

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA



	pàgina		pàgina		
EDITORIAL		CASOS CLÍNICS			
54	La recerca a l'Atenció Primària: una realitat <i>Montse Balagué, Sebastià Juncosa, Dolors Forés</i>	2	65	Pericarditis constrictiva <i>Viviana Grabit Vidosa, Santiago Avilés Cigüela, Enric Juncadella García</i>	13
TREBALLS ORIGINALS					
55	Tècnica d'inhalació incorrecta en pacients asmàtics: valoració després d'una intervenció educativa grupal <i>Xavier Flor, Lucía Gallego, Montserrat Rodríguez, M. del Mar Fraga, Lourdes Sánchez, Josep M. Vigatà</i>	3	67	Home de 74 anys amb debilitat i dolor a l'espatlla <i>José Ignacio Aoiz Linares, Ana M. Pérez del Molino Cucurny</i>	15
ARTICLES ESPECIALS					
60	La medicina de família, l'atenció holística al pacient i la salut mental de tots dos, el metge i el pacient <i>Grup de Salut Mental de la CAMFiC</i>	8	68	La gonàlgia de l'ancià no sempre és per artrosi <i>Jordi Forcada Gisbert, Norma Caritg i Bach, Joan Josep Gil i Calvo</i>	16
DE L'EVIDÈNCIA A LA PRÀCTICA CLÍNICA					
63	Menorràgia primària: hi ha algun tractament més eficaç que els altres? <i>Laia Guix Font</i>	11	70	L'eritema nodós: actitud del metge de família <i>Grup de Dermatologia de la CAMFiC</i>	18

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

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

LA RECERCA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA: UNA REALITAT

La investigació a l'Atenció Primària té un paper primordial en el progrés de la qualitat assistencial perquè permet avançar en la millora de l'atenció al pacient, en el desenvolupament professional i en l'eficiència del sistema sanitari. A l'Atenció Primària s'atenen el processos més prevalents durant tota la seva història natural, es valora l'individu en el seu context sociofamiliar i s'hi aborden de manera conjunta els problemes preventius, curatius i de rehabilitació.

La CAMFiC reconeix la transcendència de donar suport a la investigació a l'Atenció Primària, ja que és en aquest nivell assistencial on l'impacte sobre la salut de la població pot ser més gran. Al llarg dels anys, la CAMFiC ha fet un esforç per impulsar la recerca en aquest àmbit. Des de pràcticament els seus inicis ha comptat amb un grup de professionals especialment sensibilitzats per la investigació en primària –la Vocalia de Recerca–, que ha anat treballant en diversos aspectes per tal d'apropar la recerca al metge de capçalera. Les eines establertes en aquest sentit han estat diverses: des de l'assessorament metodològic fins a l'establiment de plans estratègics per tal d'afavorir la investigació en un entorn òptim per part de tots aquells que tinguin la il·lusió i l'empenta per dur a terme un projecte que permetrà respondre qüestions pertinents i rellevants, i generar així un coneixement que els capacitarà millor com a metges i contribuirà, sens dubte, a la millora de l'atenció als pacients. Es tracta, doncs, d'afavorir allò que actualment s'anomena *recerca independent*, definida al voltant de l'objecte de la recerca, més enllà del procediment per dur-la a terme.

En un entorn dinàmic com l'actual, en què la recerca tendeix a la professionalització, cal establir actuacions que la permetin. Enrere queden els temps en què un sol investigador duia a terme un estudi amb uns pocs pacients. La forta competitivitat existent en el camp de la investigació tant en la prioritització dels

temes de recerca i la difusió dels resultats com en l'accés als recursos financers obliga a treballar en equips i en línies de recerca consolidades, amb un suport metodològic i burocràtic suficient, i sobretot en un marc on la sensibilització de les administracions locals i europees sigui suficient per tal que la normativa i les mesures per investigar a l'Atenció Primària i accedir a un finançament suficient siguin viables i li permetin desenvolupar-se i posicionar-se. Les aliances amb altres institucions en són una via. N'és un exemple el conveni que va signar ara fa un any la CAMFiC amb l'Institut de Recerca en Atenció Primària Jordi Gol.

No podem deixar de banda una de les actuacions més destacades de la CAMFiC: els Ajuts a la Recerca, que a hores d'ara i al llarg de set convocatòries han rebut pràcticament una trentena de projectes. Bona part dels investigadors que han estat guardonats amb aquests ajuts treballen ja dins una línia de recerca consolidada, que va donant com a fruit la investigació de qualitat que ha de situar l'Atenció Primària en el lloc d'excel·lència que necessita i es mereix.

Tanmateix, cada temps necessita unes actuacions específiques, i la CAMFiC treballa per dur-les a terme en aquest llarg i ben sovint difícil camí de la recerca.

Montse Balagué

Vocal de Recerca de la CAMFiC

Sebastià Juncosa

Vicepresident de la CAMFiC

Dolors Forés

Presidenta de la CAMFiC

Montse Balagué, Estrella Barceló, Carlos Cerezo, Eduard Diògene, Clara Pareja, Josep Lluís Piñol, Jesús Pujol, Enriqueta Pujol, Sebastià Juncosa, Dolores Rodríguez i Josep M. Valderas

En representació de la Vocalia de Recerca de la CAMFiC (per ordre alfabètic)

TÈCNICA D'INHALACIÓ INCORRECTA EN PACIENTS ASMÀTICS: VALORACIÓ DESPRÉS D'UNA INTERVENCIÓ EDUCATIVA GRUPAL

AUTORS

Xavier Flor, Lucía Gallego, Montserrat Rodríguez,
M. del Mar Fraga, Lourdes Sánchez, Josep M. Vigatà

Centre de treball:

Equip d'Atenció Primària Chafarinas. SAP Muntanya,
Barcelona. Unitat Docent de Medicina Familiar
i Comunitària de Barcelona

CORRESPONDÈNCIA

Xavier Flor Escriche
CAP Chafarinas
C/ Chafarinas 2-8; 08033 Barcelona
Adreça electrònica: xflor.pbcn@ics.scs.es

RESUM

OBJECTIUS

L'objectiu d'aquest treball és comprovar si els pacients asmàtics que realitzen incorrectament la tècnica d'inhalació (TI) la milloren després d'haver assistit a un taller educatiu grupal sobre TI.

DISSENY

Estudi d'intervenció abans-després sense assignació aleatòria.

EMPLAÇAMENT

Centre d'Atenció Primària urbà.

PARTICIPANTS

Setanta-sis asmàtics amb TI incorrecta.

MESURES

Revisió d'històries clíniques i prova d'avaluació de la TI segons la normativa Separ-SEMFyC, abans d'assistir al taller i al cap de tres mesos.

RESULTATS

La participació va ser del 59,2% (n = 45). Com que algun pacient realitzava més d'un sistema d'inhalació diferent, es van avaluar en total 63 sistemes.

En finalitzar el taller, el 91,1% (n = 41) realitzava la TI correctament. Per sistemes, la TI posttaller va ser correcta en el 87,5% (n = 14) dels pacients que utilitzaven l'inhalador de cartutx pressuritzat (ICP), en el 92,3% (n = 24) dels qui empraven l'ICP + cambra, en el 100% (n = 16) dels qui utilitzaven el turbuhaler, i en el 100% (n = 4) dels qui feien servir l'accuhaler.

Les mesures de puntuació de la prova van passar de 7,47 a 10,70 (p < 0,05) amb ICP, de 6,38 a 10,58 (p < 0,05) amb ICP + cambra, de 7,37 a 11,94 (p < 0,05) amb turbuhaler, i de 7,75 a 10,50 (p < 0,05) amb accuhaler.

Les maniobres que van millorar més van ser l'inspiració completa, la inspiració profunda, l'apnea postinspiració i l'inspiració lenta postapnea; van passar del 20,6% (n = 13) de realització correcta al 69,8% (n = 44), del 20,6% (n = 13) al 69,8% (n = 44), del 12,7% (n = 8) al 60,3% (n = 38), i del 12,7% (n = 8) al 65,1% (n = 41), respectivament.

CONCLUSIONS

La destresa dels pacients en la utilització d'inhaladors va millorar considerablement després d'assistir a un taller educatiu grupal. L'educació grupal constitueix una alternativa vàlida en el seguiment de l'asma sense oblidar la importància de l'educació individual.

PARAULES CLAU

Asma; tècnica d'inhalació; educació sanitària.

INTRODUCCIÓ

Un elevat percentatge de pacients asmàtics utilitzen de forma incorrecta l'inhalador, i per això és necessari insistir en l'educació sanitària¹⁻¹⁶. La destresa en l'ús de l'inhalador hauria de revisar-se periòdicament²⁻⁵. Atesa l'elevada pressió assistencial, una estratègia d'educació grupal podria ajudar a optimitzar els recursos y complementar l'educació individual, ja que no s'ha desenvolupat cap model d'educació en asma que s'hagi mostrat suficientment efectiu^{10,14,15}. L'objectiu del present treball és observar si els pacients que realitzen de forma incorrecta la tècnica d'inhalació (TI) milloren tres mesos després d'assistir a un taller educatiu grupal.

MATERIAL I MÈTODES

DISSENY DE L'ESTUDI

Estudi d'intervenció abans-després sense assignació aleatòria.

ÀMBIT DE L'ESTUDI

Un centre d'Atenció Primària (AP) urbà de Barcelona.

SUBJECTES DE L'ESTUDI

Es van revisar les històries clíniques corresponents als 284 asmàtics majors de 14 anys registrats al programa informàtic del centre (SIAP). Un cop aplicats els criteris d'inclusió³ (haver estat visitat durant més d'un any com a conseqüència de l'asma i tenir una o més prescripcions de fàrmacs per via inhalatòria en els últims dos anys) i d'exclusió (no voler participar a l'estudi, no assistir a la citació, dificultat per traslladar-se al centre, alteracions neuropsíquiques discapacitants o malalties greus en estat avançat), vam obtenir 141 asmàtics als quals es va revisar la TI³.

