, opinió sobre si consideren pràctic el programa i si han tingut problemes derivats del seu ús.

Resultats

Mostra de 89 professionals sanitaris: 60,6% metges (adjunts i residents), 30,3% DUI i auxiliars, 8% administratius i zeladors. El 95% dels enquestats opinaven que la informatització de les històries clíniques és útil, però un 40% d'aquests considera que alenteix el procés. Un 50% consideren que la informació no s'emmagatzema de forma segura, i un 73% pensen que d'aquesta manera és massa accessible,

fins i tot pel personal no sanitari. Coneixements d'informàtica: cap 4,4%, bàsic 46%, mitjà 42% i avançat 6%.

Destaca que un 75% dels usuaris ha tingut alguna mena de problema amb el programa i que només el 48% ha rebut un curs de formació previ.

Discussió i conclusions

La majoria dels professionals sanitaris entrevistats posseeixen coneixements bàsics d'informàtica adquirits fora de

l'empresa. La majoria creu en la utilitat del sistema d'informatització de les històries clíniques malgrat que alenteixi la dinàmica de la consulta, la majoria han tingut algun problema amb ell, considerant-lo massa accessible per a persones alienes al personal sanitari.

Paraules clau

Informatització; professionals sanitaris; història clínica.

PACIENT COMPLICAT: PATOLOGIA COMPLICADA

AUTORS

Bibiana Contreras Raris, Núria López Batet, Jordi Hoyo Sánchez

Motiu de consulta

Home de 57 anys que consulta per dolor d'extremitat inferior esquerra.

Antecedents familiars i personals

No refereix antecedents familiars d'interès. Exfumador. Hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, glomerulonefritis membranosa, arteriopatía perifèrica, pòlip de colon, gastritis atròfica, ansietat.

Malaltia actual

Dolor agut continu a extremitat inferior esquerra en context de quadre de diarrees líquides amb vòmits i molèsties abdominals lleus i difuses que es va orientar com a probable gastroenteritis infecciosa.

Exploració física

Auscultació cardiorespiratòria normal, abdomen anodí, extremitats inferiors calentes, però sense palpar pols femoral esquerra.

Diagnòstic diferencial

Rabdomiòlisi per estatines, isquèmia aguda d'extremitat inferior, aneurisma d'aorta.

Proves complementàries

Es va derivar el pacient a Urgències hospitalàries. A l'anàlisi destacava: creatinina de 12,8 (prèviament, 2,2) i creatin-

kinasa de 440 (prèviament, 44). Es va fer angio-TAC urgent que va mostrar important ateromatosis calcificada aorto-iliàca amb major afectació de l'artèria ilíaca interna esquerra, que presenta disminució de diàmetre. A la nova anàlisi destaca: acidosis metabòlica, PCR de 4,8 i lipasa de 1114.

Judici clínic

Amb aquestes dades es va orientar com a insuficiència renal aguda d'origen prerrenal per deshidratació per pèrdues digestives degudes a pancreatitis aguda. El dolor de l'extremitat inferior esquerra es va atribuir a hipoperfusió de zona amb arteriopatía ja coneguda. Es va realitzar hemodiàlisi i hidratació, així com repòs intestinal, amb bona evolució clínica (creatinina a l'alta de 2,4).

Discussió

En aquest cas podem dir que la clínica de la pancreatitis ha estat atípica, ja que no hi havia dolor abdominal intens en cinturó i l'exploració abdominal era anodina. Cal dir que el pacient ha presentat complicacions probablement per la seva susceptibilitat deguda a la patologia de base.

Conclusions

Cal tenir molt en compte el control de patologies que poden semblar banals però que poden desestabilitzar patologies de base importants.

Paraules clau

Glomerulonefritis; pancreatitis; angiopatía perifèrica.

TROMBOFLEBITIS MIGRATÒRIA

AUTORS

M. Ángeles González Martínez, Laia Alcober Morte, Ana M. Simón Torres

Motiu de consulta

Pacient dona de 56 anys que acudeix a la consulta per eritema, tumefacció i dolor a cara lateral interna de cuixa esquerra.

Antecedents familiars i personals

No té hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes. Varius a extremitats inferiors (EEII). Dislipèmia. Anèmia ferropènica atribuïda a hipermenorrea.

Malaltia actual

Es diagnostica de tromboflebitis superficial del terç inferior de safena interna. Revisant la història clínica, es troben dos episodis en diferents localitzacions durant els 3 mesos previs. Es planteja l'estudi de tromboflebitis migratòria en una persona amb varius a EEII, motiu pel qual es realitza anamnesi dirigida en què destaca clínica de dolor abdominal epigàstric relacionat amb la ingesta de 4 mesos d'evolució. No refereix síndrome tòxic ni melenes.

Exploració física

Destaca pal·lidesa mucocutània i varius a EEII, l'exploració abdominal és anodina a l'igual que la resta de l'exploració.

Diagnòstic diferencial

1. Idiopàtica.
2. Secundàries:
 - Coagulopaties.
 - Neoplàsies, típicament carcinomes de tracte digestiu encara que també cal pensar en hematològiques.
 - Traumatismes.
 - Vasculitis, en especial PAN i Buerger.

Proves complementàries

1. Analítica: destaca Hb 8,6 g/l, VCM 70fL, Ht 27%, ferritina 23 mg/ml, VSG i coagulació normals.
2. FGS: massa ulcerada a cos gàstric compatible amb procés proliferatiu.
3. AP: adenocarcinoma difús (cèl·lules en «anell de segell»).

PACIENT AMB LESIÓ CUTÀNIA UMBILICAL**AUTORS**

Sònia Mecerreyes Martín, Laura Gros Navés,
Esther Rodrigo Claverol

Motiu de consulta

Pacient que presenta pèrdua de pes, deposicions diarreïques i dolor lumbar.

Antecedents familiars i personals

No té hàbits tòxics, hipertriglicèridèmia i hiperglucèmia en tractament amb dieta.

Malaltia actual

Home de 76 anys que refereix deposicions diarreïques (4-5 al dia) de 4 mesos d'evolució, sense productes patològics. S'acompanya de dolor lumbar, que no cedeix amb l'analgèsia habitual, i una síndrome tòxica amb pèrdua de 7-8 kg de pes.

Exploració física

Afebril. Icterícia mucocutània. Auscultació cardiopulmonar normal. Abdomen tou, sense masses palpables. Tacte rectal normal. Limitació dels moviments de columna, sense radiculopatia. A nivell umbilical, presenta lesió endurada, eritematosa, no pruriginosa, ocupant tota la superfície del melic. No adenopaties.

Diagnòstic diferencial

Amb patologies que donen lloc a nòduls umbilicals. La gran majoria són benignes, com els nevus i abscessos. Poden ser processos malignes primaris, com un melanoma. O bé, nòduls d'origen metastàtic que corresponen a neoplàsies intraabdominals.

Judici clínic

Tromboflebitis migratòria paraneoplàstica.

Discussió i conclusions

Davant d'una tromboflebitis migratòria cal plantejar-nos la possibilitat que sigui secundària a un procés intercurrent. Clàssicament cal pensar en l'adenocarcinoma de cua de pàncrees, tot i que s'associa a tots els carcinomes del tracte digestiu. D'altra banda cal descartar antecedents de traumatisme, coagulopaties i vasculitis.

