



**scmfic**

societat catalana de  
medicina familiar i  
comunitària

# Butlletí

de la societat catalana de  
medicina familiar i comunitària

Volum 23 n° 1

Febrer 2005

<b>Editorial</b>	Plataforma 10 minuts	
<b>Treballs de revisió</b>	Tractament i prevenció de la grip basat en l'evidència	1
<b>Treballs originals</b>	Diagnostiquem correctament els nostres pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica?	7
	A propòsit del tractament amb infiltracions: com estan els nostres pacients un any després?	14
	Epidemiologia de la síndrome metabòlica en població amb malaltia cardiovascular atesa a l'Atenció Primària	18
<b>De l'evidència científica a la pràctica clínica</b>	La tos dels refredats: tenim algun tractament eficaç?	22
<b>Casos clínics</b>	Fractura patològica de diàfisi humeral	24
	Ginecomàstia unilateral per fistulització toràcica en una tuberculosi pleural	26
	Osteonecrosi idiopàtica de còndil femoral	28
<b>La imatge</b>	Cas clínic	30
	I Jornada de patologia cardiovascular	32

Butlletí editat per:

**Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària**

Portaferrissa 8, pral. la. / 08002 Barcelona • Tel. 933 011 777 • Fax 933 181 001

e-mail: scmfic@scmfic.org

© scmfic Reservats tots els drets

**Junta Permanent:**

*Presidenta:* M. Dolors Forés i Garcia  
*Vice-Presidents:* Sebastià Juncosa Font  
 Josep M<sup>o</sup> Sagrera Mis  
*Secretari:* Ricard Peiró Navarro  
*Vicesecretària:* Iskra Liguerra Casals  
*Tresorer:* Ramon Velayos Balcells  
*Vocals:* Carles Alsina Navarro  
 Rafael Ruiz Riera

**Comitè Editorial:**

*Director:* Joan Lozano i Fernández  
*C.EDITORIAL:* Carles Llor i Vila  
 Rosa Pou i Vila  
 Xavier Bria i Ferré  
 Ernest Vinyoles i Bargalló  
 Mènci Benítez Camps  
 Mireia Sans i Corrales  
 Miquel Àngel Martínez i Adell  
 Ester Duran i Navarro  
 Raül Bonich i Juan  
 Lurdes Alonso Vallès  
*Secretària:* Mercè Deu i Martínez

**Seccions:**

*Docència:* Yolanda Ortega Vila  
*Recerca:* Jesus Pujol Salud  
*Comunicació:* Josep Espinasa Rifa

**Vocalies territorials:**

*Anoia:* Xavier Cantero Gómez  
*Garraf:* Cristina Gallardo Sánchez  
*Girona:* Xavier Pérez Berrueto  
*Lleida:* Gisela Galindo Ortego  
*Maresme:* Juan José Montero Alia  
*Osona:* Antoni Iruela López  
*Tarragona:* Juanjo Cabré Vila  
*Terres de l'Ebre:* Rosa Caballol Angelats  
*Vallès Occidental:* Montserrat Baré Mañas  
*Vallès Oriental:* Eulàlia Cladellas Oliveras

**Enllaços amb el Butlletí:**

<i>Acreditació Activitats:</i> Lluïsa Rodríguez i Latre	<i>Gent Gran:</i> Mònica Papiol i Rufiàs
<i>Adolescència:</i> Ignasi Casado i Zuriguel	<i>Hipertensió arterial:</i> Narcís Salleras i Marco
<i>Alcohol:</i> Rosa Freixedas i Casaponsa	<i>Infeccions</i>
<i>Anticoagulació Oral:</i> Jordi Altirriba i Vives	<i>(GERMIAP):</i> Isabel González i Saavedra
<i>APOC:</i> Isabel Montaner i Gomis	<i>Malalties del cor:</i> Valeria Pacheco i Huergo
<i>Respiratori:</i> Maria Antonia Llauger Rosselló	<i>MBE:</i> Mènci Benítez i Camps
<i>ATDOM:</i> Antonio Aranzana i Martínez	<i>Osteoporosi:</i> Cristina Carbonell i Abella
<i>Cerebro-vascular:</i> Maria Teresa Alzamora i Sas	<i>Patologia digestiva:</i> Gerard Martínez i Sanchez
<i>Comunicació i Salut:</i> Josep Massons i Cirera	<i>Patologia Prostàtica:</i> Elisenda Sant i Arderiu
<i>Cooperació Internacional:</i>	<i>Qualitat:</i> Miquel Reguant i Fosas
<i>(COCCOPS):</i> Maria José Llorens i Morales	<i>Reumatologia:</i> Xavier Mas i Garriga
<i>Dermatologia:</i> Raül Bonich i Juan	<i>Risc Cardiovascular:</i> Josep Franch i Nadal
<i>Diabetes (GEDAPS):</i> Pilar Roura i Olmeda	<i>Salut Mental:</i> Albert Grau i Ruvireta
<i>Dislipèmies:</i> César Asenjo i Vázquez	<i>Tabaquisme:</i>
<i>Exercici Físic i Salut:</i> Óscar Peña i Chimenis	<i>(GRAPAT):</i> M.Carmen Cabezas i Peña
<i>Farmacía:</i> Julio González i Algas	<i>Urgències:</i> Pedro Cabrero i Sobrino
	<i>VIH:</i> José Manuel Castillejo i Medina

**Producció:**

*Realització:* Gabinet de Divulgación Científica - Ediciones S&G  
*Impressió:* Gráficas Covadonga  
*Publicitat:* Gabinet de Divulgación Científica - Ediciones S&G Tel. 985 980 339  
 D.L.: B-17664-1988 Suport vàlid

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

## FE DE ERRATAS

A la pag. 185 del Volum 22 n<sup>o</sup> 5 han de constar com autores del reportatge «Una experiència al Centre Mèdic de Santa Teresa d'Abancy (Perú)»:  
 ALEJANDRA CABO QUERALTO (ABS SANT ILDEFONS, CORNELLA DE LLOBREGAT)  
 VANESA LEON REL (ABS SANT JOSEP, HOSPITALET DE LLOBREGAT)  
 MONTSE MALLOL OLIVA (ABS CASTELLDEFELS, CASTELLDEFELS)  
 VICENTA PUJIOL BLAYA (ABS GAVARRA, CORNELLA DE LLOBREGAT)

# Plataforma 10 minuts

Ara fa 20 anys es va iniciar el procés de la reforma de l'AP, fet que va suposar un impuls per la qualitat i dignitat d'aquest nivell assistencial. Es va introduir la història clínica, els sistemes de registre, els protocols, els programes de salut, etc., en una resposta d'il·lusió i motivació d'una bona part dels professionals que exercien en aquest camp i que va tenir com a conseqüència directa un augment notable en la satisfacció dels usuaris que eren atesos per aquests professionals.

Tanmateix a Catalunya, com és ben sabut, aquest procés s'ha produït de manera ambivalent, incompleta i amb poc finançament. El resultat ha estat un deteriorament important en aquest àmbit i el que és pitjor, una autèntica dilapidació d'un capital inestimable en tota organització: la il·lusió i el compromís dels seus treballadors. Actualment, el metge assistencial veu com cada dia té més pacients, una major carter de serveis que realitzar, menys temps per fer bé les coses, més pressió social, menys recompenses professionals i econòmiques... Per tot això, creiem que ha arribat el moment de fer sentir la nostra veu a través de la **Plataforma 10 Minuts**.

La Plataforma 10 Minuts és un moviment reivindicatiu per unes condicions de qualitat assistencial i dignitat professional de l'AP. Sota el lema "10 minuts" es concentren les expectatives de millora que els metges de l'AP necessitem per poder realitzar la nostra tasca d'atenció als pacients amb dignitat, qualitat i eficiència. Cal que la societat assumeixi que el fet de propiciar unes condicions de treball dignes no té per objectiu que els professionals visquin millor, sinó que és una qüestió primordial per a la **SEGURETAT DE LA GENT QUE CONSULTA**.