La prova d'avaluació de la TI consistia en la demostració que cada pacient feia de l'ús del seu inhalador sense rebre cap informació addicional. La TI es va desglossar en diverses maniobres. S'assignava un punt per a cada maniobra correcta, segons les normatives SEPAR-SEMFyC, i es considerava incorrecta si s'obtenien menys de 9 punts³. Dels 141 asmàtics, 76 van fer la prova incorrectament y van ser inclosos al taller grupal que es va dur a terme entre setembre i desembre de 2002. Els pacients van ser convocats pel personal investigador mitjançant una trucada telefònica. Als 3 mesos de la seva realització, es va concertar una nova entrevista amb els pacients per tal de revisar la TI mitjançant l'aplicació de la mateixa prova a què havien estat sotmesos prèviament³. Els pacients que es van negar a assistir a la cita o no van assistir-hi un cop programats es van considerar noves pèrdues (*missing*). Es va avaluar el grau de millora després d'haver assistit al taller comparant el resultat obtingut en ambdues proves (pre i posttaller).

La variable principal d'estudi fou el nombre de pacients que van realitzar correctament la TI després d'assistir al taller d'educació grupal (cada pacient assistia només a un taller) realitzat al centre d'Atenció Primària. Es van fer quatre tallers amb un màxim de 15 persones, i tres sanitaris (dos metges i una infermera) com a personal docent. El taller constava d'una part teòrica (15 minuts), on s'explicava el concepte de malaltia i es detallava la mecànica de cadascuna de las maniobres dels diferents sistemes d'inhalació, i d'una part pràctica en la qual els pacients realitzaven una demostració i els professionals sanitaris corregien els errors que observaven (45 minuts). El personal docent va ser instruït prèviament per tal d'evitar biaixos derivats de la interpretació personal.

ANÀLISI ESTADÍSTICA

Es va analitzar la variable «tècnica d'inhalació» abans i després del taller, tant de forma quantitativa (nombre de maniobres realitzades correctament) com de forma categòrica (tècnica correcta o incorrecta). De forma bivariada es va estudiar la relació entre la millora en la realització de la TI i les diferents variables, tant sociodemogràfiques com clíniques, així com la relació entre aquestes i l'assistència al taller, i una anàlisi multivariant per predir-hi l'assistència.

RESULTATS

Del total de pacients als quals es va revisar la TI (n = 141), el 53,9% (n = 76) la feien incorrectament (menys de 9 punts) i aquests van ser el candidats a la intervenció. Les característiques d'aquest grup es descriuen a la taula 1. La mitjana d'edat va ser de 60 anys (DE 18,2). Un 30,2% (n = 23) de pacients candidats al grup d'intervenció no van acudir al taller educatiu, essent considerats com a pèrdues (rebuig, no col·laboració). Per tant, la participació al taller va ser del 69,8% (n = 53). A l'avaluació de la TI posttaller no hi va acudir un 10,5% (n = 8), els quals es van considerar també com a pèrdues. La participació a l'estudi complet (taller i avaluació posterior) va ser del 59,2% (n = 45). A l'avaluació de la TI posttaller, el 91,1% (n = 41) de pacients realitzaven la TI correctament, mentre que el 8,9% (n = 4)

TAULA 1. Característiques del grup d'intervenció (n = 76)

Variables		n	%
Sexe	Homes	15	19,7
	Dones	61	80,3
Nivell d'estudis	Analfabets	29	38,2
	Primària	39	51,3
	Secundària	8	10,5
	Estudis mitjans i superiors	0	0
	Classificació de l'asma (GINA 98)		
	Intermitent	10	13,2
	Persistent lleugera	6	7,9
	Persistent moderada	9	11,9
	Persistent greu	5	6,6
	No consta la classificació a l'HCAP	46	60,5

continuava fent-la de forma incorrecta, tot i que la mitjana de puntuació obtinguda per aquests pacients també va augmentar, passant de 5 a 8 en els dos que empraven ICP, i de 7,5 a 8 en els dos que utilitzaven ICP + cambra.

Es van avaluar 63 sistemes d'inhalació pre i posttaller, ja que un 6,7% (n = 3) dels 45 avaluats realitzava tres sistemes d'inhalació diferents; un 24,4% (n = 11) en feia dos, i un 68,9% (n = 31) només en feia un. A les taules 2 i 3 es mostren els percentatges de TI correcta i incorrecta i les mitjanes de les puntuacions obtingudes pre i posttaller, per sistemes. En analitzar el canvi produït maniobra per maniobra després del taller (veure taules 4 i 5), vam observar que tots els pacients efectuaven de forma correcta les maniobres 1 i 2 de tots els sistemes d'inhalació.

En quant a les variables que poden influir en la correcta mecànica de la TI, vam trobar que existia correlació entre el nivell d'estudis i l'edat, de manera que els subjectes més joves tenien un nivell més elevat d'estudis i, per tant, feien millor la TI. No es van trobar diferències significatives entre la realització de la TI i les variables que es mostren a la taula 6.

TAULA 2. Percentatges de tècnica d'inhalació correcta i incorrecta pre i posttaller

Sistemes d'inhalació	Total % (n)	Avaluació pretaller		Avaluació posttaller		DIF	IC**
		TI correcta % (n)	TI incorrecta % (n)	TI correcta % (n)	TI incorrecta % (n)		
ICP****	25,4 (16)	12,5 (2)	87,5 (14)	87,5 (14)	12,5 (2)	75	(52,1-97,9)
ICP + cambra	41,3 (26)	7,7 (2)	92,3 (24)	92,3 (24)	7,7 (2)	84,6	(70,1-99,1)
Turbuhaler	25,4 (16)	12,5 (2)	87,5 (14)	100 (16)	0 (0)	87,5	(71,3-100)
Accuhaler	6,3 (4)	0 (0)	100 (4)	100 (4)	0 (0)	100	(39,8-100)
Aerolizer	1,6 (1)	0 (0)	100 (1)	0 (0)	100 (1)	0	NA***
Total	100 (63)	9,5 (6)	90,4 (57)	92 (58)	8 (5)	82,5	(72,7-92,4)

*DIF: diferències percentuals entre % de TI correcta pre i posttaller.

**IC: interval de confiança (95%) de les diferències entre % de TI correcta pre i posttaller.

***NA: no aplicable.

****ICP: inhalador de cartutx pressuritzat.

Cap pacient realitzava el sistema autohaler.

TAULA 3. Mitjana de puntuació pre i posttaller

Sistemes d'inhalació	n	Mitjana de puntuació (DE) pretaller	Mitjana de puntuació (DE) posttaller	p	Diferència entre mitjanes	IC* 95% Diferència entre mitjanes
ICP***	16 (DE = 1,64)	7,47 (DE = 1,44)	10,70	< 0,05	3,23	(2,12-4,34)
ICP + cambra	26	6,38 (DE = 2,16)	10,58 (DE = 1,50)	< 0,05	4,2	(3,16-5,24)
Turbuhaler	16 (DE = 2,06)	7,37 (DE = 1,24)	11,94	< 0,05	4,57	(3,34-5,80)
Accuhaler	4 (DE = 0,5)	7,75 (DE = 1,00)	10,50	< 0,05	2,75	(1,38-4,12)
Aerolizer	1	5 (0)	5 (0)		0	NA**

*IC: interval de confiança.

**NA: no aplicable.

***ICP: inhalador de cartutx pressuritzat.

TAULA 4. Grau de millora en la realització de les maniobres comunes als diferents sistemes d'inhalació

Maniobres comunes a tots els sistemes d'inhalació	Realització correcta		Diferències entre proporcions pre i posttaller	IC* 95% de les diferències entre proporcions	p
	Pretaller	Posttaller			
	% (n)	% (n)			
Col·locar-se dempeus o assegut	100 (63)	100 (63)	0	NA**	NA**
Espiració completa	20,6 (13)	69,8 (44)	49,2%	34,1-64,3	< 0,05
Inspiració profunda	20,6 (13)	69,8 (44)	49,2%	34,1-64,3	< 0,05
Apnea postinspiració	12,7 (8)	60,3 (38)	47,6%	33-62,2	< 0,05
Espiració lenta postapnea	12,7 (8)	65,1 (41)	52,4%	38-66,7	< 0,05
Esperar com a mínim 30 segons entre inhalacions	28,6 (18)	73 (46)	44,4%	28,8-60,1	< 0,05
Tapar l'inhalador	74,6 (47)	98,4 (62)	23,8%	12,6-35	< 0,05
Glopejar	34,9 (22)	87,3 (55)	52,4%	38-66,7	< 0,05

*IC: interval de confiança.

**NA: no aplicable.

DISCUSSIÓ

L'elevat percentatge de pacients que realitza de forma incorrecta la TI pot estar en relació amb un nivell d'estudis baix i amb el fet de ser persones d'edat mitjana-avançada, tal i com s'observa al treball de Benito Ortiz et al⁷. En el present treball s'ha objectivat també que les variables que es relacionen amb el grau de realització de la TI són l'edat i l'escolaritat, de manera que els pacients més joves i amb un nivell d'estudis més elevat fan millor la TI. No s'ha trobat cap altra relació significativa entre la resta de variables analitzades.