Com a conclusió direm que la tromboflebitis migratòria ha de ser un signe d'alarma que no ens ha de passar desapercebut.

Paraules clau

Tromboflebitis; neoplàsia; tracte digestiu.

Proves complementàries

1. Analítica general, amb xifres elevades de bilirubina total, transaminases, GGT i FA.
2. Radiografia de tòrax normal.
3. Radiografia de columna amb signes d'espondiloartrosi dorsolumbar.
4. Coproculius negatiu.
5. Ènema opac normal.
6. Biòpsia cutània, informada com a infiltració neoplàstica per un adenocarcinoma. TC abdominal amb presència de tumoració pancreàtica de 6 × 6 cm, amb infiltració d'estructures adjacents, metastasis hepàtiques i ascites carcinomatoses.

Judici clínic

Es tracta d'una metastasi cutània umbilical, secundària a un adenocarcinoma pancreàtic.

Discussió i conclusions

Aquest tipus de metastasi es coneix amb el nom de nòdul de la germana Maria Josep. La seva incidència és molt baixa, però la importància del seu diagnòstic radica en què pot ser la primera manifestació d'una neoplàsia no diagnosticada prèviament, o bé constituir el primer signe de recidiva d'una neoplàsia ja coneguda i considerada en remissió completa.

Paraules clau

Lesió umbilical; nòdul de la germana Maria Josep; neoplàsia intraabdominal.

DOCTORA, VISC EN UN SON CONSTANT: NARCOLÈPSIA-CATAPLÈXIA

AUTORS

Cristina Ruiz Magaz, Sònia Mecerreyes Martín,
Llibertat Mas Blázquez

Motiu de consulta

Somnolència diürna excessiva.

Antecedents familiars i personals

El pacient no presenta antecedents familiars ni personals d'interès.

Malaltia actual

Home de 42 anys que consulta per presentar episodis de repetició de somnolència diürna des de fa 20 anys amb posterior sensació de debilitat a les extremitats sense arribar a caure ni perdre la consciència. Aquesta situació es desencadena quan està relaxat i davant d'emocions. Un cop iniciats els episodis, el pacient refereix al·lucinacions visuals i auditives.

Exploració física

L'exploració física per aparells és normal, essent l'exploració neurològica sistematitzada absolutament normal.

Diagnòstic diferencial

1. Apnea obstructiva durant la son.
2. Narcolèpsia-cataplèxia.
3. Trastorns del cicle son-vigília.
4. Depressió.
5. Consum d'alcohol o drogues.
6. Síndrome de cames inquietes.

7. Son insuficient.

8. Tumors del sistema nerviós central.

Proves complementàries

Estudi polisomnogràfic.

Judici clínic

Síndrome de Gelineau o narcolèpsia-cataplèxia.

Discussió i conclusions

Davant la presència de somnolència diürna excessiva, habitualment es tendeix a pensar en entitats prevalents com l'apnea obstructiva durant el son. No obstant, sempre s'han de descartar altres entitats.

La narcolèpsia és una patologia crònica d'etiologia desconeguda que es caracteritza per la presència de somnolència diürna excessiva i cataplèxia. Un altre símptoma és la paràlisi del son, que consisteix en la incapacitat per a moure's durant l'inici del son o en despertar-se. Poden coexistir al·lucinacions visuals o auditives. L'anamnesi és clau en el diagnòstic, i l'estudi polisomnogràfic nocturn és la prova que confirma el diagnòstic. El tractament està basat en regular els horaris de son i vigília, fàrmacs estimulants per a la somnolència i antidepressius per a la cataplèxia.

Paraules clau

Narcolèpsia-cataplèxia; síndrome de Gelineau; somnolència.

NO TOTES LES FEBRES SÓN GRIP

AUTORS

Maira Mengual Terricabras, Maria Riera Finestres,
Albert Antoja Rovira

Presentació del cas

Home de 31 anys sense antecedents patològics d'interès que consulta per febre i lumbàlgia de 6 dies d'evolució. A l'exploració destaca afectació important de l'estat general, temperatura 39 °C, calfreds, sudoració i dolor a la palpació L3-L4.

Es deriva a urgències hospitalàries on es realitza radiografia de tòrax i anàlisi sense alteracions destacables. S'inicia tractament empíric amb amoxicil·lina i àcid clavulànic.

Als quatre dies al control al CAP persisteix clínica.

L'anamnesi detallada revela: episodis autolimitats, cada 48 hores, de febre vespertina amb afectació de l'estat general i artromiàlgies. Explica que ha fet un viatge a Guinea Equatorial fa 9 mesos realitzant quimioprofilaxi adequadament. Exploració física: esplenomegàlia, resta sense canvis.

Diagnòstic diferencial

1. Infeccions sistèmiques (malària, tuberculosi).
2. Infeccions localitzades (espondilodiscitis, pielonefritis).

3. Connectivopaties.

4. Neoplàsies (hematològiques).

Proves complementàries

1. Radiografia tòrax i lumbar: sense alteracions valorables
2. Anàlisi: limfòcits estimulats, plaquetes 50.000 /mm³, creatinina 1,35 mg/dl, GOT 90 U/l, GPT 60 U/l.
3. Sediment orina: normal.

Judici clínic

Donada la febre terciària, plaquetopènia, hipertransaminèmia i l'antecedent del viatge, es remet a l'hospital urgentment on es realitza gota grossa aïllant-se *Plasmodium malariae*. Amb diagnòstic de malària s'inicia tractament amb primaquina. La clínica remet als 4 dies i es normalitzen progressivament les alteracions analítiques.

Discussió

Tot i que la majoria de quadres febrils en atenció primària són autolimitats i sovint banals, cal tenir present altres

patologies no tan freqüents, però potencialment greus en alguns casos, i que en d'altres poden presentar un problema diagnòstic i de persistència clínica.

Conclusions

La febre sense focus és una entitat freqüent que habitualment obeeix a processos infecciosos i tractables. L'atenció sistematitzada i l'exploració repetida davant la persistència

de clínica permet que l'orientació diagnòstica es pugui realitzar a nivell ambulatori.

Tota febre persistent a la tornada d'un viatge al tròpic és una malària fins que no es demostrï el contrari.

Paraules clau

Malària; febre; anamnesi.

FEM UNA IMPLEMENTACIÓ CORRECTA DEL PROGRAMA D'ACTIVITATS PREVENTIVES (PAPPS)?

AUTORS

Montserrat Velasco Carrera, Silvia Onrubia Castro, Judit Saumell Boronat

Justificació

En el nostre dia a dia tenim en compte que és una gran eina per augmentar el nivell de salut de la nostra població? Ens veiem obligats a seleccionar els pacients segons els factors de risc, per sobrecàrrega assistencial o altres motius?

Objectiu

Avaluar el compliment del PAPPS i quins dels seus components generen posteriors activitat de prevenció primària.

Disseny, subjectes i àmbit

Estudi observacional, transversal i multicèntric (4 centres) a l'Atenció Primària. Població de referència de 85.254 usuaris.