Però no és solament una justa reivindicació de tenir el temps suficient per atendre amb el mínim de dignitat que, a més a més, la societat ens exigeix. Es tracta d'una vegada d'assentar unes bases sòlides per a una reforma substancial de la nostra activitat, concentrada en 2 aspectes clau: el finançament i la relació contractual

**El finançament:**

- **Capitació dinàmica:** El "Dinero sigue al paciente"; cada pacient arriba amb un pressupost/any.
- **Gestió econòmica del tipus Comptabilitat Patrimonial**
- **Reversió de l'estalviat** o de part d'ell, en la visió de globalitat pressupostària.
- **Multifinançament:** podem vendre serveis a altres organitzacions o a altres col·lectius. Estimul de la competència.
- **Modulació per trams d'activitat, específicament taxats econòmicament,** amb establiment de mínims d'oferta.
- **Capacitat de compra real de l'Atenció Primària a l'Atenció Especialitzada.** disposant de diners per pagar els serveis especialitzats.

**La relació contractual:**

- **Autonomia** en l'organització i gestió dels recursos, passant només comptes dels resultats.
- **Objectius** en base a **resultats** sobre el 100% de l'activitat (efectivitat i eficiència).
- **Avaluació bidireccional,** dintre de l'establiment del contracte programa.
- **Disponibilitat d'ús o reuig** dels serveis que "teòricament" han d'oferir les gerències, en cas d'avaluació molt negativa del servei ofertat.
- **Mesurament del 100% de l'activitat i en base a l'efectivitat**
- **Anàlisi global de l'activitat,** incloent els costos i l'activitat de la **Incapacitat Temporal (IT)**.
- **Respecte deontològic al secret professional.**
- **Alta disponibilitat de la informació clínica** per part dels professionals assistencials.
- **Incentius contra estàndards de resolució.**
- **Aparició d'incentius positius o negatius** (jugar al risc).
- **Increment de la capacitat de negociació dels gerents d'AP.**

En resum, es tracta que l'AP sigui l'eix i no sols la porta d'entrada del sistema sanitari.

Per aconseguir-ho hem de ser molts movent-nos en la mateixa direcció.

Un dels punts prioritaris és establir una xarxa de companys interessats en seguir les activitats de la plataforma i fer-ne difusió a la nostra autonomia. Et mantindrem informat a través de la nostra pàgina web ([www.scmfic.org](http://www.scmfic.org)).

Ens alegra pensar que som molts i que val la pena l'esforç!!

# Tractament i prevenció de la grip basat en l'evidència

Josep Lluís Llor<sup>1</sup>

Carles Llor<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EAP Deltebre, <sup>2</sup>EAP Jaume I, Tarragona

La disseminació de la grip del pollastre entre les aus domèstiques del Sud-est Asiàtic ha generat molta preocupació sobre la possibilitat que els virus d'aquesta grip puguin travessar les barres de les espècies i infectin els humans i d'aquí, poder iniciar una nova pandèmia gripal, similar a les 3 ocorregudes en el segle passat. La infecció simultània dels humans o dels porcs amb virus de la grip del pollastre i amb virus de la grip humana poden, en teoria, generar nous virus de la grip amb un potencial pandèmic com a resultat del creuament de subunitats genòmiques d'ambdós virus<sup>1</sup>. Aquests virus híbrids podrien tenir el potencial d'expressar antigens de superfície de virus de les aus per als quals els humans no tindrien immunitat. Encara que és impossible anticipar quan pot ocórrer la pandèmia, l'Organització Mundial de la Salut (OMS)<sup>2</sup> ha instat als governs a preparar-se enfront d'aquesta amenaça. Segons l'OMS, el nou virus gripal podria arribar a infectar a un 20% de la població tenint en compte que la propagació pot ser molt ràpida segons els experts.

## ESTRATÈGIA DE RECERCA D'INFORMACIÓ

S'han revisat les següents bases de dades en data de 18 de desembre 2004:

- Cochrane Library Plus: Totes les seves bases.
- Trip Database
- Medline

Les paraules clau utilitzades han estat: *influenza, flu, respiratory infection, infection control, complementary medicine, naturopathy, bed rest, water, fluid intake, rehydration, phytotherapy, herbal medicine, medicinal teas, essential oil, chinese herb, chinese medic, echinacea, onion, garlic, hand washing, hand hygiene, enema, hydrotherapy, balneology, balneotherapy, spa therapy, thermalism, baths, sponge, heated vapour, inhalation therapy, steam, humidifier, rhinotherapy, hyperthermia, talasotherapy, physical exercise, fasting, nutrition, diet therapy, vegetarianism, probiotic, vitamin C i homeopathy.*

L'evidència científica de les mesures terapèutiques i preventives s'indica al final de frase o paràgraf. S'ha escollit la classificació en nivells d'evidència, de la a IV<sup>3</sup>:

- Ia L'evidència procedeix de metaanàlisis d'assaigs clínics controlats aleatoritzats.
- Ib L'evidència procedeix d'almenys un assaig clínic controlat i aleatoritzat i de bona qualitat.

- IIa L'evidència procedeix d'almenys un assaig clínic prospectiu controlat, ben dissenyat, sense aleatoritzar.
- IIb L'evidència procedeix d'almenys un estudi gairebé experimental, ben dissenyat.
- III L'evidència procedeix d'estudis descriptius no experimentals, ben dissenyats com a estudis comparatius. De correlació o de casos i controls.
- IV L'evidència procedeix de documents d'experts o opinions de comitès d'experts i/o experiències d'autoritats de prestigi.

## Introducció<sup>4</sup>

La grip és una malaltia respiratòria aguda causada pels virus de la grip o *Influenzavirus* i afecta principalment el tracte respiratori (nas, gola i bronquis). La infecció dura generalment una setmana i es caracteritza per l'aparició sobtada de febre elevada, mialgies, cefalea, malestar general, tos no productiva, mal de coll i rinitis. La majoria dels pacients es recuperen en una o dues setmanes sense requerir tractament mèdic. La grip es propaga ràpidament pel món en forma d'epidèmies estacionals i suposa una càrrega econòmica considerable en forma de visites mèdiques, hospitalització i pèrdua de productivitat.

La grip pot suposar un risc important en els més joves, els ancians i aquelles persones que presenten malalties concomitants com malalties respiratòries, diabetis, neoplàsia activa, cardiopatia o insuficiència renal. En aquests pacients, la infecció pot comportar l'aparició de complicacions greus, d'aquestes, les més terribles són les pulmonars, principalment la pneumònia bacteriana secundària i les aguditzacions de malalties pulmonars cròniques preexistents. La pneumònia secundària ha de sospitar-se en pacients que presenten febre alta o reaparició de febre o altres símptomes d'infecció bacteriana en el tracte respiratori (tos i dispnea) després d'una millora de la infecció gripal. Els signes i símptomes clínics poden ser atípics en els ancians.

## Epidemiologia

Durant aquestes epidèmies, s'afecta un 10-20% de la població<sup>5</sup>. A Espanya s'infecten cada any entre 3 i 3,5 milions d'individus, la qual cosa significa unes 7.800-8.000 persones per cada 100.000 habitants<sup>6,7</sup>. De mitja-

na, cada cas de grip ocasiona 5-6 dies d'activitat limitada, 3-4 dies de restricció d'activitat al llit i al voltant de 3 dies d'absentisme escolar o laboral. S'estima que aproximadament el 25% dels processos febrils aguts que ocorren durant la temporada gripal podrien ser causats pel virus de la grip<sup>8</sup>.

S'estima que es produeixen 250.000-500.000 morts a l'any relacionades amb la grip en tot el món. El 80-90% de la mortalitat associada amb aquesta malaltia es presenta en persones majors de 65 anys<sup>9</sup>.