En els estudis en què s'efectuen citacions amb antelació, tot i que es fan de forma personal, es produeixen moltes pèrdues¹⁵. En el present treball es va citar els pacients per escrit, amb unes quantes setmanes d'antelació, i se'ls recordava telefònicament el dia abans l'organització del taller. Malgrat això, hi va haver un elevat percentatge de pacients que no hi va acudir, ni tampoc a l'examen posttaller. En total, més d'un 40% de subjectes van ser pèrdues. El fet de no ser citats directament pel seu metge podria haver afavorit la no assistència. La majoria de pacients realitza la TI correctament als tres mesos del taller. Això ens porta a

TAULA 5. Grau de millora en la realització de les maniobres no comunes als diversos sistemes d'inhalació

Maniobres no comunes als diversos sistemes d'inhalació		Realització correcta		Diferències entre % pre i posttaller	IC* 95% de les diferències entre %
		Pretaller	Posttaller		
		% (n)	% (n)		
ICP***	Sacsejar-lo	87,5 (14)	100 (16)	12,5	-3,7-28,7
	Col·locar-lo en posició vertical cap per avall	93,7 (15)	100 (16)	6,3	-5,6-18,1
ICP + cambra	Sacsejar-lo	80,7 (21)	96,1 (25)	15,4	-1,4-32,2
	Acoblar l'inhalador a l'orifici de la cambra	84,6 (22)	100 (26)	15,4	1,5-29,3
Turbuhaler	Col·locar-lo en posició vertical	100 (16)	100 (16)	0	NA**
	Doble gir de la base	87,5 (14)	100 (16)	12,5	-3,7-28,7
Accuhaler	Lliscar la palanca fins al topall	100 (4)	100 (4)	0	NA
Aerolizer	Introduir una càpsula	100 (1)	100 (1)	0	NA
	Tancar el sistema d'inhalació	100 (1)	100 (1)	0	NA
	Prémer diverses vegades el perforador	0 (0)	0 (0)	0	NA

*IC: interval de confiança.

**NA: no aplicable.

***ICP: inhalador de cartutx pressuritzat.

TAULA 6. Anàlisi de les variables que poden influir en la correcta realització de la TI

Variabls	Tècnica correcta	Tècnica incorrecta	p
Sexe:			> 0,05
Homes	53%	47%	
Dones	44%	56%	
Mitjana d'edat (anys)	51,4 DE 18,85	60,07 DE 18,286	0,007
Mitjana d'anys transcorreguts des del diagnòstic	12,1 (IC: 8,8-15,4)	10,7 (IC: 7,67-13,85)	> 0,05
Mitjana de visites anuals CAP	2,6 (IC: 2,1- 3,14)	2,57 (IC: 2,07-3,07)	> 0,05
Mitjana de crisis anuals	0,78 (IC: 0,53-1,03)	0,97 (IC: 0,67-1,28)	> 0,05
Mitjana del FEV1	2.262,3 (IC: 1980,3-2544)	1.979,7 (IC: 1615,4-2343,9)	> 0,05
Mitjana del FEM	395,4 (IC: 366,8-423,95)	413,6 (IC: 372,87-454,37)	> 0,05
Pacients controlats pel MF	42,9%	57,1%	> 0,05
Pacients controlats pel MF i un altre especialista	53,1%	46,9%	> 0,05
Estudis:			0,007
Analfabetisme	35,6%	64,4%	
Primaris	42,6%	57,4%	
Superiors	71,4%	28,6%	
Classificació:			> 0,05
Intermitent	33,3%	66,6%	
P. lleu	62,5%	37,5%	
P. moderada	59,1%	40,9%	
P. greu	-	100%	
No consta	43,2%	56,8%	
Nombre de sistemes d'inhalació emprats:			> 0,05
Un	47,1%	52,9%	
Dos	43,3%	56,7%	
Tres	42,9%	57,1%	

CAP: Centre d'Atenció Primària; IC: interval de confiança; MF: metge de família; P: persistent.

creure que l'elevat percentatge d'errors inicial es pot atribuir al poc temps que es dedica a l'educació sobre TI, al fet que possiblement s'explica malament i al fet que aquesta no se'ls recorda gairebé mai. També el seu desconeixement per part del personal sanitari podria explicar, en part, aquests fets^{1,8,9}.

No s'ha desenvolupat cap model d'educació en asma que s'hagi mostrat suficientment efectiu¹⁰⁻¹⁴. El mètode del taller de grup resulta eficaç en aquest estudi, fins i tot tenint en compte les pèrdues, d'acord amb l'article de Martín Olmedo et al¹⁵. S'objectiva també que el grau de millora en la realització de la TI es més gran amb el sistema turbuhaler. Tanmateix, en analitzar les característiques dels pacients que empraven aquest sistema, observem que eren més joves i amb un nivell d'estudis més elevat; per tant, no podem concloure que el sistema turbuhaler sigui el més senzill d'aprendre. El sistema més utilitzat va ser el ICP + cambra. Malgrat que en l'avaluació pretaller va ser el sistema que pitjor es realitzava –després del turbuhaler–, va ser el que va obtenir major mitjana de puntuació als 3 mesos d'haver fet el taller. Per això, segueix sent una alternativa vàlida.

Les variables que es van relacionar més clarament amb el fet d'assistir al taller van ser l'edat, el nivell d'estudis i el grau de gravetat de la malaltia. Va ser més difícil que acudissin a las cites els més joves, per falta de temps. Els pacients amb el nivell d'estudis més alt potser creien que podien aprendre la TI pel seu compte. Els més interessats per participar en un col·loqui-taller sobre asma van ser els que patien una major severitat. Hi ha articles que es mostren a favor dels programes educatius grupals^{15,16} i n'hi ha d'altres que s'hi manifesten en contra¹⁷. En aquest treball som conscients que no hem utilitzat un grup control per comparar els resultats, però el que preteníem era mostrar una eina d'educació sanitària útil en el nostre medi. No existeixen tampoc evidències que l'educació individual presenti clars avantatges sobre la grupal, ni viceversa^{11,18,19}. L'educació impartida en grups té certs avantatges, com l'estalvi en personal i temps o el fet de proporcionar als pacients la possibilitat de conèixer-se i de relacionar-se entre ells. Per tant, creiem que aquesta pot ser útil i constitueix una alternativa vàlida. Per últim, comentar que els coneixements adquirits en el taller es van mantenir durant 3 mesos; ara bé, caldria valorar si aquests es mantenen a més llarg termini.

BIBLIOGRAFIA

1. Madrueno Cano AJ, Martín Olmedo PJ, García Martí E, Benítez Rodríguez E. Evaluación del conocimiento teórico-práctico de los sistemas de inhalación en médicos de atención primaria, postgrados en formación y pregrado. *Aten Primaria* 2000; 25: 639-643.
2. Carrión Valero F, Maya Martínez M, Fontán Sanchís I, Díaz López J, Marín Pardo J. Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 236-240.
3. Flor X, Rodríguez M, Gallego L, et al. ¿Siguen utilizando incorrectamente los inhaladores nuestros pacientes asmáticos? *Aten Primaria* 2003; 32 (5): 269-275.
4. Comella A, Serra J. Problemática en la utilización de broncodilatadores en aerosol. *Enferm Cien* 1987; 69: 11-14.
5. Álvarez I, Flor X, Rodríguez M, et al. ¿Olvidamos el asma como enfermedad crónica en nuestras consultas de atención primaria? *Aten Primaria* 2004; 33 (7): 381-386.
6. Ascunce Saldaña P, Gallego Fernández C, Cópez del Carre P, Ferrándiz Gosálvez SR. Empleo de los inhaladores. Importancia de la educación al paciente. *Farm Clín* 1987; 4: 630-634.
7. Benito Ortiz L, Pérez Sánchez FC, Nieto Sánchez MP, Saiz Monzón ML, Crespo Fidalgo P, Aldecoa Álvarez-Santullano C. Estudio sobre el empleo de broncodilatadores inhalados por los pacientes de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 497-501.
8. Plaza V, Sanchis J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: a multicentric study. CESEA Group. *Respiration* 1998; 65: 195-198.
9. Plaza V, Giner J, Gómez J, Casan P, Sanchis J. Conocimientos y destreza en el manejo del inhalador turbuhaler por parte del personal sanitario. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 113-117.
10. Bailey WC, Kohler CL, Richards JM, Windsor RA, Brooks CM, Gerald LB et al. Asthma self-management. Do patient education programs always have an impact? *Arch Intern Med* 1999; 159: 2422-2428.
11. Global initiative for asthma. Pocket Guide for asthma management and prevention. Reided 1998. National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH. Publicación núm. 96-369 B, novembre 1998.
12. Giner J, Basualdo LV, Casan P, Hernández C, Macián V, Martínez I, Mengíbar A. Grupo de trabajo SEPAR. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 34-43.
13. Naberan Toña K, et al (Grupo SEMFyC). Manejo del asma en Atención Primaria. Recomendaciones SEMFyC 1996.
14. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. A: Cochrane Collaboration (ed.). Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 1999.
15. Martín Olmedo P, León Jiménez A, Benítez Rodríguez E, Gomez Gutierrez JM, Mangas Rojas A. Comparación de dos modelos de educación para pacientes asmáticos. *Med Clin (Barc)* 2001;116: 408-412.
16. Wilson SR, Scamagas P, German DF, et al. A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *Am J Med* 1993; 94: 564-576.
17. Perneger T, Sudre P, Muntner P, et al. Effect of Patient Education on Self-Management Skills and Health Status in Patients with Asthma: A Randomized Trial. *Am J Med* 2002; 113: 7-14.
18. Lahdensuo A. Guided self-management of asthma. How to do it. *BMJ* 1999;319:759-60.
19. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, et al. Educación para el autocuidado y examen médico regular para adultos con asma. A: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software, 2003.

LA MEDICINA DE FAMÍLIA, L'ATENCIÓ HOLÍSTICA AL PACIENT I LA SALUT MENTAL DE TOTS DOS, EL METGE I EL PACIENT

AUTORS

Grup de Salut Mental de la CAMFIC

L'especialitat de Medicina de Família ha superat els seus 25 anys d'existència com a tal al nostre país amb importants fites assolides o en procés de ser-ho, com ara la integració de la prevenció en la consulta diària, la definició d'un codi ètic de valors, l'ampliació del temps de formació d'especialistes a 4 anys i, en fi, el reconeixement del fet que el metge de família té un paper important en el sistema sanitari.

Tanmateix, hi ha grans incògnites sobre quin ha de ser aquest paper i quin volem els propis professionals que sigui. Així, el paper del professional en medicina de família ha de ser el d'algú que és suficientment competent, té prou coneixements i habilitats en cada especialitat per resoldre la demanda i evitar derivacions inútils, és a dir, ha de ser una bona porta d'entrada del sistema sanitari i prou? Hi ha alguna cosa que pot aportar el professional en medicina de família més específica, que no pugui aportar cap altra especialitat?