Materials i mètodes

Mostreig sistemàtic de subjectes > 40 anys atesos durant 2003, suficient per assegurar una potència del 95% i un error α de 0,05. S'exclouen pacients amb factors de risc i malaltia cardiovascular. S'informatitzen variables sociodemogràfiques (edat i sexe), hàbit tabàquic (fumador, no fuma-

dor i exfumador) i les activitats PAPPS (paquet mínim): pes, alçada, pressió arterial, glucèmia basal i colesterol.

Resultats

S'avaluen 200 subjectes (106 dones; 53%), amb una edat mitjana de anys $61,5 \pm 13,7$ anys. El paquet mínim PAPPS es va complir en 77 individus (38,5%), d'aquests un 63,6% eren dones. En 32 subjectes (16%) es va registrar l'antecedent de tabaquisme, en 31 (15,5%) xifres de PAS ≥ 140 mm Hg, en 55 (27,5%) PAD ≥ 90 mm Hg, en 28 (14%) IMC ≥ 30 kg/m², en 9 (4,5%) alteració glucèmica (3 amb valor de rang diabètic) i 22 amb dislipèmia (11%).

Conclusions

El programa PAPPS s'implementa en una insuficient proporció d'individus, tenint en compte l'alt rendiment potencial en població de més de 40 anys sense factors de risc. L'antecedent de tabaquisme i el cribatge dels indicadors de l'exploració física, comparant amb les variables analítiques, són els que aporten més detecció de casos i impliquen més activitats de prevenció primària.

CANVIS DES QUE LA PÍNDOLA POSTCOITAL ÉS GRATUÏTA

AUTORS

Elizabeth Tapia Barranco, Francesc Barrio Torrell, Coral Chancho Rodríguez

Objectiu

Comparar les característiques de les dones que sol·liciten la píndola postcoital després de la seva gratuïtat amb el mateix període de l'any anterior.

Materials i mètodes

- Estudi observacional descriptiu.
- Centre d'atenció continuada (CAC) d'una àrea urbana de 100.000 habitants.
- Dones que sol·liciten píndola postcoital en el CAC.
- Revisió dels informes d'alta de les visites realitzades al CAC per sol·licitar la píndola postcoital, d'octubre a desembre de 2004 i d'octubre a desembre de 2003.
- Les variables recollides són: edat, data d'administració, hora de consulta, dia de la setmana, temps transcorregut des del coit, mètode anticonceptiu previ a l'incident, si és la primera vegada que ho sol·licita, si viu a

la mateixa ciutat que el CAC. S'aplica anàlisi estadístic Chi quadrat.

Resultats

A partir de l'entrada en vigor de l'administració gratuïta s'ha doblat la demanda de píndoles postcoitals (100 casos entre octubre i desembre el 2004 i 48 durant el mateix període del 2003). L'edat de les usuàries s'ha incrementat de $20,6 \pm 3,7$ a $22,8 \pm 6,5$ anys ($p = 0,034$). Així com abans la demanda es concentrava entre els primers i els últims dies de la setmana, s'ha observat que al mateix període de 2004 la demanda no es polaritza tant ($p > 0,05$). Al 2003 el 58,2% acudien a partir de les 12 h, al 2004 només ho fan un 39% ($p > 0,05$). El 86,1% deien utilitzar un mètode anticonceptiu previ a l'incident al 2004 vers el 96,6% del 2003 ($p = 0,048$). El motiu predominant continua sent la ruptura de preservatiu. S'ha incrementat la demanda al torn de matí ($p > 0,05$).

Conclusions i discussió

Des de l'entrada en vigor de la gratuïtat de la píndola postcoital ha augmentat la seva demanda i s'ha observat un augment de l'edat mitjana de les sol·licitants.

Paraules clau

Emergency contraception; postcoital intervention; contraceptive management.

LA DEMANDA DE LA PÍNDOLA POSTCOITAL EN LES ADOLESCENTS

AUTORS

Carmina Poblet Calaf, Elizabeth Tapia Barranco, Coral Chancho Rodríguez

Objectius

1. Descriure el perfil de les adolescents (≤ 21 anys) que demanen la píndola postcoital.
2. Fer una comparativa entre les adolescents i les dones adultes (> 22 anys) que també sol·liciten la píndola postcoital.

Materials i mètodes

- Estudi observacional descriptiu.
- Centre d'Atenció Continuada (CAC) d'una població urbana de 100.000 habitants.
- Dones que sol·liciten la postcoital en el CAC.
- S'avaluen dades recollides en un període de 6 mesos entre 2003 i 2004.
- Les variables recollides són: edat, data d'administració, hora de consulta (torn de matí, tarda o nit), dia de la setmana, temps transcorregut després del coit (interval de < 6 h, 6-12 h, 12-24 h, 24-72 h), mètode anticonceptiu previ, primera vegada que sol·licita la píndola, si té o no el domicili a la mateixa ciutat on està el CAC.

Resultats

De les 148 dones que van sol·licitar la postcoital, 81 eren adolescents.

Les adolescents vénen més sovint a demanar la postcoital els caps de setmana (dissabte i diumenge) respecte a les dones adultes (64,2 i 60,6%, respectivament).

Les adolescents vénen més aviat (< 6 h) que les dones adultes (37,7 i 24,5%, respectivament). El motiu de sol·licitud més freqüent entre les dones adolescents és la ruptura del preservatiu i la diferència és estadísticament significativa respecte les dones adultes ($p < 0,05$).

Un 20,3% de les adolescents que vénen a sol·licitar la postcoital són d'un altre municipi.

Tant en les adolescents com en les dones adultes l'hora més habitual és el de tarda. Tot i això, les adolescents vénen més al torn de nit que les adultes (30,9 i 25,8%, respectivament).

Discussió i conclusions

Les adolescents acudeixen a sol·licitar la píndola postcoital passades menys hores des de l'acte sexual i més freqüentment els caps de setmana.

Paraules clau

Contraception for adolescents; postcoital intervention; teenage sexual health matters.

PNEUMÒNIA I HIPONATRÈMIA

AUTORS

Carolina Terrer Alzuria, Eva Ribalta Calvet, Eduard Peñascol Pujol

Motiu de consulta

Home de 72 anys amb infecció respiratòria en tractament que consulta per parèsia d'extremitat superior dreta.

Antecedents familiars

Sense interès.

Antecedents personals

No al·lèrgies conegudes, exfumador, IAM al 1984, neoplàsia de recte al 1999, hipertens, MPOC, pneumotòrax recidivants, pneumònia intrahospitalària. Tractament habitual: aas, omeprazol, broncodilatadors, irbesartan, furosemida, potassi, oxigen domiciliari i colimicina-tobramicina inhalats.

Malaltia actual i evolució

Acudeix a la consulta per temperatura de 38 °C, augment de la dispnea amb freqüència respiratòria de 28 per minut, hipofonesi més crepitants en base dreta. Es diagnostica d'infecció respiratòria i es tracta amb ciprofloxací. Als 4 dies en visita domiciliària s'aprecia parèsia en braç dret,

que refereix s'inicia a les 24 hores del tractament antibiòtic, junt amb deposicions diarreiques.

Exploració física

Afebril, milloria de l'auscultació respiratòria. Parèsia braç dret 2/5, ROT presents i simètrics, sensibilitat conservada.

Diagnòstic diferencial

Cal valorar neuropatia secundària a ciprofloxací, ictus en territori cerebral mitjà, trastorns iònics secundaris a infecció respiratòria.