## Virus de la grip

Els virus de la grip es classifiquen actualment en dos tipus principals: A i B. Ambdós són responsables de les epidèmies i només l'*Influenzavirus A* ha mostrat habilitat per causar pandèmies. Durant els períodes interpandèmics, els virus de la grip evolucionen acumulant mutacions en les proteïnes hemaglutinina i neuraminidasa, originant els anomenats *drifts* antigènics, creant noves soques de virus que difereixen en un petit nombre d'amino-àcids en la proteïna hemaglutinina respecte als anteriors. Els virus pandèmics apareixen per *shifts* antigènics, els quals es caracteritzen per canvis genètics majors en el subtipus d'hemaglutinina, amb o sense canvi en la neuraminidasa. En el segle XX s'han documentat 3 grans pandèmies: la grip espanyola al 1918, causada per *Influenzavirus A(H1N1)*, que va causar més de 20 milions de morts al món i va afectar principalment a individus d'entre 20 i 50 anys; la grip asiàtica, deguda a l'*Influenzavirus A(H2N2)* al 1957 i la grip de Hong Kong, deguda a l'*Influenzavirus A(H3N2)* al 1968. Actualment estan circulant aquests virus. Es preveu que la nova pandèmia l'origini la mateixa soca de virus que produeix la grip aviària en el Sud-est Asiàtic, el *Influenzavirus A(H5N1)*.

## Transmissió

El virus passa de persona a persona fàcilment a través de l'aire mitjançant les gotetes i petites partícules que excreten els individus infectats al tossir o esternudar. L'*Influenzavirus* penetra en l'organisme a través del nas o la gola. També hi pot haver contagi a través del contacte directe nasal o ocular. El període d'incubació oscil·la entre 1 i 4 dies. La persona que presenta grip és contagiosa des del dia previ a l'inici dels símptomes fins a set dies més tard. En immunodeprimits aquest període de temps és major.

El risc que un individu contregui la malaltia durant la circulació del virus de la grip depèn d'una sèrie de factors, com:

- Infectivitat i virulència de la soca circulant.
- Nivell natural d'immunitat: depèn de l'estat de salut general de l'individu i de l'exposició antiga a l'*Influenzavirus* o vacunació i al grau d'immunitat creuada d'aquest amb la soca circulant.
- Estat basal i nutricional de l'individu.
- Habitabilitat: major risc de transmissió en espais tancats i confinats: residències, escoles, presons.

- Edat: la grip apareix més freqüentment en nens d'edat escolar i en persones més grans de 65 anys.

## Diagnòstic

El diagnòstic és clínic. La malaltia respiratòria causada per *Influenzavirus* és difícil de distingir de la infecció causada per altres patògens respiratoris des del punt de vista clínic. En un estudi efectuat en els períodes hivernals de 1992 a 1994 a Anglaterra es va observar que una tercera part d'infeccions suposadament gripals són causades per *Rhinovirus*, un altre terç són d'origen desconegut i l'altre terç per diferents microorganismes entre els quals s'inclouen els *Influenzavirus*<sup>10</sup>. No obstant això, durant brots causats per *Influenzavirus* confirmats per laboratori, la probabilitat que sigui grip quan hi ha clínica suggestiva és més alta; així, es confirma grip en 1/3 dels casos amb clínica suggestiva i si hi ha més de 50 casos nous setmanals per 100.000 habitants.

## TRACTAMENT

### Mesures higièniques i naturals

Aquestes mesures tenen per objectiu ajudar al sistema immunitari en el seu paper d'eliminar l'*Influenzavirus* en pocs dies:

- Repòs al llit, mentre duri el quadre gripal [*Evidència IV*]<sup>4,11</sup>.
- Beure abundants líquids, més de 2 litres al dia, per evitar la deshidratació [*Evidència IV*]<sup>4,12</sup>.
- La vitamina C, en suplement, s'ha associat a una millor evolució de les infeccions respiratòries [*Evidència IIa*]<sup>13,14</sup>. La vitamina C també es pot administrar en els suc de fruita natural (per exemple, cítrics).
- La presa d'all (dos grills al dia), de ceba crua o bullida, el suc de llimona i les infusions de farigola o eucaliptus o menta tenen acció antiviral *in vitro* i, per tant, serien útils en el tractament de la grip. Altres herbes útils són la til·la i el saüc, pel seu poder sudorífic [*Evidència IV*]<sup>15-17</sup>.
- Si hi ha desgana, està indicat abstenir-se de menjar, i prendre només aigua mineral, suc de fruita, verdura crua, i brou de verdura [*Evidència IV*]<sup>18</sup>.
- La inhalació de vapor d'aigua, per exemple, mentre es beuen lentament líquids calents, facilita la respiració nasal i el drenatge de secrecions en les infeccions respiratòries [*Evidència IIa*]<sup>19,20</sup>. Està demostrat que inhalar aire calent a 45°C durant 20 minuts millora els símptomes dels catarros<sup>21</sup>.
- Una mesura per reduir la febre alta és el fregament de la pell amb una esponja banyada d'aigua tèbia [*Evidència Ib*]<sup>22,23</sup>. Però convé recordar que la febre és un símptoma que cal respectar, ja que és un mecanisme fisiològic que activa els monòcits i diversos mediadors immunitaris. [*Evidència III*]<sup>24</sup>. En aquesta línia són útils les teràpies que incrementen la temperatura corporal, com el bany calent de 33°

de temperatura ascendent; aquesta hidroteràpia combinada amb el repòs al llit ben abrigat i amb la presa de líquids calents, afavoreix la sudació [Evidència IV]<sup>16</sup>.

- La presa d'herbes xineses en infusió o en presentació patentada s'han associat en alguns estudis a una reducció de la durada i intensitat de les infeccions respiratòries<sup>25,26</sup>. Similars troballes s'obtenen amb la ingesta d'equinacea, si s'inicia el tractament el primer dia dels símptomes [Evidència IIa]<sup>27,28</sup>.
- L'homeopatia, sobre la base d'oscilloccinum, presa en dues o tres dosis al dia, durant 3 dies, redueix la grip en mig dia [Evidència IIa]<sup>29,30</sup>.

## Mesures per evitar la transmissió del virus

La mesura amb millor evidència és el rentat de les mans amb aigua i sabó (Figura 1) durant 15 segons i fregant amb raspall, per part del cuidador i per part del malalt en les següents situacions [Evidència Ia]<sup>31,32</sup>:

- Quan les mans estan brutes d'alguna secreció del malalt.
- Si no estan brutes, després de qualsevol contacte amb el malalt. En aquest cas el sabó ha de ser anti-sèptic.
- Abans de cada àpat i després d'anar al WC.

Altres mesures convenientes són [Evidència Ib]<sup>32</sup>:

- Ús de guants d'un sol ús abans de qualsevol contacte amb el malalt.
- Aplicar-se crema hidratant després de rentar-se amb sabó anti-sèptic.

## Figura 1 Rentat de mans



- Mantenir les ungles curtes.

També s'indiquen les següents pautes preventives [Evidència IV]<sup>33</sup>:

- L'habitació del malalt ha de ventilar-se diversos cops al dia.
- Convé separar les persones malaltes de les sanes, sobretot en institucions i també s'han de restringir les visites.
- Les persones sanes convé que evitin llocs tancats on hi hagi malalts que tussin o que esternudin.
- El malalt ha d'utilitzar mocadors d'un sol ús per tapar-se la boca i el nas si esternuda o si tus. Els mocadors usats s'han de llençar a recipients amb tanca.
- La persona afectada de grip no ha d'estar prop de persones amb asma o amb pneumopaties, en les quals la malaltia podria evolucionar pitjor.