Creiem que sí, que podem aportar la visió holística, biopsicosocial¹⁻⁶ i integrada del pacient: integrada al llarg del temps i també pel que fa a les diferents característiques i patologies que presenta cada persona (malestars orgànics i psíquics manifestats en un mateix cos⁷), o en quant a tenir com a pacients diversos membres de la mateixa família, la qual cosa ens permet gaudir d'una visió del funcionament familiar com a grup. Tots aquests aspectes ens permeten desenvolupar un paper rellevant i diferenciat del de les altres especialitats⁸.

Ara bé, aquest paper, l'estem fent? El podem continuar fent? A qui l'interessa que es potenciï?

ATENDRE AL PACIENT AMB AQUEST ENFOCAMENT POT SER MOLT SATISFACTORI PER AL PROFESSIONAL

Aquest enfocament precisa d'un esforç afegit, de ganes, de formació, de responsabilitat i de temps, encara que, a la llarga, evita problemes de salut i estalvia temps, perquè el pacient ens té confiança, se sent més contingut, més entès i més ben atès. Malgrat això, hi ha casos en què es prescindeix de la longitudinalitat de l'atenció sense donar gaire rellevància a aquest fet. Parlem tant dels relleus que es produeixen als equips, sovint amb un seguit de canvis de metges substituïts, interins, difícils d'evitar, però no per això menys traumàtics, com dels centres docents on els pacients són visitats per diferents professionals (ara per diferents metges residents, ara pel metge tutor, titular del contingent). La implantació de la docència en l'àmbit de l'Atenció Primària es va fer sense un debat previ sobre com aquest aspecte altera el resultat de les consultes i la confiança del pacient. No estem en contra de la formació, però això no vol dir que no tingui un cost, sobre el qual cal reflexionar.

POT SER DESITJABLE PER ALS PACIENTS SER ATESES PELS PROFESSIONALS DE LA MEDICINA DE FAMÍLIA D'UNA MANERA HOLÍSTICA?

L'experiència dels qui ho hem posat en pràctica des de fa anys ens diu que els pacients, quan senten que reben aquest

tipus d'atenció, difícilment es conformen amb cap altra, perquè senten que aquell professional és el seu metge. Tanmateix, aquesta és una manera de treballar poc generalitzada sobre tot en zones urbanes, en part per la gran massificació i burocratització de les consultes i també perquè hi ha altres maneres de veure-ho que donen prioritat, a l'hora de gestionar el temps escàs de la consulta, a incorporar més tècniques o altres tasques que no pas a intentar donar al pacient aquest servei de visió integrada, personalitzada i longitudinal. Encara molta gent, com sovint queda de manifest en els mitjans de comunicació, enyora els metges de capçalera d'abans com si ara ningú fes aquest paper.

POT SER INTERESSANT PER A L'EMPRESA PER A LA QUAL TREBALLEM?

Segur que aquesta manera de treballar, que fa que el pacient se senti acollit per un equip de facultatius i d'infermeria que fan el possible per comprendre què li passa i donar-li solucions integrades i integradores d'ell mateix, a mig termini disminueix la demanda tant a d'altres especialitats i nivells assistencials com als serveis d'urgències. Hi ha prou evidència i treballs sobre l'eficiència de l'Atenció Primària de qualitat⁹ però per aconseguir-la cal disminuir la massificació de les consultes. Potser llueix més poder dir que s'incorporen noves tècniques resolutives (crioteràpia, petita cirurgia, MAPA, etc.) a la consulta del metge de família!

D'altra banda, els formats actuals informàtics de la història clínica electrònica tal com s'estan implementant, si bé en altres aspectes són molt útils, afavoreixen una visió fragmentària i rígida del pacient a causa del mateix disseny del programari, empobreixen el pensament integrador de la medicina de família, i dificulten poder aprofundir en la reflexió clínica, facilitant l'oblí d'allò que és fonamental, és a dir, la comunicació interpersonal i la importància de la narració i els contextes¹⁰. Una cosa tan bàsica com el genograma¹¹ està molt mal resolta en la majoria de les històries clíniques electròniques. Ens calen nous suports informàtics que ens ajudin en aquesta tasca d'integració.

Parlem d'això en uns temps en què fins i tot en els serveis de salut mental, per les pròpies contradiccions conceptuals de la psiquiatria, molts psiquiatres i psicòlegs van eliminant progressivament totes les referències al sentit de la malaltia mental, als significants propis del subjecte, paral·lelament a la massificació de les consultes i a la difusió del DSM-IV¹² no sols com excel·lent mètode estandaritzador i classificador de malalties mentals, sinó també com a suport educatiu i instrument docent de la psicopatologia. No compartim l'afany per etiquetar el pacient en comptes de comprendre'l com un ésser individual amb la seva història i característiques. Aquest afany diagnòstic d'etiquetar perpetua la malaltia donant caràcter d'estat a allò que ben acompanyat pot ser un procés¹³. En lloc d'observar i tractar el pacient com un tot, sovint sols es tracta la malaltia o el símptoma. Aquí també cal, doncs, la visió inte-

gradadora dels professionals de l'Atenció Primària per poder fer un diagnòstic comprensiu. Però, estem en condicions d'oferir aquesta visió¹⁴? La tendència va cap aquí?

Finalment, també per preservar la salut mental del facultatiu d'Atenció Primària, cal deixar clar que el que caracteritza la seva funció i el fa diferent d'altres especialistes no és perseguir, amb un sentiment d'omnipotència, el fet de ser absolutament competent en totes les especialitats mèdiques conegudes i per conèixer, no és la incorporació de moltes tècniques –que d'altra banda fan molt bé altres especialistes–. Això podria conduir el metge d'Atenció Primària a una permanent frustració. Allò que fa diferent al professional d'Atenció Primària dels altres especialistes és la visió integrada del pacient: la potenciació de la paraula, l'escolta, la comprensió¹⁵, la visió holística, la relació longitudinal amb el pacient i la seva família... plusos tots que no són contemplats per cap altra especialitat i que, a més, precisen d'un cos de coneixements i d'unes habilitats específiques també diferents de les de les altres especialitats. I cal, per descomptat, temps per aplicar-les.

BIBLIOGRAFIA

1. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros básicos, 1961.
2. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
3. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-544.
4. Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1989.
5. Turabian JL. Pensar ecológicamente el concepto de vida y las intervenciones médicas. *Dimens Human* 2002; 6 (3): 113-115.
6. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clín (Barc)* 2002; 119: 175-179.
7. Cohen S, Tyrrell D, Smith A. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *N Engl J Med* 1991; 325: 606-612.
8. Gervas J, Pérez M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005; 35 (2): 95-98.
9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (3): 457-502.
10. Turabian JL, Pérez B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor? *Cuadernos de Gestión* 2004; 10 (4): 175-188.
11. De la Revilla L, Fleitas L. Usos, construcción e interpretación del genograma. A: De la Revilla L (ed.). *Atención a la familia en la práctica clínica*. FMC 2000; 7 (Supl 9): 19-36.
12. López-Ibor JJ, Valdés M (eds.). *DSM -IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002. p. 418.
13. Tizón JL, Ciurana R, Buitrago F, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1997; 20: 122-151.
14. Téllez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria* 2005; 35 (2): 61-63.
15. Tizón JL. Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2005; 36 (8): 453-455.

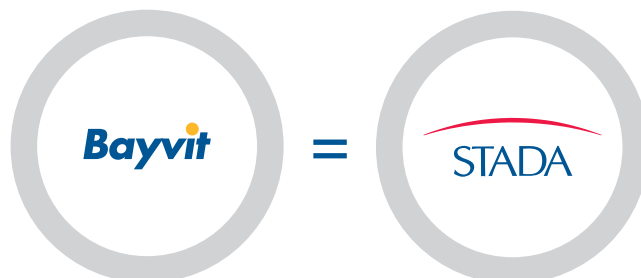


CRECER, *Avanzar,* Consolidar

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.



MENORRÀGIA PRIMÀRIA: HI HA ALGUN TRACTAMENT MÉS EFICAÇ QUE ELS ALTRES?

AUTORA

Laia Guix Font

INTRODUCCIÓ

La menorragia o hipermenorrea és la causa més freqüent d'anèmia entre dones fèrtils i constitueix un motiu de consulta freqüent a les nostres consultes. Un sagnat menstrual abundant es defineix com més de 80 ml de pèrdua sanguínia per cicle. Estudis poblacionals mostren que la mitjana de sagnat és de 30-40 ml. Un cop descartades les causes secundàries de menorragia (tumorals, hiperplàsia d'endometri, ús de dispositius intrauterins, alguns fàrmacs...), el nostre objectiu serà oferir el tractament més còmode i efectiu per a la nostra pacient. En molts casos es recomana tractament hormonal amb anticonceptius, a d'altres, antifibrinolítics o antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) o fins i tot l'histerectomia. Tanmateix, n'hi ha cap d'ells que ofereixi algun avantatge sobre els altres?

ELEMENTS DE LA PREGUNTA CLÍNICA

Problema de salut: menorragia primària, definida com a pèrdues > 80 ml.

Característiques dels pacients: dones en edat fèrtil amb cicles menstruals regulars.

Intervenció d'estudi: AINE, àcid tranexàmic, danazol, anticonceptius orals.

Mesura del resultat: disminució objectiva del sagnat, efectes secundaris indesitjables.

ESTRATÈGIA DE CERCA I ARTICLES ESCOLLITS

Iniciem la cerca de revisions sistemàtiques al Clinical Evidence i a la Cochrane Library i obtenim informació en els dos sistemes:

1. Al Clinical Evidence trobem una revisió sobre el tractament de la menorragia amb AINE, àcid tranexàmic, danazol, anticonceptius orals combinats i progestàgens en la segona fase del cicle, ja sigui comparats entre ells o amb placebo.
2. A la Cochrane Library existeixen tres revisions, una d'elles sobre el tractament amb antifibrinolítics, una amb anticonceptius hormonals orals i una amb danazol.