Proves complementàries

Es remet a urgències on es realitza anàlisi diagnòstica: urea 46 mg/dl, creatinina 1,07 mg/dl, Na 116 mEq/l, K 4,99 mEq/l, Hb 14,3 mg/dl.

Judici clínic

Hiponatrèmia secundària a sobreinfecció respiratòria.

Discussió

La clínica de la hiponatrèmia depèn de la severitat i de la rapidesa d'instauració. Els símptomes apareixen quan el nivell de sodi és inferior a 120 mg/dl, i quan és inferior de 115 mg/dl amb ràpida instauració pot arribar a produir la mort. Cursa amb gran variabilitat de símptomes, des de nàusees i vòmits a convulsions i coma, i és una complicació freqüent de les pneumònies bacterianes.

Conclusió

Donat la inespecificitat dels símptomes dels trastorns iònics pensem que és important tenir-los en compte en malalts domiciliaris pluripatològics amb múltiples tractaments, ja que la primera sospita es realitza des de l'atenció primària tot i que el tractament sigui hospitalari.

Paraules clau

Hiponatrèmia; pneumònia; hemiparèsia.

DOCTOR, TINC MAL D'ESQUENA**AUTORS**

Alícia Lladó i Puigdemont,
Anna Picas i Jufresa

Motiu de consulta

Noi de 25 anys amb clínica de dolor lumbar irradiat a extremitats inferiors, de 3 mesos d'evolució, que no millora amb antiinflamatoris. I l'últim mes presenta astenia, anorèxia i pèrdua de pes.

Exploració física

Afebril, TA: 140/100, FC: 100 x'.

Auscultació cardiorespiratòria normal. Polsos perifèrics presents i simètrics. Exploració neurològica normal. Abdomen dolorós a fossa lumbar esquerra amb palpació de massa d'uns 10 cm de vores llises no dolorosa. No adenopaties perifèriques.

Proves complementàries

1. Anàlítica: glucosa: 134; creatinina: 1,32; proteïnes totals: 7,6; AST: 23; ALT: 13; amilassa: 138; leucòcits: 10.800; hemoglobina: 8,4; plaquetes: 487.000; LDH: 20.000; (HCG: 611.
2. RX Abdomen: massa abdominal que desplaça càmera gàstrica, no es visualitzen siluetes renals ni línies del psoes.
3. TAC toracoabdominal: massa testicular esquerra de 16 cm suggestiva de neoplàsia amb afectació ganglionar (tronc celíac i cadenes retroperitoneals que desplacen estructures abdominals i ronyons) i hepàtica.

Diagnòstic diferencial

1. Hèrnia disc intervertebral.
2. Osteoartritis.
3. Espondilolistesi.
4. Espondilitis anquilosant.
5. Procés infecciós.
6. Procés vascular.
7. Procés maligne.

Judici clínic

Es diagnostica una neoplàsia no seminomatosa de testicle esquerre, procedint a una orquiectomia i quimioteràpia + radioteràpia.

Discussió

En tot dolor lumbar que presenti *red flags* s'ha de ser més agressiu per tal de descartar una neoplàsia subjacent, en aquest cas un tumor testicular, que té una prevalença del 1% en nois d'entre 15 i 34 anys.

Red flags: no millora amb antiinflamatoris-repòs, pèrdua de sensibilitat, incontinència, palpació de massa, asimetria de polsos femorals.

Paraules clau

Lumbàlgia; massa abdominal; seminoma.

PÍNDOLA POSTCOITAL: QUÈ PASSA ARA QUE ÉS GRATUÏTA?**AUTORS**

Francesc Barrio Torrell, Carmina Poblet Cala,
Coral Chancho Rodríguez

Objectiu

Descriure el perfil de les dones que sol·liciten la píndola anti-conceptiva postcoital en un centre d'atenció continuada (CAC) urbà, a partir de l'entrada en vigor de la seva gratuïtat.

Material i mètodes

- Estudi observacional descriptiu.
- Centre d'atenció continuada (CAC) d'una àrea urbana de 100.000 habitants.

- Dones que sol·liciten la píndola postcoital en un CAC.
- Revisió de tots els informes d'alta de les visites realitzades a un CAC per sol·licitar la píndola postcoital d'octubre a desembre de 2004.
- Les variables recollides són: edat, data d'administració, hora de consulta, dia de la setmana, temps transcorregut des del coit, mètode anticonceptiu previ, si és o no la primera vegada que ho sol·licita i si el seu domicili és a la mateixa ciutat que el centre.

Resultats

L'edat mitjana de les pacients és de $22,8 \pm 6,6$. El dia de la setmana més prevalent és el diumenge. La franja horària de més demanda és entre les 15 i les 21:59 hores.

El 70% consulten més enllà de les 6 h del coit, un 10,4% ho fan entre les 24 i 72 hores. El 86,1% utilitzaven un mètode anticonceptiu previ a l'incident.

El motiu al·legat en el 52,5% dels casos és la ruptura de preservatiu.

El 72,6% la sol·licitaven per primera vegada.

El 78,6% pertanyien a la mateixa ciutat on està ubicat el centre.

Discussió i conclusions

El perfil de la dona que sol·licita la píndola postcoital és d'una edat de 22 anys que ve sobretot al torn de tarda i que consulta majoritàriament passades les 6 h del coit. Un 60% d'elles utilitzen algun mètode anticonceptiu previ a l'incident. El 72,6% el sol·liciten per primera vegada i un 78,6% pertanyen a la mateixa ciutat on s'ubica el CAC.

Paraules clau

Emergency contraception; emergency birth control; levonorgestrel.

DOCTORA, TINC UNES TAQUES QUE NO EM MARXEN

AUTORS

Esther Rodrigo Claverol, Llibertat Mas Blàzquez, Sònia Mecerreyes Martín

Motiu consulta

Lesions cutànies en ambdues extremitats inferiors.

Antecedents personals

Poliquistosi ovàrica i resta sense interès.

Malaltia actual

Dona de 58 anys que consulta per lesions no pruriginoses ni doloroses de 3 mesos d'evolució, en regió pretibial de les dues extremitats inferiors.

Exploració física

Destaquen plaques eritematoses-grogoses, de marges ben definits i forma irregular, discretament indurades i amb telangiectàsies i esclerosi central.

Diagnòstic diferencial

Sarcoïdosi, granuloma anular, xantoma, necrobiosi lipoídica, eritema nuós, nòdul reumatoide.

Proves complementàries

1. Biòpsia dermatològica de les lesions: degeneració de la col·làgena, destrucció del anexas, microangiopatia dels vasos dèrmics i dipòsits de cèl·lules escumoses, compatible amb necrobiosi lipoídica.

2. Anàlítica: glucosa: 216; colesterol: 320 (LDL 210); triglicèrids: 403; resta normal.

3. Segona anàlítica: Glucosa: 19; hemoglobina glicada (HbA1c): 9.

4. Fons d'ull, tensió arterial i electrocardiograma: normals.

Judici clínic

Es tracta d'una pacient molt poc freqüentadora i aprofitant la visita li demanem una anàlítica, on trobem que es confirma el debut d'una diabetis amb lesions cutànies (necrobiosi lipoídica).