## Fàrmacs

Tal com s'ha comentat anteriorment, hi ha controvèrsia sobre la utilització d'antitèrmics en la grip en els adults<sup>34</sup>, ja que els virus de la grip creixen ràpidament a temperatures lleugerament per sota de la temperatura corporal i a 40°C moren en 12-24 hores, segons estudis en models animals<sup>35</sup>. No existeix cap estudi que hagi avaluat l'efectivitat del tractament antipirètic en la reducció dels dies de la malaltia en humans. No es recomana la utilització d'àcid acetilsalicílic ja que la seva utilització s'associa a una major producció de virus respiratoris<sup>36</sup>. Tampoc es recomana la seva utilització en menors de 18 anys pel risc de síndrome de Reye. Es recomana no donar tractament antibiòtic llevat que existeixi alguna complicació bacteriana [Evidència Ia]; malgrat això, al 16,3% dels pacients amb grip se'ls prescriu algun antibiòtic al nostre país<sup>37</sup>. Els fàrmacs antivirals són un remei auxiliar per al tractament i la profilaxi de la grip encara que mai no han de substituir la vacunació<sup>38</sup>.

Actualment hi ha 2 fàrmacs antivirals comercialitzats a Espanya per tractar les infeccions gripals: amantadina i zanamivir (aquest últim, no finançat a càrrec de la Seguretat Social). Difereixen quant a mecanismes d'acció, característiques farmacocinètiques, efectes secundaris, vies d'administració, grups etaris diana, dosis i costos. Quan es prenen durant l'estadi inicial de la grip (dos primers dies), els antivirals poden ajudar a reduir la durada dels símptomes en un dia aproximadament. Com que el diagnòstic de la grip és difícil, l'efectivitat real dels antivirals en el context clínic difereix molt de la seva eficàcia, per la qual cosa el benefici d'aquests medicaments és marginal. A més, l'eficàcia s'ha estudiat principalment en pacients adults sense comorbiditat associada mentre que l'evidència del seu benefici en persones grans és més limitada.

L'amantadina interfereix amb el cicle replicatiu d'*Influenzavirus A* però no del tipus B a través del bloqueig de la funció d'una proteïna sintetitzada en cèl·lules infectades amb grip que actua a nivell de la membrana. És



només efectiva per prevenir la malaltia causada *Influenzavirus A*. Això és important ja que a Europa occidental és també important la participació d'*Influenzavirus B*<sup>39</sup>. Prova d'això és l'estudi de Pumarola efectuat en el període 2002-2003 en 24 equips d'atenció primària de Catalunya, on es van recollir mostres de l'exsudat nasal i faringi de pacients que presentaven síndrome gripal o infecció respiratòria aguda; de les 367 mostres analitzades, 120 van ser positives, de les quals, 40 van correspondre a *Influenzavirus A* i 47 a *Influenzavirus B*<sup>40</sup>. L'amantadina és un medicament barat però té molts efectes secundaris, principalment de tipus gastrointestinal com nàusees o anorèxia i de tipus neurològic, com nerviosisme, disminució de l'atenció i de la concentració, mareig, insomni, depressió, fatiga, deliri o convulsions, particularment en pacients amb una funció renal disminuïda. No pot administrar-se l'amantadina en pacients amb insuficiència renal o amb història de convulsions [Evidència III]<sup>41</sup>. Tampoc es pot administrar a pacients majors de 65 anys<sup>42</sup>. Una altra limitació és la ràpida emergència de resistències quan s'administra aquest antiviral<sup>43-44</sup>. Una revisió sistemàtica posa de manifest que la seva utilització a una dosi de 200 mg/dia en les primeres 48 hores des de l'inici dels símptomes disminueix la durada de símptomes gripals en un dia en adults sans<sup>45</sup> [Evidència Ib]. No obstant això, al nostre país està comercialitzat en caps de 20 càpsules de 100 mg i es recomana administrar 100 mg/dia en persones grans. Els estudis efectuats en persones grans són de poca qualitat i difícils de generalitzar i no hi ha assaigs clínics efectuats en subjectes amb patologies cròniques. A causa dels seus efectes secundaris, no es recomana utilitzar amantadina en pacients amb infecció gripal. En altres països està comercialitzat rimantadina, que té un mecanisme d'acció semblant a amantadina, amb menys efectes secundaris, però no està comercialitzat a Espanya<sup>44</sup>.

Zanamivir inhibeix l'enzim neuraminidasa, amb la qual cosa aconsegueix inhibir la replicació viral. La via d'administració és inhalatòria a dosis de 2 puffs/12 hores durant 5 dies i és car (Relenza: 5 rotadisk + 20 alvèols 5 mg; 23,4 euros). Pot exacerbar l'asma o altres malalties pulmonars cròniques, per la qual cosa n'està contraindicada l'administració en aquests pacients [Evidència III]. De forma general, cal recomanar a tots els pacients que prenguin zanamivir que tinguin a mà un broncodilatador  $\beta_2$ -agonista. Tres revisions sistemàtiques han mostrat que zanamivir redueix la durada dels símptomes gripals produïts per *Influenzavirus A* i B en un dia aproximadament quan es compara amb placebo quan es pren en els 2 primers dies<sup>46-48</sup> [Evidència Ib]. Una metaanàlisi efectuada en adults sans entre 12 i 65 anys amb clínica de grip va mostrar que el zanamivir redueix la durada de símptomes en 0,78 dies però d'1,26 dies en pacients amb confirmació d'infecció gripal. En una altra metaanàlisi en subjectes majors de 12 anys amb risc, la reducció va ser de 0,93 dies i en adults en risc amb grip confirmada, la reducció simptomàtica entre els tractats amb l'antiviral va ser de 2 dies. No obstant això, no és efectiu en reduir les complicacions i les morts per grip. Es recomana en tots els casos utilitzar zanamivir només en els pacients d'alt risc per tenir complicacions de la grip.

En altres països està comercialitzat un altre inhibidor de la neuraminidasa, l'oseltamivir, d'administració oral, amb una efectivitat similar a zanamivir sempre i quan l'administració s'iniciï en les primeres 36 hores des de l'inici de la simptomatologia<sup>46-48</sup>. Està indicat en nens amb alt risc encara que hi ha investigadors que alerten sobre l'existència d'estudis no publicats amb aquests fàrmacs que no han mostrat cap efectivitat<sup>49</sup>.

Hi ha poca evidència sobre els efectes dels antivirals en la reducció de complicacions serioses de la grip. Només una revisió sistemàtica mostra que l'oseltamivir redueix la incidència d'otitis mitjana subsegüent a la infecció gripal (passa d'un 28% a un 17%)<sup>47,50</sup>. Quant a les complicacions gripals, cal assenyalar que la pneumònia bacteriana secundària acostuma a estar causada per *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* i *Staphylococcus aureus*, per la qual cosa es recomanarà de forma empírica l'administració de l'associació d'amoxicil·lina i àcid clavulànic a altes dosis [Evidència Ib].

## MESURES PREVENTIVES

### Mesures higièniques i naturals

La mesura més important per evitar la grip és mantenir el sistema immunitari en bon estat. Per a això, són bàsiques l'alimentació sana i el descans suficients [Evidència IV]<sup>51</sup>. L'exercici físic diari té un paper preventiu de les patologies cròniques que són les que afavoreixen les complicacions de la grip [Evidència Ib]<sup>52</sup>.

El suplement de minerals -especialment zinc i seleni i de vitamines (A, C i E) -la dieta equilibrada, incloent cereals integrals, llegums, verdura i productes, els conté es relaciona amb una reducció de la incidència i de la durada d'infeccions respiratòries i també a un augment del títol d'anticossos antigripals en persones vacunades [Evidència Ib]<sup>53-56</sup>.

Els probiòtics, per exemple el iogurt amb *Lactobacillus*, afavoreix una disminució de les infeccions respiratòries en nens [Evidència Ib]<sup>57,58</sup>.