CLINICAL EVIDENCE (taula 1)

AINE: una revisió sistemàtica de 12 assaigs clínics aleatoris (ACA) amb 313 participants conclou que els AINE (àcid mefenàmic, naproxèn, diclofenac i ibuprofèn) redueixen el sagnat menstrual comparats amb placebo de manera significativa -35ml (IC: 95%; de -43 a -27 ml). No troben diferències significatives en comparar els diferents AINE entre ells.

Àcid tranexàmic: dosis de 250 a 500 mg/6 h durant els dies de sagnat comparat amb placebo en cinc ACA amb 153 participants redueix el sagnat en 52 ml. En dos ACA en què les dosis eren de 1 g/6 h la diferència amb placebo fou de -94 ml (IC: 95%; -151 ml a -37 ml). Malgrat això, ens informa que un terç de les usuàries presenta efectes secundaris importants, com ara nàusees i parestèsies a les extremitats inferiors. No hi ha evidències d'increment de risc de tromboembolismes. En comparació amb els AINE (concretament l'àcid mefenàmic), l'àcid tranexàmic redueix més el sagnat: -73 ml (IC: 95%; de -123 a -23 ml).

En la revisió es comenta el fet que el tranexàmic no té cap efecte en la dismenorrea, per la qual cosa moltes participants van abandonar el tractament. També es comenta que no hi ha prou informació per avaluar els efectes de l'etamsilat, dels anàlegs de la gonadorelina o dels dispositius intrauterins de progestàgens.

REVISIONS DE LA COCHRANE LIBRARY

La revisió dels anticonceptius orals conclou que no hi ha suficients dades sobre el seu ús a la menorragia. Un estudi petit sembla demostrar que sí que disminueixen el sagnat, però no han estat comparats amb altres fàrmacs.

La revisió dels antifibrinolítics inclou quatre ACA i conclou que són més efectius per disminuir el sagnat que qualsevol altre dels tractaments comparats (AINE, progestàgens i etamsilat) i no presenten més efectes secundaris ni abandonaments, però val a dir que aquests resultats es basen només en un assaig.

La revisió del tractament amb danazol ens diu que sembla ser més efectiu que els AINE, placebo, progestàgens i anti-

TAULA 1. Revisió de la Clinical Evidence

Revisió	Nombre d'assaigs clínics (nombre de pacients)	Resultats
AINE vs placebo	12 ACA (313 pacients) (IC: 95%; de -43 a -27 ml)	-35 ml
Àcid tranexàmic (250 a 500 mg/6 h) vs placebo	5 ACA (153 pacients)	-52 ml
Àcid tranexàmic (1 g/6 h) vs placebo	2 ACA (IC: 95%; de -151 a -37 ml)	-94 ml
Àcid tranexàmic vs AINE	1 ACA (IC: 95%; de -123 a -23 ml)	-73 ml

conceptius orals, però els intervals de confiança van ser amplis i el poder estadístic baix. Va causar més efectes adversos que la resta. Tanmateix, això no va afectar l'adherència.

No hi ha cap estudi que compari danazol amb àcid tranexàmic.

DISCUSSIÓ

D'acord amb les proves disponibles, l'àcid tranexàmic sembla ser el fàrmac més eficaç per reduir el sagnat vaginal.

En els assaigs revisats, la mesura del sagnat s'ha efectuat de manera objectiva amb una tècnica anomenada «tècnica de l'hemoaglutinina», que mesura la quantitat de sang en les compreses. En la pràctica clínica no disposem d'aquest sistema i haurem d'avaluar la quantitat de sagnat segons l'anamnesi i, en determinats casos, la presència d'anèmia ferropènica ens ajudarà en el diagnòstic. Ara bé, tal com han demostrat alguns autors, això es relaciona malament amb la menorragia vertadera.

El danazol ha presentat poca acceptabilitat en algunes dones: la inducció de característiques masculines en alguns casos, com ara hirsutisme, acne i simptomatologia similar a la perimenopausa, fan que es produeixin abandonaments en els assaigs.

Atesos els resultats obtinguts, el més raonable és iniciar el tractament de la menorragia amb AINE, ja que s'han mostrat efectius i a més tracten la possible dismenorrea amb pocs efectes secundaris. Una segona elecció és l'àcid tranexàmic, amb resultats més bons, però amb una taxa major d'efectes indesitjables.

En el cas que la dona desitgi anticoncepció, un anticonceptiu oral pot ser que millori la menorragia, però no està ben demostrat.

BIBLIOGRAFIA

1. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. The Cochrane Library, Issue 3, 2004.
2. Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding. Working Party of the National Health Committee New Zealand. Wellington: Ministry of Health, 1998.
3. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding. The Cochrane Library, Issue 3, 2004.
4. Beaumont H, Augood C, Duckitt K, et al. Danazol for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2004.
5. Preston JT, Cameron IT, Adams EJ, et al. Comparative study of tranexamic acid and norethisterone in the treatment of ovulatory menorrhagia. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 401-406.
6. Coulter A, Kelland J, Peto V, et al. Treating menorrhagia in primary care. An overview of drug trials and a survey of prescribing practice. *Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11: 456-471. Search date not reported; primary sources Medline and Embase.
7. Bonnar J, Sheppard BL. Treatment of menorrhagia during menstruation: randomised controlled trial of etamsylate, mefenamic acid, and tranexamic acid. *BMJ* 1996; 313: 579-582.
8. Rybo G. Tranexamic acid therapy is effective treatment in heavy menstrual bleeding: clinical update on safety. *Ther Adv* 1991; 4:1-8.

PERICARDITIS CONSTRICTIVA

AUTORS

Viviana Grahit Vidosa, Santiago Avilés Cigüela,
Enric Juncadella García
CAP Just Oliveras. ABS Centre. L'Hospitalet de Llobregat,
Barcelona

CORRESPONDÈNCIA

Enric Juncadella
CAP Just Oliveras. Rbla. Just Oliveras 50.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
Adreça electrònica: 18032ejg@comb.es

Motiu de consulta

Pacient de 69 anys d'edat que consulta per clínica d'insuficiència cardíaca dreta d'instauració subaguda.

Antecedents personals i patològics

1. Fumador de 30 paquets/any.
2. Bevedor de 40 g d'alcohol/dia.
3. No pren fàrmacs.
4. No té antecedents patològics d'interès i fins ara estava asimptomàtic i mostrava bona tolerància als esforços.

Malaltia actual

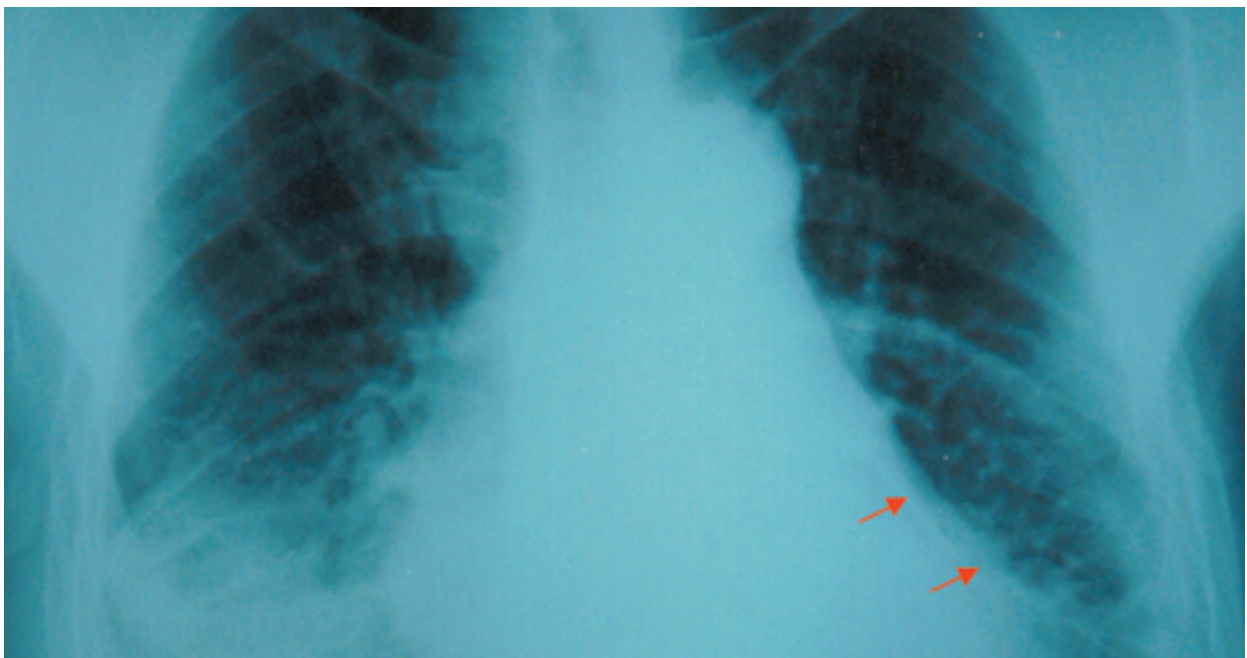
El pacient va acudir a la consulta perquè tenia augment del perímetre abdominal i edemes a EEII d'instauració subaguda. A l'exploració física cridava l'atenció la presència d'ascites important, hepatomegàlia i edemes a EEII pràcticament fins als genolls. S'apreciava ingurgitació jugular de més de 8 cm per sobre de l'angle esternal de Louis. El cor era rítmic i no s'auscultaven bufos ni freqüència pericàrdica. La TA era de 148/80 mm Hg. L'auscultació pulmonar era anodina sense signes de embassament pleural. A la RX de tòrax es va veure una calcificació pericàrdica en la projecció PA (v. figura) que juntament amb la clínica i la exploració física era molt suggestiva de pericarditis constrictiva. A l'anàlisi hi havia alteració a la bioquímica hepàtica amb patró predominant de colèstasi. A l'ECG es podia apreciar ritme sinusal amb BBDHH i HSA. El pacient va ingressar per ser sotmès a estudi i iniciar els seu tractament. No es va obje-

ctivar l'etiologia de la pericarditis com sol passar la major part de les vegades. Durant uns mesos el pacient es va mantenir estable amb tractament diurètic i restricció hidrosalina. Posteriorment, va presentar una fibril·lació auricular amb resposta ventricular ràpida que es va tractar amb digital. Passat un any i mig, atès l'empitjorament de la malaltia, es va decidir realitzar una pericardiectomia.