Discussió

La necrobiosi lipoídica és una malaltia degenerativa del teixit conjuntiu dèrmic que es relaciona amb la diabetis *mellitus* i evoluciona independentment del control glicèmic. Per la seva part, la diabetis és una síndrome sistèmica que pot debutar només amb lesions cutànies. Per tant, val la pena aprofitar qualsevol motiu de consulta per fer activitats preventives, com l'anàlítica, que en aquest cas ens ha ajudat a confirmar el diagnòstic.

Paraules clau

Necrobiosi lipoídica; diabetis *mellitus*; dermatopatia.

ESTIC MAREJADA: DEBUT D'UN FEOCROMOCITOMA

AUTORS

Esther Rodrigo Claverol i M^a Cristina Ruiz Magaz, Laura Gros Naves

Motiu consulta

Sensació de mareig.

Antecedents personals

Tabaquisme, hipercolesterolèmia, glicèmies basals alterades a estudi, episodis de taquicàrdia autolimitats fa 1 any amb funció tiroïdal normal.

Malaltia actual

Dona de 43 anys consulta per sensació de mareig sense altra simptomatologia; 2 dies d'evolució. No tractament habitual.

Exploració física

No focalitat neurològica, auscultació cardiorespiratòria i otoscòpia normals. Pressió arterial: 260/140 (normotensa fa uns mesos); freqüència cardíaca: 99.

Dignòstic diferencial d'hipertensió arterial (HTA) secundària

Fàrmacs, causa renovascular o nefrògena, hiperaldosteronisme primari, feocromocitoma, hiper-hipotiroidisme, carcinoma, coartació de l'aorta, malaltia de Cushing.

Proves complementàries

1. Electrocardiograma: normal.
2. Fons d'ull: hemorràgies retinianes a pol posterior sense papil·lopatia (diagnosticada per l'oftalmòleg de retinopatia hipertensiva grau III).
3. A l'hospital:
 - Anàlítica: catecolamines urinàries 983, quocient albúmina/creatinina 81,5, funció tiroïdal, cortisol, parathormona i resta d'anàlítica normals.
 - Ecocardiograma: hipertròfia ventricular esquerra, insuficiència mitral i aòrtica lleugeres.
 - RMN cerebral: normal.
 - Angioressonància artèries renals: no estenosis.
 - Ressonància suprarenals: massa suprarenal esquerra compatible amb feocromocitoma.

Judici clínic

La pacient presenta xifres de pressió arterial elevades que no descendeixen amb hipotensor sublingual (capoten) i

s'aprecia fons d'ull alterat, motiu pel qual es deriva a urgències de l'hospital on s'inicia l'estudi que es completa a nefrologia. Allí, es diagnostica d'HTA secundària a feocromocitoma esquerra i de forma programada després de controlar la tensió amb tractament endovenós (labetalol), es sotmet a suprarenalectomia. Es dona d'alta normotensa i sense precisar tractament hipotensor.

Discussió

Davant de tota persona jove que debuta amb xifres elevades de tensió arterial, cal descartar, entre altres causes, el feocromocitoma. Aquest, tot i ser una causa poc freqüent d'HTA (0,1-1%), és important diagnosticar-lo perquè el 90% dels casos són curables, i si no es tracta, pot perillar la vida del pacient.

Paraules clau

Mareig; hipertensió secundària; feocromocitoma.

LA GENT GRAN, COMPLEIX ELS TRACTAMENTS CRÒNICS?**AUTORS**

José Antonio Escamilla Fresnadillo, Olga Castañer Niño, Sandra Benito López

Introducció

L'incompliment terapèutic (IT) és un fet ben conegut sobre tot en malalties cròniques. Creiem que està infravalorat pels professionals sanitaris i que té un gran impacte clínic. La millora del compliment passa per una detecció adequada dels problemes que el dificulten.

Objectius

Mesurar la prevalença d'IT en pacients majors de 65 anys polimedcats i les seves possibles variables associades.

Material i mètodes

- *Disseny*: estudi descriptiu.
- *Àmbit d'estudi*: àrea bàsica de salut urbana.
- *Subjectes*: Pacients \geq de 65 anys que prenen 3 o més fàrmacs des de fa un mínim de 6 mesos, visitats pel seu metge en cita prèvia, d'octubre-2004 a gener-2005.
- *Mesures obtingudes per entrevista clínica*: edat, sexe, nombre de fàrmacs i grau d'IT mitjançant el test de Morisky-Green (consta de 4 preguntes amb resposta afirmativa o negativa) considerant-se incomplidor aquell que presenta 1 o més respostes afirmatives.

Resultats

1. Mostra de 145 pacients (cap va rebutjar contestar el test).
2. Mitjana de edat de 72,9 anys (72-73,8).
3. Homes 40,7% (32,7-48,7) i dones 59,3% (51,3-67,3).
4. Mitjana de nombre de fàrmacs: 5,48 (IC 95%: 5,1-5,9).
5. Grau IT: 46,9 (IC 95%: 38,8-55) (1 resposta afirmativa 24,8% (IC 95%: 17,8-31,9), 2 respostes 13,1% (IC 95%: 7,6-18,6), 3 respostes 8,3% (IC 95%: 3,8-12,8) i 4 respostes 0,7% (IC 95%: -0,7-2).
6. No vam trobar diferències significatives entre el grau d'IT i l'edat, el sexe o el nombre de fàrmacs.

Conclusions

El percentatge de pacients incomplidors obtingut és similar al de la bibliografia consultada. Aquests resultats ens han portat a dissenyar una segona fase qualitativa (actualment en marxa) on mitjançant grups focals valorarem les raons que porten als pacients a l'IT per possibles intervencions posteriors.

Paraules claus

Polypharmacy; aged; non-compliance.

TINC MAL D'ESQUENA I NO EM TROBO GENS BÉ**AUTORS**

Esther Rodrigo Claverol, Rosa Llobet Font, Lliberta Mas Blázquez

Motiu consulta

Dolor dorsolumbar irradiat a hipocondri dret i epigàstri, amb febre.

Antecedents personals

Fumador de 20 cigarrets/dia, hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, ciatàlgies de repetició i cefalees ocasionals.

Malaltia actual

Home de 63 anys que consulta per dolor dorsolumbar irradiat a hipocondri dret i epigàstri, de 2 dies d'evolució, insidiós, continu i sense relació amb els moviments. S'acompanya de sensació distèrmica inicial i posterior febre de 39 °C amb empitjorament. No síndrome miccional ni nàusees-vòmits.

Exploració física

Tensió arterial: 130/40; freqüència cardíaca: 72; temperatura: 38,2 °C; auscultació cardiorespiratòria: normal. Polsos perifèrics presents i simètrics. Abdomen: dolor a hipocondri dret i transmissió batec aòrtic, no bufos ni irritació peritoneal, puny percussió lumbar negativa bilateralment. Palpació espinoses L2-L4 dolorosa sense afectació neurològica ni alteració de la mobilitat de la columna.

Diagnòstic diferencial de lumbàlgies no mecàniques

Tumors, colecistitis, pancreatitis, pielonefritis, cistitis, osteomielitis, aneurisma dissecant d'aorta i abscess.

Proves complementàries

1. Analítica: hemoglobina 15,2; leucos 10,3; funció renal, hepàtica i amilases normals.
2. Sediment d'orina: 25-30 hematies; 0-1 leucos.
3. Radiografia tòrax, abdomen i columna: normals.