Convé evitar el refredament dels peus, ja que s'associa amb una disminució de la capacitat defensiva de la mucosa de vies respiratòries altes [Evidència IIa]<sup>59</sup>. La pràctica regular de la sauna es relaciona amb la reducció d'episodis infecciosos [Evidència IIa]<sup>60</sup>.

### Vacunació

La vacunació és una mesura bàsica per prevenir la grip i reduir l'impacte de l'epidèmia<sup>61</sup> [Evidència Ia]. Es recomana en individus majors de 60 anys que es consideren d'alt risc pel fet de presentar complicacions relacionades amb la grip<sup>62</sup>:

- Malaltia pulmonar obstructiva crònica, inclòs l'asma
- Cardiopatia crònica
- Nefropatia crònica
- Diabetis mellitus
- Immunodepressió

Els canvis genètics constants en els virus de la grip implica que ha d'ajustar-se la composició vacunal anualment i incloure els virus circulants: A(H3N2), A(H1N1) i *Influenzavirus B*. L'efectivitat de la vacuna depèn principalment de l'edat i la immunocompetència de l'individu receptor d'aquesta, així com del grau de similitud entre el virus de la vacuna i el circulant. Entre els majors de 60 anys no institucionalitzats, la vacunació antigripal redueix la morbiditat gripal en un 60% i la mortalitat en un 70-80%<sup>61</sup> [Evidència Ia]. En subjectes majors institucionalitzats, l'efectivitat de la vacuna és menor i oscil·la entre el 30 i el 40%. Entre els adults sans la vacuna és més efectiva que en els majors ja que prevé la infecció gripal almenys en un 68% dels casos [Evidència Ia]. Està recomanada en embarassades, a partir del segon trimestre de gestació.

Contraindicacions de la vacuna antigripal<sup>4,61</sup>:

- Totes les vacunes antigripals contenen traces de proteïnes d'ou i no han de ser administrades en subjectes amb al·lèrgies a proteïna d'ou.
- Infecció febril aguda concomitant.

## Profilaxi postexposició de la grip

La profilaxi postexposició implica iniciar el tractament antiviral després que un subjecte hagi entrat en contacte fa menys de 48 hores amb algú que hagi presentat grip (en aquests casos, s'administra el tractament antiviral durant 7-10 dies). L'amantadina ha demostrat ser efectiva en prevenir la infecció gripal per *Influenzavirus A* en adults sans, amb un 61% d'eficàcia, encara que l'efectivitat real documentada no supera el 25%<sup>45</sup> [Evidència Ib]. Encara que la major part d'estudis s'ha efectuat amb dosis de 200 mg diaris, un estudi fet amb 100 mg va observar una disminució significativa d'infecció gripal en adults sans no prèviament vacunats. No hi ha dades sobre la seva efectivitat en subjectes majors o en presència de malalties cròniques. Zanamivir presenta una eficàcia del 81% en reduir la infecció gripal quan s'administra un cop al dia durant 10 dies, similar a la que s'observa amb oseltamivir [Evidència Ib]<sup>63</sup>. No obstant això, el seu ús rutinari no és cost-efectiu atesa la baixa efectivitat real<sup>64</sup>. Zanamivir no té indicació de prevenció d'infecció gripal. De tots els antivirals, els únics que tenen llicència per a la profilaxi postexposició de la grip en els grups d'alt risc són l'amantadina (no ha d'administrarse tal com s'ha comentat anteriorment) i l'oseltamivir, no comercialitzat en el nostre país.

## Bibliografia

1. Kaye D, Pringle CR. Avian influenza viruses and their implication for human health. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 108-112.
2. Influenza. World Health Organization. Fact sheet n° 211. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/>
3. US Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
4. Prodigy Guidance. Influenza. En: <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Influenza>
5. Couch RB. Advances in influenza virus vaccine research. *Ann NY Acad Sci* 1993; 658: 803-812.
6. Pallarés J, Mata M. Infecciones frecuentes en atención primaria. En: Martín A, Cano JF. *Manual de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona: Harcourt-Brace, 2001; 1282-1320.
7. De Mateo S. Gripe. Impacto en la salud pública y prevención. La importancia de la vigilancia en el control y la prevención de la gripe. *Vacunas* 2002; 3 (Suppl 1): 9-13.
8. Douglas RG. Prophylaxis and treatment of Influenza. *N Engl J Med* 1990; 211: 896-898.
9. Centers for Diseases Control and Prevention. *Epidemiology and prevention of vaccine. Preventable disease course textbook*. 6th ed., 2001.
10. Nicholson KG, Kent J, Hammersley V, Cancio E. Acute viral infections of upper respiratory tract in elderly people living in the community: comparative, prospective, population based study of disease burden. *BMJ* 1997; 315: 1060-1064.
11. NHS Direct Online Health Encyclopedia. Flu. [www.nhsdirect.nhs.uk](http://www.nhsdirect.nhs.uk)
12. Maintaining Oral Hydration in Older People. *Best Practice*, vol 5, issue 1, 2001.
13. Douglas RM, Hemila H, D'Souza R et al. Vitamin C for preventing and treating the common cold (Cochrane Review). *Cochrane Library*, Issue 4, 2004.
14. Hunt C, Chakravorty NK, Annan G, Habibzadeh N, Schorah CJ. The clinical effects of vitamin C supplementation in elderly hospitalised patients with acute respiratory infections. *Int J Vitam Nutr Res* 1994; 64: 212-219.
15. Peris JB, Stübging G, Vanaclocha B. Fitoterapia aplicada. Colegio Oficial de farmacéuticos de Valencia, 1995.
16. Shultz V, Hänsel R, Tyler VE. *Rational Phytotherapy*. 3th ed.. Springer: New York, 1996.
17. Berdonces J.LI. *Gran Enciclopedia de las Plantas Medicinales*. Tikal: Madrid, 2003.
18. Wilhelmi de Toledo F. *El Ayuno terapéutico*. Buchinger. Herder: Barcelona, 2003.
19. Singh M. Heated, humidified air for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*.2004;(2):CD001728.
20. Sakethkoo K, Januszkiewicz A, Sackner MA. Effects of drinking hot water, cold water, and chicken soup on nasal mucus velocity and nasal airflow resistance. *Chest* 1978; 74: 408-410.
21. Tyrell D, Barrow I, Arthur J. Local hyperthermia benefits natural and experimental common colds. *BMJ* 1989; 298: 1280-1283.
22. Meremikwu M, Oyo-Ita A. Physical methods for treating fever in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD004264.
23. American Academic of Pediatrics. Home treatment of fever. *Medical Library*, 2000. [www.medem.com/MedLB/article](http://www.medem.com/MedLB/article)
24. Zellner M, Hergovics N, Roth E et al. Human monocyte stimulation by experimental whole body hyperthermia. *Wien Klin Wochenschr* 2003; 114: 73-75.
25. Chen XY, WU TX, Liu GJ, et al. Chinese herbs for influenza (protocol for a Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, Issue 4, 2004.
26. Liu C, Douglas RM. Chinese herbs in the treatment of acute respiratory infections: a review of randomised and controlled trials. *Med J Aust* 1998; 169: 579-582.
27. Barrett B, Vohmann M, Calabrese C. Echinacea for upper respiratory infection. *J Fam Pract* 1999; 48: 628-635.
28. Lindenmuth GF, Lindenmuth EB. The efficacy of Echinacea compound herbal tea preparation in the severity of upper respiratory and flu symptoms: a randomised, double-blind placebo-controlled study. *J Altern Complement Med* 2000; 4: 327-334.
29. Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boissel JP. Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56: 27-33.
30. Vickers AJ, Smith C. Homoeopathic Oscilloccinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD001957.
31. Master D, Hess Longe SH, Dickson H. Scheduled hand washing in an elementary school population. *Fam Med* 1997; 29: 336-339.
32. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC/SHEA/ APIC/ IDSA Hand Hygiene Task Force. Guideline for hand hygiene in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2002 Oct 25;51(RR-16):1-48.
33. Influenza treatment in generally healthy adults. [www.informedhealthonline.org](http://www.informedhealthonline.org)
34. Fowler AW. How to deal with influenza. Fever may be used as treatment. *BMJ* 2004; 329: 1238.
35. Husseini RH, Sweet C, Collie MH, Smith H. Elevation of nasal viral levels by suppression of fever in ferrets infected with influenza viruses of differing virulence. *J Infect Dis* 1982; 145: 520-524.