Discussió

La pericarditis constrictiva és una síndrome clinicohemodinàmica de dificultat d'ompliment diastòlic a causa de l'engruiximent i la rigidesa del pericardi parietal i/o visceral que comprimeix el cor. La dificultat d'ompliment, a diferència del taponament, es limita als dos terços finals de la diàstole, romanent normal la protodiàstole. Fins fa una dècada l'etiologia més freqüent era la tuberculosa. Actualment, en la major part del casos no s'arriba a conèixer la causa ni tan sols amb l'estudi histològic del pericardi. És possible que alguns casos corresponguin a pericarditis tuberculosos autolimitades o siguin seqüeles de pericarditis idiopàtiques. Una altra causa són les pericarditis purulentes, traumàtiques, postirradiació, postcirurgia cardíaca i les secundàries a malalties del teixit conjuntiu (artritis reumatoide, lupus eritematós sistèmic).

La malaltia es presenta típicament amb insuficiència cardíaca dreta (ingurgitació jugular, hepatomegàlia, ascites i edemes). A l'examen del pols jugular se sol veure un col·lapse diastòlic bruscat i ràpid (en «Y»); a l'auscultació cardíaca la dada



més característica és un soroll protodiastòlic; rarament s'ausculta freqüent pericàrdic. A l'ECG solen veure's complexos de baix voltatge i trastorn difús de la repolarització (ones T negatives) i, aproximadament, la meitat dels pacients presenten fibril·lació auricular. A la RX de tòrax, en el 50% dels casos es pot veure calcificació pericàrdica (especialment en la projecció lateral). Hi pot haver embassament pleural. A l'ecocardiograma Doppler es pot veure engruiximent pericàrdic i un moviment característic protodiastòlic del septe interventricular^{1,2}. Alguns pacients milloren de forma significativa amb tractament diurètic, restricció hidrosalina i control de la freqüència cardíaca en el cas d'haver-hi fibril·lació auricular, però, en general, l'únic tractament eficaç és la pericardiectomia. Aquesta intervenció té un risc gens menyspreable, especialment si existeix calcificació intensa del pericardi. Per això, en pacients ancians i amb símptomes lleugers es prefereix el tractament conservador. El resultat de la intervenció quirúrgica depèn de diversos factors, com ara la tècnica quirúrgica, el

grau d'insuficiència cardíaca, l'edat avançada, la irradiació prèvia i la magnitud de l'ascites i dels edemes.

En resum es pot dir que la presència d'insuficiència cardíaca dreta i calcificació pericàrdica ens ha de fer pensar en una pericarditis constrictiva. El diagnòstic diferencial s'ha de fer amb la cirrosi hepàtica, la valvulopatia tricúspide, la estenosi mitral, les miocardiopaties restrictives i l'infart de miocardi del ventricle dret. En general, l'exploració i l'ECG, juntament amb l'ecocardiograma-Doppler, permeten establir el diagnòstic. El diagnòstic diferencial amb les miocardiopaties restrictives pot ser molt difícil.

BIBLIOGRAFIA

1. Sagristà J, Mercè J, Soler-Soler J. Enfermedades del pericardio. A: Bayés de Luna A, López Sendon J, Attie F, Alegría E. Cardiología Clínica. Barcelona: Masson, 2003.
2. Spodick DH. Pericardial Diseases. A: Braunwald, Zipes, Libby. Heart Disease. 6a ed. Filadèlfia: W Saunders Company, 2001.

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.

HOME DE 74 ANYS AMB DEBILITAT I DOLOR A L'ESPATLLA

AUTORS

José Ignacio Aoiz Linares; CAP Sta. Perpètua de Mogoda.
Ana M. Pérez del Molino Cucurny; CAP Les Corts,
Barcelona.

Resum

La síndrome dolorosa a la gent gran és molt freqüent a la consulta diària. L'aparició de nous dolors i sobretot la limitació de les activitats habituals ens han de fer estar alerta.

Motiu de consulta

Home de 74 anys amb astènia, debilitat i dolor de predomini a l'espatlla dreta d'un mes d'evolució.

Antecedents familiars

Infart agut de miocardi i neoplàsia de laringe en familiars de primer grau.

Antecedents personals

1. No presenta al·lèrgies medicamentoses conegudes.
2. No té hàbits tòxics.
3. Apendicectomia als 18 anys.
4. Diabetis *mellitus* tipus II des de 1988; actualment en tractament amb insulina per mal control.
5. Hipercolesterolèmia des de 1998.
6. Accident cerebrovascular isquèmic l'any 1998, amb discreta hemiparèsia esquerra residual.

Malaltia actual

L'últim mes el pacient havia consultat diverses vegades perquè tenia dolor i debilitat a l'espatlla dreta, sense cap altra simptomatologia. Hi havia una manca de resposta als antiinflamatoris i al repòs funcional prescrit pel metge de capçalera, tot i seguir correctament el tractament. Això l'ensorrava anímicament en afegir-se una nova limitació a la ja existent al braç esquerra (per l'hemiparèsia residual de l'AVC), la qual cosa l'impedia de realitzar certes activitats de la vida diària.

Atesa la mala evolució del quadre es va derivar el pacient al traumatòleg, qui, després de descartar que patís cap patologia greu, va afegir un tractament antidepressiu en atribuir al seu estat d'ànim la mala evolució de la simptomatologia.

L'entrevista dirigida i pausada, així com una puntuació poc orientadora de depressió (7 punts) a l'escala de depressió de Yessavage, va fer descartar la síndrome depressiva, per la qual cosa se li va retirar el tractament prescrit a tal efecte.

El pacient acut abans del previst a control per haver augmentat clarament la simptomatologia; la debilitat afecta ara també la cintura pèlvica impossibilitant-li poder-se aixecar sense cap ajut, camina a poc a poc amb els braços caiguts i mostrant dolor. No pateix cefalea ni claudicació mandibular ni alteració visual.

Es sol·licita una analítica urgent per valorar una possible polimiàlgia reumàtica.

Exploració física

Inicialment el pacient només presenta dolor a la palpació del múscul trapezi dret, sense síndrome subacromial ni

dolor ossi aparent. Posteriorment es fa evident una limitació de la mobilitat d'aquesta extremitat, així com una possible afectació de l'esquerra, de més difícil valoració a causa de l'hemiparèsia esquerra residual de l'accident cerebrovascular. La mobilitat i la força distal estan aparentment conservades. Finalment, s'objectiva una debilitat d'ambdues cintures escapular i pèlvica. Polsos temporals presents i simètrics.

Exploracions complementàries

Analítica: Hb 14 g/dl; hematòcrit: 42,6%; resta de l'hemograma amb fórmula normal. Glucosa: 9,9 mmol/l; GPT: 0,29 uKat/l; GGT: 0,28 uKat/l; fos. alc.: 3,37 uKat/l; CPK: 0,59 U/l; ferritina: 115 mg/l; TSH: 3,21 mU/l; VSG: 39 mm/1a hora.

Orientació diagnòstica

L'evolució clínica del pacient ja ens suggereix el diagnòstic de polimiàlgia reumàtica sense arteritis de la temporal, i a l'analítica trobem una VSG alta i unes CPK normals que donen suport al diagnòstic de sospita. La TSH ens descarta l'hipotiroïdisme i l'hemograma junt amb la ferritina normals no sustenten una causa hematològica de base ni de pèrdues sanguínies. Tot i que a l'analítica les fosfatases alcalines no es troben elevades i no es detecta anèmia microcítica –ambdues dades freqüents a la polimiàlgia reumàtica–, continuem sospitant aquest diagnòstic i derivem el pacient al reumatòleg. L'especialista confirma el nostre diagnòstic i instaura un tractament de llarga durada amb corticoides a dosis baixes, que resulta efectiu en pocs dies.

Discussió

La polimiàlgia reumàtica és una malaltia amb una gran tendència a la recidiva. Haurem de pensar en aquesta possibilitat si el pacient presenta un empitjorament de la clínica i dels paràmetres de laboratori. Normalment és suficient augmentar la dosi de prednisona en 5-10 mg/dia.

L'exploració de l'aparell locomotor en la gent gran no hauria de limitar-se a la consulta concreta que es fa si s'hi afegeix un quadre de debilitat i certa incapacitat per realitzar les activitats de la vida diària. L'abordatge de totes les seves limitacions de mobilitat i dels seus dolors, evitant l'estigma «sempre tot li fa mal» ens durà més ràpidament al control simptomàtic i, en aquest cas, també al seu diagnòstic i tractament efectiu.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. SemFyC.
2. Curs Autoformatiu en l'Atenció Primària de Salut (CAAPS II). Artràlgia. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'estudis de la Salut. Societat de Medicina Familiar i Comunitària, 1995.

LA GONÀLGIA DE L'ANCIÀ NO SEMPRE ÉS PER ARTROSI

AUTORS

Jordi Forcada Gisbert (metge de família); Norma Caritg i Bach (resident de 3r any, medicina familiar i comunitària); Joan Josep Gil i Calvo (resident de 3r any, medicina familiar i comunitària)

ABS-4 Badalona, El Gorc

C/ Vélez Rubio s/n, Badalona 08918

Adreça electrònica: normacaritg@hotmail.com

Resum

La condromatosi sinovial és la formació metaplàstica de múltiples nòduls cartilaginosa a la membrana sinovial d'articulacions, tendons o burses. La localització més freqüent és l'articular, i el genoll és l'articulació que més es veu afectada (50% dels casos).