4. Ecografia abdominal: dilatació aneurismàtica d'aorta abdominal (4 cm).

5. TC abdominal: dilatació sacular d'aorta infrarenal amb trombosi heterogènia en paret anterior, compatible amb pseudoaneurisma expansiu *vs* aneurisma sacular inflamatori. Sense líquid lliure ni signes de progressió activa.

Judici clínic

El pacient empitjora sobtadament amb dolor abdominal intens i hipotensió, per la qual cosa necessita intervenció quirúrgica urgent amb *bypass* aortobifemoral per ruptura d'aneurisma inflamatori d'aorta. S'estabilitza i es dona d'alta amb bona vascularització distal.

Discussió

Davant de tota lumbàlgia cal tenir ben presents els símptomes d'alerta: febre, sospita neoplàsia, símptomes neurològics o vasculars, dolor sense relació amb els moviments. Perquè en el diagnòstic diferencial de la lumbàlgia coexisteixen patologies intraabdominals potencialment greus, poc freqüents, però que poden diagnosticar-se amb proves de baix cost.

Paraules clau

Lumbàlgia; símptomes alerta lumbàlgia; aneurisma d'aorta.

HOME JOVE AMB PALPITACIONS I DISPNEA

AUTORS

Bibiana Contreras Raris, Núria López Batet, Ana Guarch Ibáñez

Motiu de consulta

Home de 32 anys que consulta per quadres de palpitations i dispnea.

Antecedents familiars i personals

Aví patern amb cardiopatia isquèmica. Fumador de 5 cigaretes/dia. Enolisme ocasional. Apendicectomia a la infància. IQ reparació de trencament de lligament creuat anterior de genoll E.

Malaltia actual

Explica quadres ocasionals de palpitations amb dispnea. Va consultar pel mateix motiu fa 2 anys, amb resultats d'exploracions complementàries (radiografia de tòrax, espirometria, analítica i electrocardiograma) normals i es va orientar com a crisi d'ansietat. Ara torna a consultar per persistència de la clínica. Els episodis són esporàdics, però l'últim va ser fa 48 hores; cada episodi dura uns 15 minuts i cedeix amb el repòs; apareix sensació dispneica, nerviosisme, sudoració i opressió toràcica.

Exploració física

Auscultació cardiorespiratòria normal, abdomen normal, exploració neurològica normal, no es palpa goll.

Diagnòstic diferencial

Crisi d'ansietat, hipertiroïdisme, broncoespasme, taquia-ritmia.

Proves complementàries

1. ECG amb flutter a 90 x'.
2. Analítica (amb perfil tiroïdal) normal.

Judici clínic

Amb el diagnòstic de flutter ben tolerat es deriva al cardiòleg de zona, que orienta com a flutter auricular «atípic» amb resposta ventricular variable, i deriva el pacient a la Unitat d'Arítmies. A la setmana, el pacient acudeix a Urgències hospitalàries per mareig i palpitations. Es decideix el seu ingrés i es realitza cardioversió elèctrica, revertint a ritme sinusal. Es va pautar tractament amb acenocumarol, flecai-nida i atenolol.

Discussió

El flutter auricular és una de les arítmies més freqüents. Acostuma a presentar-se en gent gran amb cardiopatia estructural (tot i que també es pot presentar en forma d'episodis curts en gent jove sense malaltia cardíaca). En moltes ocasions acaba evolucionant a fibril·lació auricular.

Conclusions

Les reconsultes per patologies prèviament estudiades, poden requerir noves valoracions amb repetició i/o ampliació d'exploracions complementàries per tal d'arribar al veritable diagnòstic.

Paraules clau

Flutter auricular; taquicàrdia; arítmia.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DEL PATRÓ ALVEOLOINTERSTICIAL EN LA RX DE TÒRAX

AUTORS

Alícia Lladó i Puigdemont,
Anna Picas i Jufresa

Motiu de consulta

Dona de 79 anys que consulta per tos i dispnea en fer esforços mitjans de 15 dies d'evolució.

Antecedents patològics

HTA, dislipèmia, insuficiència cardíaca, neoplàsia de la mama esquerra l'any 1995.

Tractament: AAS 300, enalapril 20 mg, amlodipina 5 mg, lorazepam 1 mg, furosemida 40 mg.

Malaltia actual

Presenta episodi de tos, expectoració escassa mucopurulenta i dispnea d'esforç progressiva amb sibilàncies, de 15 dies d'evolució. No febre, no ortopnea, no dolor toràcic, no hemoptisi, no sd tòxic. Valorat com a bronquitis rep tractament amb broncodilatadors i claritromicina. Per la persistència de la tos i la dispnea es realitza RX de tòrax.

Exploració física

Afebril; TA 180/89; FC 76 x'; FR 18 x'; Sat basal O₂ 96%. No adenopaties perifèriques, no tumoracions mamàries. A resp: espiració allargada, roncus i sibilants dispersos. ACV: sense alteracions, no signes de TVP. No edemes. Abd: anodí. No focalitat neurològica. No lesions cutànies.

Proves

1. RX de tòrax: Patró alveolointerstitial difús de predomini superior.
2. Analítica: VSG 50, hemograma, coagulació i bioquímica normals.
3. PFR: Trastorn obstructiu lleuger.

Diagnòstic diferencial

Fibrosi pulmonar idiopàtica, fibrosi associada a col·lagenosi, reacció a fàrmacs, edema pulmonar, asbestosi, reacció a radioteràpia, sarcoïdosi, tuberculosi, limfangitis carcinomatosa, pneumoconiosi.

Judici clínic

Per la clínica, el patró obstructiu en les PFR i el predomini a lòbuls superiors en la radiografia de tòrax, el diagnòstic es va realitzar entre la sarcoïdosi, la TBC i la limfangitis carcinomatosa.

Proves complementàries

1. PPD negatiu.
2. TAC toràcic: adenopaties mediastíniques, prevasculars, paratraqueals, subcarinals i hiliars esquerres. Engruiximent interstici amb nòduls perifèrics de predomini a àpex.
3. Broncoscòpia: biòpsies transbronquials + per sarcoïdosi.

Discussió

Sarcoïdosi: malaltia multisistèmica d'etiologia desconeguda caracteritzada per inflamació granulomatosa en els òrgans afectats. Presentació clínica molt diversa, necessitant de confirmació histològica per fer el diagnòstic definitiu.

Tot i que és una malaltia poc freqüent en atenció primària, davant un patró alveolointerstitial en la RX de tòrax, la sarcoïdosi sempre ha d'entrar en el diagnòstic diferencial.

Paraules clau

Sarcoïdosi; patró alveolointerstitial; dispnea.

TOS I DISPNEA COM DEBUT DE PATOLOGIA MALIGNA

AUTORS

Carolina Terrer Alzuria, Eva Ribalta Calvet,
Eduard Peñasal Pujol

Motiu de consulta

Dona de 78 anys que consulta per tos seca i dispnea.

Antecedents familiars

Sense interès.

Antecedents personals

No al·lèrgies farmacològiques, no hàbits tòxics. DM2 tractada amb glimepiride i dispèpsia gàstrica amb omeprazol. Diverticulosi colònica i litiasi renal. Histerectomia amb doble annexectomia.