36. Stanley ED, Jackson GG, Panusarn C, Rubenis M, Dirda V. Increased virus shedding with aspirin treatment of rhinovirus infection. *JAMA* 1975; 231: 1248-1251.
37. Picazo JJ, Pérez-Cecilia E, Herreras A; Grupo DIRA en Atención Primaria. Estudio de las infecciones respiratorias extrahospitalarias. Estudio DIRA. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21: 410-416.
38. Bridges CB, Harper SA, Fukuda K, Uyeki TM, Cox NJ, Singleton JA; Advisory Committee on Immunization Practices. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2003; 52 (RR-8): 1-34.
39. Paget WJ, Meerhoff TJ, Rebelo de Andrade H; EISS. Heterogeneous influenza activity across Europe during the winter of 2002-2003. *Euro Surveill* 2003; 8: 230-239.
40. Pumarola T, Domínguez A, Marcos MA, Martínez A, Muñoz C, Cañas A et al.; Grupo de Trabajo de Vigilancia de la Gripe en Cataluña. Vigilancia virológica de la gripe (2002-2003). *Vacunas* 2003; 4: 119-126.
41. Millet VM, Dreisbach M, Bryson YJ. Double-blind controlled study of central nervous system side effects of amantadine, rimantadine, and chlorpheniramine. *Antimicrobial Agents Chemother* 1982; 21: 1-4.
42. Fagan HB, Moeller AH. What is the best antiviral agent for influenza infection? *Am Fam Physician* 2004; 70: 1331-1332.
43. Tsunoda A, Maasab HF, Cochran KW, Eveland WC. Antiviral activity of alpha-methyl-1-admantanemethylamine hydrochloride. *Antimicrobial Agents Chemother* 1965; 5: 553-560.
44. Hayden F, Hoffman H, Spyker D. Differences in side effects of amantadine hydrochloride and rimantadine hydrochloride relate to differences in pharmacokinetics. *Antimicrobial Agents Chemother* 1983; 23: 458-464.
45. Jefferson T, Deeks JJ, Demicheli V, Rivetti D, Rudin M. Amantadine and rimantadine for preventing and treating influenza A in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001169.
46. Jefferson T, Demicheli V, Deeks J, Rivetti D. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001265.
47. Matheson NJ, Symmonds-Abrahams M, Sheikh A, Shepperd S, Harnden A. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD002744.
48. Burls A, Clark W, Stewart T, Preston C, Bryan S, Jefferson T, Fry-Smith A. Zanamivir for the treatment of influenza in adults: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1-87.
49. Symmonds M, Matheson NJ, Harnden A. Guidelines on neuraminidase inhibitors in children are not supported by evidence. *BMJ* 2004; 328: 227.
50. Ebell MH. Neuraminidase inhibitors for treatment of influenza. *Am Fam Physician* 2004; 69: 2824.
51. Informed health online. Preventing colds. Health Research and Education Foundation Ltd., 2004.
52. Finnish Medical Society Duodecim. Physical activity in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases. In: *EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine*. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd.; 2004.
53. Barringer TA, Kirk JK, Santaniello AC, Foley KL, Michielutte R, et al. Effect of a multivitamin and mineral supplement on infection and quality of life. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2003; 138: 365-371.
54. Jain AL. Influence of vitamins and trace-elements on the incidence of respiratory infection in the elderly. *Nutrition Research* 2002; 22: 85-87.
55. Girodon F, Galan P, Monget AL, Boutron-Ruault MC, Brunet-Lecomte P, Preziosi P, et al. Impact of trace elements and vitamin supplementation on immunity and infections in institutionalized elderly patients: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 1999; 159: 784-754.
56. Wouters-Wesseling W, Rozendaal M, Snijder M, Graus Y, Rimmelzwaan D, De Groot L, et al. Effect of a complete nutritional supplement on antibody response to influenza vaccine in elderly people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: M563-M566.
57. Hatakka K, Savilahti E, Ponka A, Meurman JH, Pousa T, Nase L, et al. Effect of long term consumption of probiotic milk on infection in children attending day care centres: double blind, randomised trial. *BMJ* 2001; 322: 1327.
58. Wanke CA. Do probiotics prevent childhood illnesses? *BMJ* 2001; 322: 1318-1319.
59. Pöllmann. Temperaturänderungen der Schleimhaut des Mundes und des Rachens während kalter und warmer Fußbäder. *Klin Wschr* 65: 281-286.
60. Ernst E, Pecho E, Wirz P, Saradeth T. Regular sauna bathing and the incidence of common colds. *Ann Med* 1990; 22: 225-227.
61. Demicheli V, Rivetti D, Deeks JJ, Jefferson TO. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001269.
62. NICE. Guidance on the use of zanamivir, oseltamivir and amantadine for the treatment of influenza. *Technology Appraisal Guidance n° 58*. National Institute for Clinical Excellence, 2003.
63. Cooper NJ, Sutton AJ, Abrams KR, Wailoo A, Turner D, Nicholson KG. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 2003; 326: 1235.
64. Harling R, Hayward A, Watson JM. Implications of the incidence of influenza-like illness in nursing homes for influenza chemoprophylaxis: descriptive study. *BMJ* 2004; 329: 663-664.



# Diagnostiquem correctament els nostres pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica?

*Montserrat Freixas Laporta\**

*Eulàlia Borrell Thió\**

*Antonia López Sánchez\**

*M<sup>a</sup> Mar Domingo Teixidor\**

*Núria Montellà Jordana\*\**

*Jaume Oriol Sabaté\*\*\**

\* Especialistes en Medicina Familiar i Comunitària.

\*\* Especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública.

\*\*\* Especialista en Pneumologia. Metge adjunt de l'Hospital Municipal de Badalona (Barcelona).

## Resum

**Introducció i objectius:** La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és una malaltia crònica, amb una prevalença a Espanya del 9,1%, entre els 40-69 anys. Origina, aproximadament, un 10-12% de les consultes d'atenció primària. Pel diagnòstic és imprescindible la realització d'una espirometria que demostrï la presència d'obstrucció al flux aeri. L'objectiu de l'estudi és conèixer quin percentatge de pacients amb MPOC estan correctament diagnosticats i quina és la infrautilització de l'espirometria en el nostre centre.

**Tipus d'estudi:** Estudi descriptiu observacional.

**Emplaçament:** Àrea Bàsica de Salut urbana.

**Mesuraments i intervencions:** Del registre de malalties respiratòries cròniques, excloent els pacients amb asma i bronquiectàsis, es va calcular una mostra de 117 pacients MPOC  $\geq 40$  anys. Es va comprovar l'existència de dades espiromètriques en la HCAP i en el seu defecte es va sol·licitar la prova. Es va considerar MPOC ben diagnosticat al pacient que segons la SEPAR presentés obstrucció crònica al flux aeri, i prova broncodilatadora negativa.

**Resultats:** Dels 104 individus estudiats 89,4% eren homes, 55,8% tenien 65-77 anys, 33,7% eren fumadors actuals i 54,8% exfumadors. Estaven correctament diagnosticats 37,4% dels MPOCs. Es va infrautilitzar l'espirometria en 26,9% dels casos: 36,5% (1/38) dels pacients controlats pel pneumòleg i 40,9% (27/66) dels controlats pel metge de família. 25% (19/76) de les espirometries existents en les HCAP dels suposats MPOCs no eren obstructives. La prova broncodilatadora va ser positiva en el 46,9% de les espirometries amb obstrucció.