Motiu de consulta

Dona de 74 anys que va consultar perquè tenia dolor en el genoll dret.

Antecedents personals

1. Hipertensió arterial en tractament amb captopril 50 mg/12 h.
2. Depressió per dol familiar, en tractament amb fluoxetina 20 mg/24 h.

Malaltia actual

La pacient va consultar perquè tenia dolor en el genoll dret, de tres mesos d'evolució. El dolor era de ritme mecànic (apareixia amb la deambulació i en baixar escales), d'inici subagut i no referia cap traumatisme previ.

L'exploració física mostrà una limitació en la flexió del genoll, sense embassament articular. Les maniobres meniscals i lligamentoses foren negatives.

Quant a les exploracions complementàries, es va sol·licitar RX de genolls, front i perfil, on es varen observar múltiples cossos estranys calcificats, de mides variables, que ens van portar al diagnòstic de *condromatosi sinovial* (figura 1).

Vam començar tractament amb Ibuprofèn 400 mg/24 h durant 7 dies. El dolor va millorar, per la qual cosa vam decidir mantenir una conducta expectant.

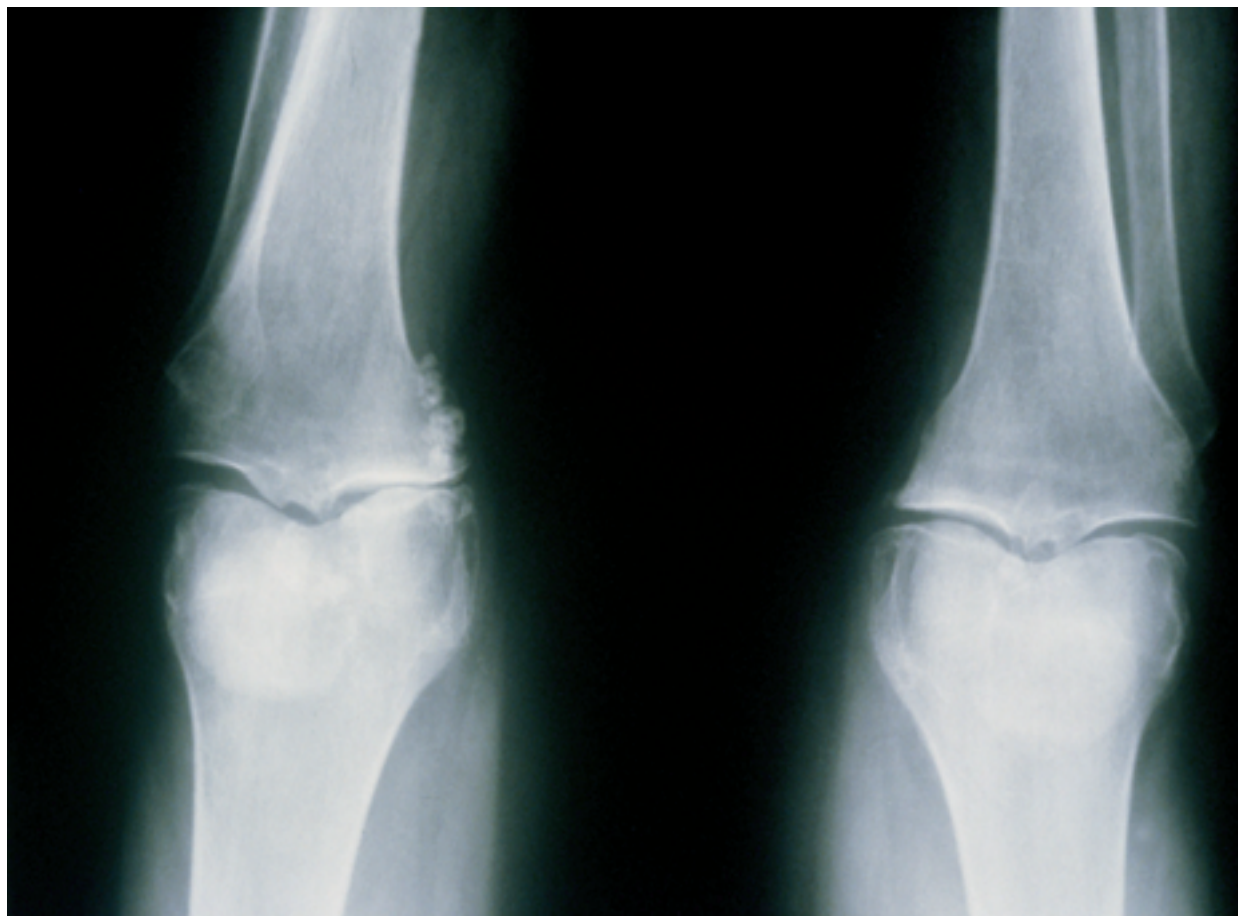


Figura 1

Discussió

Aquest cas demostra que la gonàlgia mecànica del pacient ancià, una síndrome freqüent a les nostres consultes, no sempre és d'etiologia artròsica.

La condromatosi sinovial es divideix en primària o secundària, sent la més freqüent la secundària a una artrosi.

Clínicament es caracteritza per l'aparició de dolor de ritme mecànic i limitació funcional.

En comptades ocasions la condromatosi sinovial pot produir un bloqueig de l'articulació, quan un nòdul és alliberat a l'espai articular.

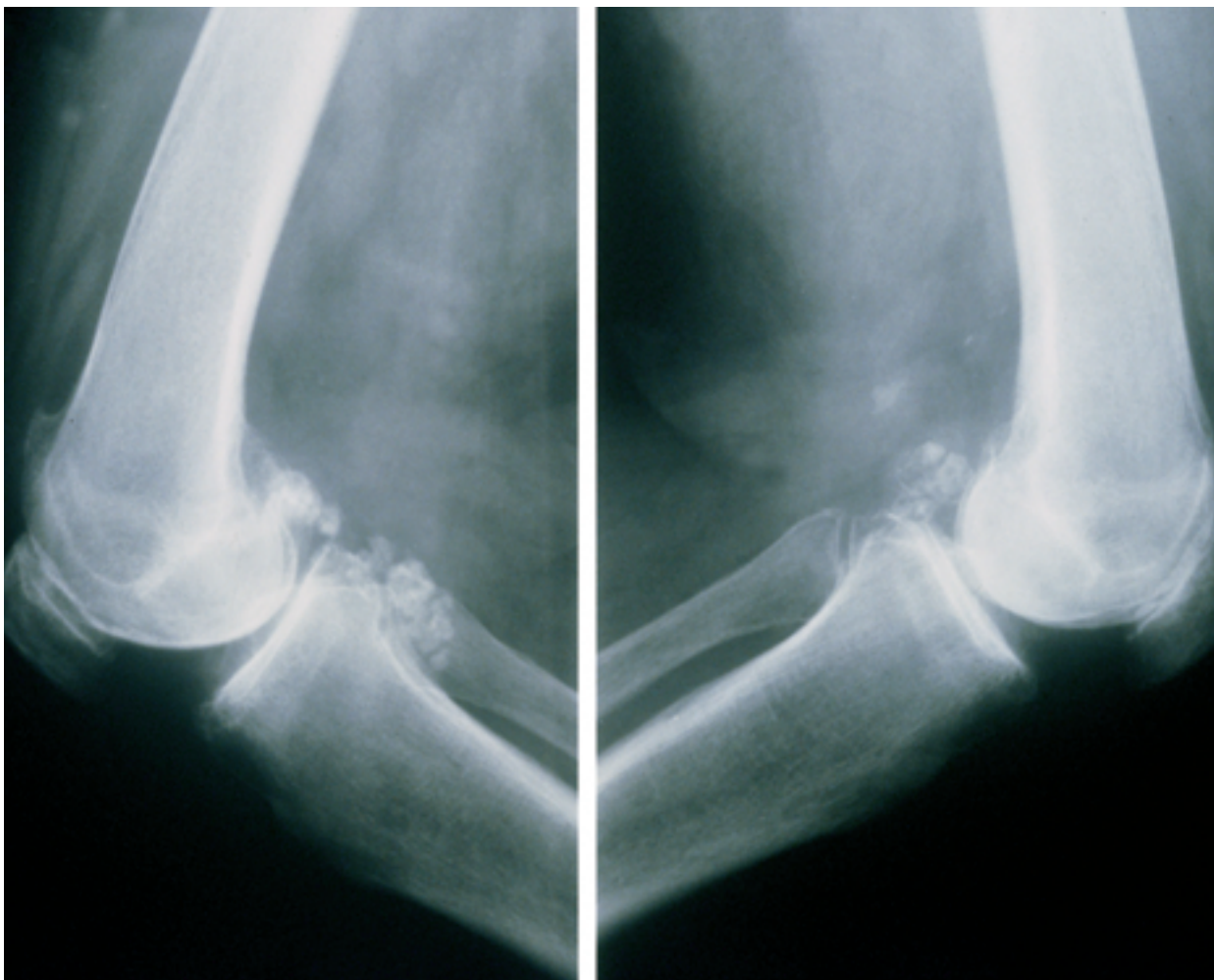


Figura 2

La RX simple n'és l'exploració complementària d'elecció; mostra uns signes radiològics molt característics (v. figura 2) si els nòduls estan calcificats. Tanmateix, la seva interpretació resulta molt difícil si els nòduls es mantenen radio-transparents.

El tractament és controvertit. L'artroscòpia n'és la millor alternativa, en el cas de produir-se fracàs del tractament conservador o quan existeix clínica de bloqueig articular.

El paper del metge de família consisteix a detectar la patologia, iniciar-ne el tractament i valorar si és necessària la derivació quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

1. Helms C. Radiología del esqueleto. 2a ed. Marban, 1999.
2. Paulino J, Puig AM. Tumores articulares benignos. A: Pascual E, Rodríguez V, Carbonell J. Tratado de reumatología. Tomo II. Arán.