Malaltia actual i evolució

Consulta per tos seca de predomini vesperí i ortopnea lleu amb febre i dispnea a mínims esforços de 15 dies d'evolució.

A l'exploració destaquen subcrepitants en base dreta que es tracten amb azitromicina i ibuprofèn. Al mes acudeix amb augment de la dispnea i persistència de tos seca i dels crepitants. Es realitza radiografia de tòrax observant-se petit pinçament en angle costofrènic esquerra. Es diagnostica sobreinfecció respiratòria i es tracta amb ceftibutè, fluticasona i salmeterol durant 10 dies. Als 5 dies d'acabar el tractament impressiona l'augment de la dispnea i de la ortopnea.

Exploració física

Crepitants bibasals difusos, 24 respiracions per minut. Edemes en extremitats inferiors, ingurgitació jugular. Resta de l'exploració normal.

Diagnòstic diferencial

Insuficiència cardíaca, pneumònia atípica, carcinoma broncoalveolar i limfangitis carcinomatosa.

Proves complementàries

1. ECG normal, radiografia de tòrax amb patró alveolointersticial bilateral. Espirometria: patró restrictiu sever.
2. TAC toràcic: patró mixt alveolointersticial amb vessament pleural bilateral.
3. Limfangitis carcinomatosa, adenopaties en tronc celiac i metastasis hepàtiques.
4. Nòdul en mama dreta.

Judici clínic

Limfangitis carcinomatosa secundària a tumor primari de mama.

Discussió i conclusió

Es tracta d'una pacient amb clínica poc específica, ràpidament progressiva, sense paràmetres de gravetat a l'inici que fessin pensar en la necessitat de proves complementàries urgents. La radiografia de tòrax és el punt clau que marca el diagnòstic diferencial i el pla terapèutic a seguir.

Paraules clau

Dispnea; tos seca; limfangitis carcinomatosa.

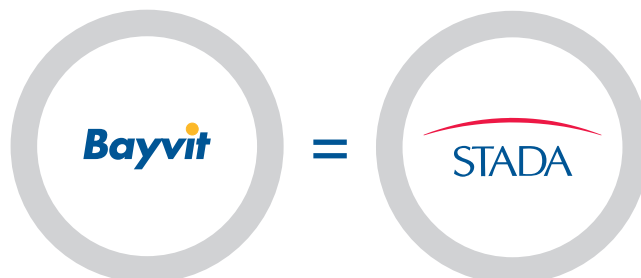


CRECER, *Avanzar,* **Consolidar**

Bayvit es STADA

Continuamos avanzando.

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



EL 19è CONGRÉS DE LA CAMFiC A LA SEU D'URGELL

AUTORS

Josep Maria Sagrera, Jorge Soler, Núria Nadal, Laia Llor, Carme Marquilles i Miquel Butí en representació dels comitès Organitzador i Científic del 19è Congrés d'Atenció Primària de la CAMFiC

FOTOGRAFIES

Jorge Soler
CS Rambla de Ferran

La Seu d'Urgell va acollir el 19è Congrés d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària els passats 15, 16 i 17 de juny.

Com diu na Gisela Galindo, presidenta del Comitè Organitzador, en la carta de presentació, fou un congrés poc convencional tant en el funcionament com en l'estructura, amb una participació i implicació molt activa i dinàmica per part dels congressistes que quedaren agrupats de forma aleatòria en equips de 10 persones, en formalitzar-ne la inscripció i recollir-ne la documentació.

En aquest primer moment ja es va veure que les coses eren diferents: a l'entrada del castell es rebia els participants i se'ls col·locava una polsera de color (verda, blava o vermella) que coincidia amb la motxilla; després, a la secretaria se'ls posava una segona polsera que els identificava com a grup de 10 membres: «l'equip», amb l'objectiu de compartir activitats al llarg dels 3 dies. L'agrupació es va fer de la manera més semblant a la realitat laboral: o sigui, totalment a l'atzar, ja que llevat d'algunes excepcions, als equips t'hi incorpores, sense poder escollir els companys...

Com es dedueix de la introducció, el lema del congrés era «El treball en equip», perquè funcionar en equip és més gratificant, flueixen les idees i el pensament col·lectiu pot ser molt més productiu i capaç de posar a lloc les demandes de vegades poc realistes que ens vénen de tot arreu... I augmenta la possibilitat de trobar sortides imaginatives! A més el seu suport és una eina bàsica per protegir-nos de la síndrome del «socarrat», pandèmia de disseminació més ràpida que alguns virus informàtics...

I així, el dimecres per la tarda va començar la primera taula: *El professional i l'entorn sanitari: o tocant massa tecles*, moderada per en Josep Maria Sagrera, vicepresident de la CAMFiC, amb la participació de tres ponents: en Josep Pifarré, director del Servei de Salut Mental i Drogodependències de l'Hospital de Sta. Maria, que va parlar sobre «Què ens demana la societat? El malestar de la societat del benestar». En Jesús Domínguez, metge de família i secretari de la Plataforma 10 minuts, que parlà de forma humorística i sarcàstica sobre «Com se sent el metge de família? Una odissea en la consulta». I per últim, na Eulàlia Masachs, especialista en salut pública i coordinadora de programes de la Fundació Galatea, qui ens parlà de com ajudar el metge que pot emmalaltir: «I al metge, qui l'ajuda?».

Tot seguit, l'acte oficial d'inauguració i la informació del funcionament del congrés, amb una presentació de pel·lícula galàctica de n'Eduard Peñasal, membre del Comitè Científic.

Activitat a l'aire lliure, *On som i a on anem*, dirigit per consultors sense fronteres. Primer exercici (mai millor

dit) de treball en equip que consistia en baixar caminant des del castell fins el Parc del Segre, dividits en equips i amb l'ajut d'una brúixola, amb l'objectiu d'orientar-nos per la Seu i conèixer els diferents llocs de la ciutat on es van desenvolupar les activitats congressuals: Sant Doménech, Parador, Centre Cívic, Institut, Parc del Segre, els restaurants... L'activitat va durar 90 minuts, i malgrat algunes butllofes als peus va ser molt divertida. I, per tancar el dia, l'aperitiu hipocalòric de benvinguda al Parc del Segre, seguint les indicacions del PAPPS per prevenir l'obesitat...

El segon dia va començar amb un plat fort, en Salvador Garcia, professor titular de Psicologia Social de la Universitat de Barcelona, ens va exposar la seva conferència titulada *L'eficientisme té cura*, on va rebatre el corrent excessivament tècnic de la gestió sanitària actual. No tot és mesurable i avaluable; els gestors haurien de ser facilitadors de l'activitat assistencial; haurien d'interaccionar i treballar conjuntament amb els professionals dedicats a l'assistència per evitar el divorci actual. Es va originar un interessant debat, interromput pel desplaçament obligat dels congressistes a les activitats programades del matí, repartits en tres grups segons el color de les motxilles.

Organitzat per consultors sense fronteres: *Viatge per les emocions*, en forma de taller interactiu i participatiu d'immersió a les diverses emocions que podem experimentar en la nostra tasca professional: frustració, por, tristesa, confiança i alegria. Sens dubte que va ser una de les activitats estrella del congrés i de ben segur que no va deixar ningú indiferent (hi va haver rialles, plors, abraçades,



El Comitè Científic seleccionant les comunicacions del congrés.