**Conclusions:** Hem de millorar en el diagnòstic de la MPOC: infrautilitzem l'espirometria i no sempre la sabem interpretar.

**Paraules Clau:** Espirometria, Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica, Atenció Primària.

## Introducció

La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) és un trastorn permanent i lentament progressiu caracteritzat per una disminució del flux aeri, causat per l'existència de bronquitis crònica obstructiva (BCO) i/o emfisema pulmonar. Històricament el concepte de MPOC incloïa diverses malalties amb Limitació Crònica al Flux Aeri (LCFA): l'asma crònic, els bronquiectàsis, la fibrosi quística i la bronquiolitis obliterant. No és fins 1995, que les noves normatives nacionals<sup>(1)</sup> i internacionals<sup>(2)(3)</sup> acoten el terme a la definició actual.

És una malaltia crònica, amb una prevalença a Espanya del 9,1% entre els 40-69 anys i una gran variabilitat intergeogràfica<sup>(4)</sup>. El tabac n'és la principal causa (90%) si bé existeix una susceptibilitat individual per a desenvolupar la malaltia ja que només el 15-20% dels fumadors la presentaran<sup>(5) (6) (7)</sup>.

A l'atenció primària, la MPOC origina a Espanya, aproximadament, un 10-12% de les consultes<sup>(8)</sup>, el que fa que el metge de família tingui un paper rellevant en el diagnòstic i seguiment de la malaltia.

Pel diagnòstic és imprescindible la realització d'una espirometria que demostrï la presència d'obstrucció al flux aeri<sup>(9)(10)</sup>. Tot i així diversos estudis han detectat que aquesta prova s'infrautilitza entre el 38-64% dels casos en atenció primària<sup>(11)(12)(13)</sup>.

Tenim la impressió que, a la nostra Àrea Bàsica de Salut (ABS), es classifica els pacients com MPOC sense disposar de dades espiromètriques. L'objectiu de l'estudi és conèixer quin percentatge de pacients amb MPOC estan correctament diagnosticats i quina és la infrautilització de l'espirometria en el nostre centre.

## Material i mètode

Estudi descriptiu observacional realitzat entre els mesos de Gener a Juny del 2001 a l'ABS de Sant Roc de Badalona (Barcelona) amb una població adscrita

major de 14 anys de 12064 habitants. El centre no disposa d'espírometre però l'espírometria es pot sol·licitar des de les consultes d'atenció primària, encara que es rep el resultat de la prova sense informar.

**Selecció de la mostra:** Des de l'obertura del centre el 1991 s'inclouen en un registre de fitxes d'edat i sexe a tots els subjectes majors de 14 anys afectes de qualsevol malaltia respiratòria crònica, sense especificar el diagnòstic. Aquest registre incloïa només la població atesa, excloent els trasllats i les defuncions. En l'estudi es van incloure els pacients del registre  $\geq 40$  anys que en la HCAP constés el diagnòstic de MPOC, emfisema, BCO o BNCO (Broncopneumopatia Crònica Obstructiva) o LCFA, ja que es va considerar que s'havien utilitzat com a sinònims. Es van excloure els subjectes del registre que en la HCAP constés el diagnòstic d'asma o bronquiectàsis. La mostra es va calcular assumint el percentatge més desfavorable de subjectes amb diagnòstic correcte (50%), acceptant un risc alfa de 0,05 i una precisió de  $\pm 0,10$  unitats percentuals. Considerant un 10% de pèrdues es va obtenir que era necessari estudiar 117 pacients.

**Recollida de dades:** Els pacients MPOC seleccionats del registre van ser captats segons venien a la consulta espontània dels metges del centre per a poder realitzar un qüestionari i una espírometria (si procedia). Als tres mesos d'iniciar l'estudi es va contactar per telèfon amb els subjectes seleccionats que encara no havien estat visitats. Tant als individus que venien espontàniament com als localitzats per telèfon se'ls va demanar la seva participació en l'estudi i en cas afirmatiu, se'ls va programar una visita. En aquesta es va recollir informació sobre les característiques sociodemogràfiques, la història de

tabaquisme i el professional que realitzava el control de la malaltia (metge de família i/o pneumòleg). De la HCAP es va obtenir informació del terme utilitzat per al diagnòstic de la malaltia, i es va comprovar si existien dades espíromètriques en la HCAP o en el seu defecte en informes de l'especialista o hospitalaris. Quan no s'obtenia aquesta informació se sol·licitava una espírometria amb prova broncodilatadora (PBD). Per a la seva realització es van seguir les recomanacions de la Sociedad Española de Patología del Aparato Respiratorio (SEPAR)<sup>(14)</sup>. Les espírometries es van realitzar sempre en el mateix centre de referència, per la infermera de la consulta de pneumologia, amb un espírometre tipus DATOSPIR 200 (511-600-MUI). Totes les proves van ser informades pel pneumòleg seguint les normatives de la SEPAR<sup>(10)</sup>.

**Definició de variables:** Tabaquisme: Es va considerar fumador actual a tot individu que fumava qualsevol quantitat de cigarretes en el moment de l'entrevista i exfumador a aquell que en algun moment de la seva vida havia fumat com a mínim una cigarreta al dia durant un mes o més i portava més d'un any sense fumar. Control de la malaltia: Es va considerar que el pacient era controlat amb participació del pneumòleg si realitzava periòdicament visites de seguiment amb l'especialista de zona o de l'hospital de referència. Espírometria: Registre en la HCAP de dades espíromètriques (FEV1, FVC, FEV1/FVC, PBD). MPOC: Es va considerar MPOC correctament diagnosticat al pacient que segons les normatives de la SEPAR<sup>(10)</sup>, presentés obstrucció crònica al flux aeri (FEV1 < 80% y FEV1/FVC < 70%); patró obstructiu o mixt, i una prova broncodilatadora negativa (PBD  $\leq 12\%$  i  $\leq 200$  ml)<sup>(9)</sup>.

**Taula 1** Resultat de la PBD en els obstructius segons els termes utilitzats en l'HCAP.

PBD	DIAGNÒSTIC PREVI				Total
	MPOC	Emfisema	BCO o BNCO	LCFA	
Positiva	19 (43,28%)	0	8 (40%)	3 (27,3%)	30 (39,5%)
Negativa	17 (38,6%)	1 (100%)	8 (40%)	8 (72,7%)	34 (44,7%)
No consta	8 (18,2%)	0	4 (20%)	0	12 (15,8%)
Total	44 (100%)	1 (100%)	20 (100%)	11 (100%)	76 (100%)

PBD: Prova Broncodilatadora

MPOC: Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica

BCO o BNCO: Bronquitis Crònica Obstructiva o Broncopneumopatia Crònica Obstructiva

LCFA: Limitació Crònica al Flux Aeri

**Anàlisi estadística:** Es va realitzar una anàlisi descriptiu en el que es va calcular les freqüències absolutes i relatives i l'interval de confiança. La comparació de variables es va realitzar amb la prova de la  $\chi^2$  o la prova exacta de Fisher quan fou necessari. El nivell de significació es va establir en un valor de  $p < 0,05$ . Per a l'anàlisi estadística es va utilitzar el programa SPSS versió 10.0.5.

## Resultats

Dels 117 subjectes seleccionats 8 presentaven contraindicacions per a la pràctica de l'espirometria i 5 es van negar a participar en l'estudi (en cap cas es disposava de dades espiromètriques en la HCAP).

Dels 104 individus estudiats el 89,4% (IC95:83%-95%) eren homes i el 10,6% (IC95:5%-16%) eren dones. Per grups d'edat, 55,8% (IC95:46%-65%) tenien entre 65 i 77 anys. El 33,7% (IC95:25%-43%) dels individus eren fumadors actuals, 54,8% (IC95:45%-64%) exfumadors i la resta no havien fumat mai.