L'ERITEMA NODÓS: ACTITUD DEL METGE DE FAMÍLIA

AUTORS

Grup de Dermatologia de la CAMFiC

INTRODUCCIÓ

L'eritema nodós es una panniculitis septal sense vasculitis, caracteritzada per l'aparició de nòduls subcutanis a les superfícies extenses de les extremitats inferiors. La seva etiopatogènia no és del tot clara, encara que sembla ser el resultat d'una reacció immunològica d'hipersensibilitat davant diferents estímuls.

EPIDEMIOLOGIA

Pot aparèixer a qualsevol edat, però és més freqüent entre els 20-50 anys, i afecta més sovint al sexe femení (3:1).

CLÍNICA

Les lesions cutànies poden estar precedides de febre i malestar general. Es tracta de nòduls subcutanis eritematosos i dolorosos, en nombre variable, d'uns 3 a 20 cm de diàmetre i localitzats a la superfície d'extensió de les cames i amb menys freqüència a les cuixes, els avantbraços i la cara. En molts casos s'acompanya d'artritis/artràlgies.

La seva evolució és la resolució espontània; prenen una tonalitat violàcia-groguenca per desaparèixer després, sense cicatriu, al voltant de les 3-6 setmanes.

Un cas concret és la síndrome de Löfgren. Es tracta de l'associació de l'eritema nodós i la sarcoïdosi en forma de limfadenopatia hilar bilateral.

ETIOLOGIA

L'eritema nodós es considera una resposta immunològica inespecífica desencadenada per una àmplia varietat d'estímuls antigènics. Entre les causes més freqüents: desconeguda (20-50%), sarcoïdosi, fàrmacs, infeccions estreptocòccies i neoplàsies (taula 1).

DIAGNÒSTIC

El diagnòstic de l'eritema nodós és clínic. S'ha d'intentar descartar una causa subjacent, per la qual cosa hem de realitzar una exhaustiva anamnesi i exploració física. Respecte a les proves complementàries, i revisant la literatura, passem a exposar l'estudi inicial davant l'eritema nodós (taula 2).

TAULA 1. Etiologia de l'eritema nodós

<p>Causas infeccioses</p> <p><i>Bacterianes</i></p> <p>Infeccions estreptocòccies</p> <p>TBC</p> <p>Yersiniois</p> <p>Lepra</p> <p>Turalèmia</p> <p>Sífilis</p> <p>Leptospirosi</p> <p>Gonocòccies</p> <p>Meningococ</p> <p>Estafilocòccies</p> <p>Salmonel·losi</p> <p><i>Campylobacter</i></p> <p>Febre Q</p> <p>Clamídies</p> <p>Micoplasma</p> <p><i>Virals</i></p> <p>Mononucleosi infecciosa</p> <p>Hepatitis B i C</p> <p>Herpes simple</p> <p><i>Fúngiques</i></p> <p>Coccidiomicosi</p> <p>Blastomicosi</p> <p>Histoplasmosi</p> <p>Aspergil·losi</p> <p>Dermatofitosi</p> <p><i>Parasitàries</i></p> <p>Toxoplasmosi</p> <p>Amebiasi</p> <p>Giardiosi</p> <p>Hidatidosi</p>	<p>Fàrmacs</p> <p>Antibiòtics</p> <p>Analgèsics</p> <p>Psicofàrmacs</p> <p>ADO</p> <p>Hormones</p> <p>Vacunes</p> <p>Cardiovasculars</p> <p>M. sistèmiques</p> <p>Sarcoïdosi</p> <p>LES</p> <p>Malaltia de Behçet</p> <p>Síndrome d'Sjögren</p> <p>Síndrome de Reiter</p> <p>Síndrome de Sweet</p> <p>Vasculitis</p> <p>Neoplàsies</p> <p>Malaltia de Hodgkin</p> <p>Limfomes</p> <p>Leucèmies</p> <p>Neoplàsia de mama i renal</p> <p>Enteropaties</p> <p>Malaltia de Crohn</p> <p>Colitis ulcerosa</p> <p>Embaràs</p> <p>Desconeguda</p> <p>(20-50%)</p>
--	--

S'hauran de fer altres exploracions més específiques en funció de les dades clíniques i l'exploració del pacient.

La *biòpsia* només estarà indicada en aquells casos en què es plantegin dubtes o altres diagnòstics diferencials.

TAULA 2. Exploracions complementàries davant l'eritema nodós

Analítica: hemograma i bioquímica (leucocitosi i alteració enzims hepàtics), VSG i PCR (elevació), ECA (enzim convertidor de l'angiotensina: elevat a la sarcoïdosi), FR (elevat davant algunes malalties sistèmiques)
RX tòrax: valoració parènquima (sarcoïdosi i TBC pulmonar)
PPD: obligatori en nens i joves, opcional en els adults
ASLO: dues determinacions separades per 15 dies
Cultiu exsudat faringi: es pot fer però és poc rendible, ja que les lesions apareixen a les 2-3 setmanes de la infecció estreptocòccia
Altres: la resta d'exploracions (coprocultius, serologies, etc.) es demanaran en funció de la sospita clínica

TRACTAMENT

Sempre que sigui possible s'ha de tractar la causa subjacent o la malaltia de base. El tractament és simptomàtic i consta del següent:

1. *Mesures generals*: repòs al llit amb elevació de les cames, embenat compressiu (mitja elàstica) i compreses humides.

2. *Tractament farmacològic*:

- AINE: salicilats (2-6 g/dia), indometacina (25-75 mg/8 h) i naproxèn (250-500 mg/12 h).
- Iodur potàssic: per via oral a dosis de 400-900 mg/dia en 3 dosis durant 1-4 setmanes.
- Corticoides: no s'han de prendre, excepte en els casos més greus.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Atanes A, Gómez N, Aspe B, De Toro J, Graña J, Sánchez JM. Eritema nodoso: estudio de 160 casos. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 169-172.
2. Tercedor J, Ródenas JM. Diagnóstico y tratamiento del eritema nodoso. *Piel* 1994; 9: 285-292.
3. Jareño Sánchez AM. Eritema nodoso: actualización. *FMC* 1995; 2: 5-12.
4. Polo FJ, Ferreras P, Fernandez-Fúñez A, Alamillo A. Sdr. Sweet y sarcoidosis. Una rara asociación: *Med Clin* 2000 (116); 8: 319.
5. Nolla JM, Rozadilla A, Fiter J, Gómez C, Valverde J. Manifestaciones cutáneas en las enfermedades reumáticas. *JANO* 2000 (59); 1352: 44-51.
6. Martín Santos JM. Sarcoidosis. *Medicine* 2001 (1); 33: 1715-1722.
7. Jareño Sánchez AM. Eritema nodoso. *JANO* 2002; 63: 26-30.
8. Ruano E, Montes ML, Sánchez L, Rodríguez M. Protocolo diagnóstico del paciente con fiebre y erupción cutánea. *Medicine* 2002; 8 (65): 3490-3494.
9. Herraiz J, Jané C, Castillo G. Variante del síndrome de Löfgren. A propósito de un caso. *FMC* 2003 (10); 3: 201.
10. Collados R, Vich MP. Paciente con eritema nodoso secundario a Enalapril. *Semergen* 2003 (29); 1: 44.
11. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Winkelmann RK. *Dermatología*. Springer-Verlag Ibérica. pp. 423-425.
12. Fitzpatrick T. *Atlas de dermatología clínica*. 4a ed. McGraw-Hill. pp. 144-145.
13. Ferrándiz C. *Dermatología Clínica*. Mosby. pp. 180-182.
14. Giménez Camarasa JM, Drobic L. *Infecciones en dermatología*. Menarini. p. 447.

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

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

* Comunmente informado con placebo.

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

dispuestos en envases presurizados, puede disminuir el efecto terapéutico si el envase se enfría. El envase no debe ser perforado, roto o quemado aun cuando aparentemente esté vacío. NO SUMERGIR EN AGUA EL ENVASE METÁLICO. Seretide Accuhaler: El accuhaler libera un polvo que se inhala en los pulmones. El dispositivo se abre y prepara deslizando la palanca. La boquilla se coloca entonces en la boca y se cierran los labios a su alrededor. La dosis puede inhalarse a continuación y cerrarse el dispositivo. Un indicador de dosis en el Accuhaler señala el número de dosis que quedan. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** GlaxoSmithKlinp, S.A., P.T.M. C/Severo Ochoa 2, 28760 - Tres Cantos (Madrid) España. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACION.** Con receta médica. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Especialidad de aportación reducida. **SERETIDE SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN EN ENVASE A PRESIÓN.** Seretide 25/50 x 120 dosis, PVP: 39.69 E. PVP-IVA: 41.28 E. Seretide 25/125 x 120 dosis, PVP: 57.67 E. PVP-IVA: 59.98 E. Seretide 25/250 x 120 dosis, PVP: 78.25 E. PVP-IVA: 81.38 E. **SERETIDE ACCUHALER.** Seretide Accuhaler 50/100 x 60 dosis, PVP: 44.10 E. PVP-IVA: 45.86 E. Seretide Accuhaler 50/250 x 60 dosis, PVP: 59.16 E. PVP-IVA: 61.52 E. Seretide Accuhaler 50/500 x 60 dosis, PVP: 79.84 E. PVP-IVA: 83.03 E. **Para mayor información consultar la Ficha técnica completa del producto.** FTSerethn/Acc - 6/9red (febrero 2006).

NORMES DE PUBLICACIÓ

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

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

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

CONDICIONS

Fonamentalment, la revista consta de les parts següents:

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

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

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

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

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

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

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

Cartes al director

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

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

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

PRESENTACIÓ I ESTRUCTURA DELS TREBALLS

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

Primer full. S'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 III I, Tomàs Vilatella J. Estudi comparatiu de la personalitat dels pares i de la dinàmica familiar en l'anorèxia nerviosa. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 311-324. En les referències de llibres s'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 20



mañana  noche 
 Todos los días 2 inhalaciones
 cada 12 horas



Volumatic+