**El professional i l'entorn sanitari:
o tocant massa tecles.**

expressió corporal, diàleg i comprensió...). Ens vàrem adonar del fluir constant d'aquestes emocions en la nostra feina i que hauríem de tendir cap a l'harmonia emocional.

Ponència sobre *Comunicació en la persona, l'equip i la societat*, a càrrec d'en Jordi Cebrià, na Rosa Francisco, en Josep Massons i n'Eva Peguero, membres del grup de treball Comunicació i Salut de la CAMFiC. Es va fer un recorregut pels diferents tipus d'equips possibles al nostre àmbit de treball, quines habilitats comunicatives caldria treballar i com resoldre els conflictes intraequip.

En Jesús Domínguez, secretari de la Plataforma 10 minuts va fer una presentació que va durar 10 minuts sobre l'esmentada Plataforma i de les conclusions del I Foro Nacional de Atención Primaria celebrat a Madrid el passat 22 d'abril.

Actualitzacions a la sala Sant Domènec que va constar de dos apartats: Top Ten a càrrec de na Sara Bonet, farmacòloga clínica, amb una exposició clara i concisa de revisió bibliogràfica sobre tractaments i fàrmacs d'ús habitual a

l'Atenció Primària. N'Esther Limón, membre del grup de treball ATDOM de la CAMFiC, ens va parlar de novetats sobre cures pal·liatives.

A la nit es va celebrar l'assemblea ordinària de la CAMFiC, els acords de la qual ja es varen comentar a l'anterior *Butlletí*.

I començà el tercer i últim dia amb la taula *Open your mind*, moderada per en Miquel Buti, president del Comitè Científic; els tres ponents, en Toni Dedeu, responsable de la Secretaria d'Internacional de la semFYC i consultor en Atenció Primària de la Unió Europea, en Josep Manuel Gutiérrez, metge colombià nacionalitzat belga que ha treballat a Colòmbia i a Bèlgica, i en Josep Vidal, metge de família que treballa al Regne Unit, ens parlaren de la medicina de família a d'altres països, les diferències organitzatives als centres de salut, horaris, sous (sí que són diferents, sí...). Va ser molt enriquidor per veure que hi ha altres sistemes amb els seus avantatges i inconvenients i que l'organització de la nostra Atenció Primària de Salut és «manifestamente mejorable».

Després ens vàrem repartir segons els colors de les motxilles per realitzar les tasques programades al llarg del matí i la tarda.

Taller de coordinació en equip al Parc del Segre, activitat organitzada per Consultors sense Fronteres. En Jaume Mimó, el seu director, ens va explicar que consistiria a fer activitats físiques de treball en equip per reforçar valors com confiança, empatia, sinèrgia, comunicació, respecte, admiració pels altres, i tendir així cap a equips d'alt rendiment. No sé si ho vàrem aconseguir, però sí que us podem assegurar que treballar en equip és molt més complex del que ens pensem, que ens esforçarem molt i que vàrem suar la samarreta (sobretot els de les 4 de la tarda acompanyats d'un solet que donava molt caliu). Va ser una experiència engrescadora i que ens va obrir els ulls per entendre la importància de mimar i tenir cura dels equips.

Tallers clínics de 2 hores. El director d'equip thavia de decidir, de forma consensuada, a quin dels cinc tallers assistiria cada membre del grup.



L'acte oficial d'inauguració.



**On som i a on anem:
explicacions per a l'orientació amb brúixola.**

1. Tècniques diagnòstiques en OFT, organitzat per n'Abel Salas, en Salvador Vidal i na Meritxell Mas de l'Institut Lleidatà d'Oftalmologia (ILO).
2. Urgències otorinolaringològiques a l'Atenció Primària, organitzat per en Xavier Galindo i na Begoña Garcia del Servei d'ORL de l'Hospital de Santa Maria de Lleida.
3. Tècniques de tractament a domicili, en el Taller Via Alternativa, organitzat per na Míriam Egozcue, metgessa de família, na Maria Antònia Massoni i en Ramon Vilalta, DUI del Servei d'Hospitalització a Domicili de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.
4. Fotografia digital pel metge de família, organitzat pels nostres companys i experts en el tema, n'Antoni Rodríguez, en David Riba i en Jorge Soler.
5. Capacitem a domicili, per donar a conèixer eines per adaptar i fer accessible l'entorn a les persones amb discapacitats, organitzat per na Patrícia Cendrós i na Laia Pérez, terapeutes del Servei d'Assistència a Domicili ASOR SL, i na Judit Rusiñol.

Van ser uns tallers molt pràctics i poc convencionals i ens ho vàrem passar molt bé com veieu a les fotografies.

18 comunicacions i 61 pòsters. La presentació dels pòsters, com no podia ser d'altra manera en un congrés com aquest, va ser diferent, en forma de projecció i sense material físic per penjar i en què els assistents havien de votar el millor pòster i la millor comunicació. Des d'aquí el nostre reconeixement a les hores dedicades pels membres del Comitè Científic per organitzar-ho.

I després d'una dutxa, piscina o jacuzzi reparador (segons els gustos), ens vàrem col·locar els vestits de nit i cap al sopar del cloenda que es va fer al Castell, amb ball, gresca i xirrinola fins a les 3 del matí i perquè l'orquestra va plegar, que sinó...

Al sopar de cloenda es va fer el lliurament del premi a la millor comunicació, que va recaure en la titulada: «Determinació de proteïna «C» reactiva i infecció respiratòria de via baixa. Pot ser d'utilitat a la consulta?» dels autors P. Tora, J. Almirall, J. Basa, E. Vendrell, X. Fernández i J. Auba. La bicicleta de muntanya pel millor lema per deixar

el tabac va ser guanyada per la nostra companya Begoña López i li servirà per posar-se en forma i ficar-se encara més «guapa»...

La presentació de la gala va ser dirigida pel nostre artista i *showman* en Santiago Roure (està ben clar que si li falla la medicina, té un professió alternativa...) i el moment més emotiu de la nit va ser l'entrega del ram de flors a na Gisela Galindo, presidenta i ànima màter del Comitè Organitzador.

I aquí es va acabar el 19è Congrés. Volem agrair l'esforç i dedicació dels companys dels comitès Organitzador i Científic i la paciència i il·lusió dels assistents per ser capaços de muntar un congrés diferent i intentar trencar els motlles rígids d'aquestes reunions científiques que necessiten nous aires i noves il·lusions per fer-les més atractives que «no sols de ciència pura i dura viuen els metges i les metgesses».

No sé si a la fi ho vam aconseguir, però us asseguro que ens hi esforçarem molt i que vam carregar les bateries d'energia positiva: quin fart de riure!



En Jorge Soler explicant com fotografiar a la consulta.

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

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

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

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

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

C. Portaferriera, 8, pral 1a, 08002 Barcelona

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

SERETIDE®

Hacia el control total del asma



mañana  noche 
 Todos los días 1 inhalación
 cada 12 horas

Consultar fitxa tècnica
 a la pàgina 52




mañana  noche 
 Todos los días 2 inhalaciones
 cada 12 horas



Volumatic+



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

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

 GlaxoSmithKline
www.asmayepoc.com