En analitzar els diferents termes utilitzats en la HCAP, constava MPOC en 55,8% (IC95:46%-65%), emfisema en 1,0%, BCO o BNCO en 28,8% (IC95:20%-37%) i LCFA en 14,4% (IC95:8%-21%).

Els patrons espiromètrics obtinguts foren: normal 10,5%, restrictiu 15,4%, mixt 2,9%, obstructiu 70,2% i tècnicament deficient 1%.

Constaven dades espiromètriques en 76 casos (73,1%; IC95:65%-82%). Presentaren obstrucció al flux aeri el 75% dels pacients amb espirometria prèvia i el 70,4% dels que no tenien dades prèvies. Estaven correctament diagnosticats 37,4% pacients (34/91: 34 pacients amb obstrucció al flux aeri i PBD negativa de 91 pacients dels quals es coneixia el resultat de l'espirometria i la PBD) (veure figura 1). S'analitzà la PBD en els obstructius segons els termes utilitzats en la HCAP (veure taula I). S'infrautilitzà l'espirometria en 26,9% dels casos: 1/38 (36,5%) dels pacients controlats pel pneumòleg i 27/66 (40,9%) dels controlats pel metge de família. Entre els subjectes amb obstrucció al flux aeri presentaren un grau d'obstrucció greu un 47,4%, moderat un 32,9% i lleu un 19,7%. Dels 34 pacients MPOC, 9

(26,5%) tenien un patró greu, 15 (44,1%) moderat i 10 (29,4%) lleu. Tots els casos lleus eren controlats únicament pel MF; en canvi els casos greus eren més controlats amb la intervenció del pneumòleg (veure taula II).

## Discussió

La definició actual de MPOC s'aplica des del 1995<sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>. Com que la nostra ABS es va obrir el 1990, es varen incloure en l'estudi tots els subjectes amb LCFA (excepte l'asma i els bronquièctasis) del nostre fitxer de malalties respiratòries sense especificar. Per evitar agafar subjectes amb LCFA d'etiologia asmàtica, només es varen incloure en l'estudi pacients  $\geq 40$  anys. Però fins i tot així, és possible haver incorregut en un biaix de selecció en incloure subjectes amb altres terminologies a més a més de la MPOC. Aquest biaix podria explicar els baixos resultats obtinguts en la confirmació del diagnòstic. A partir de l'estudi, s'ha creat un registre informatitzat que especifica els diferents termes diagnòstics de les malalties respiratòries i s'han seguit les recomanacions d'utilitzar només el terme MPOC i no el d'emfisema o BCO en la HCAP<sup>(8)</sup>.

Segons els resultats, diagnosticuem correctament a un 37,4% dels nostres pacients MPOC. El percentatge de pacients amb obstrucció al flux aeri va ser del 73,8% però quasi la meitat tenien una PBD positiva i en aquests pacients no poguérem descartar el diagnòstic d'asma. El grau de reversibilitat espiromètrica per a diferenciar ambdues malalties no està realment definit encara que se segueix utilitzant i és acceptat en els grans estudis multicèntrics<sup>(15)</sup>. Com ja hem comentat, la inclusió del terme LCFA podria comportar un biaix de selecció, en incloure en l'estudi pacients amb obstrucció però d'etiologia asmàtica. De totes maneres, en analitzar les PBD segons els diferents termes utilitzats en la HCAP, hem vist que el percentatge de PBD positives en el grup de LCFA és baix. D'altra banda, no constava la PBD en 12 de les espirometries prèvies, en aquests casos s'hauria d'haver sol·licitat una nova espirometria amb PBD per arribar a un diagnòstic definitiu. Falten dades espiromètriques en el 26,9% de les històries clíniques, suposem per causa d'una

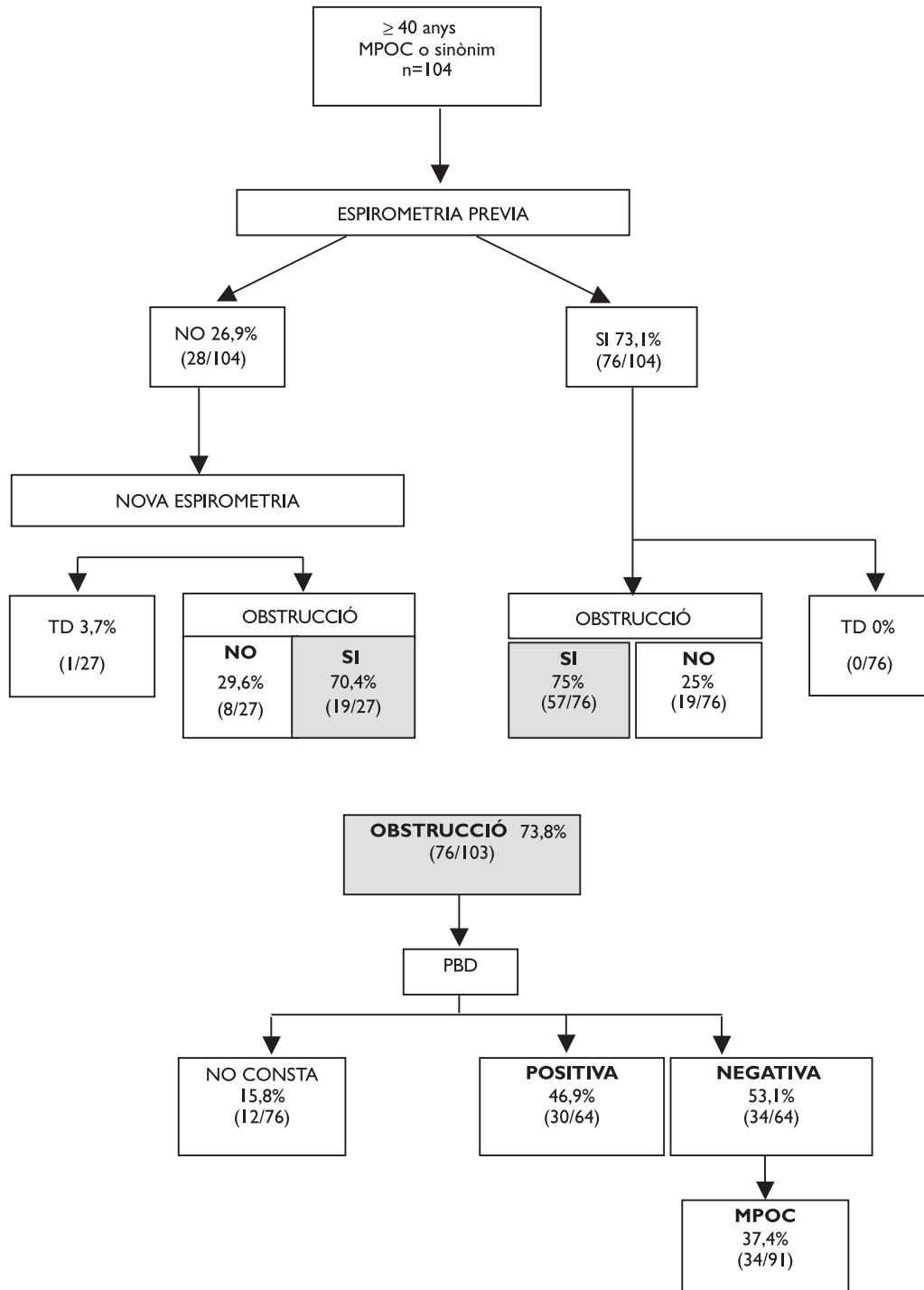
**Taula II Control de la malaltia segons gravetat en els pacients amb MPOC**

CONTROL	MPOC			Total
	Lleu	Moderada	Greu	
MF	10 (100%)	9 (60%)	4 (44,4%)	23 (67,6%)
MF i Pneumo	0 (0%)	6 (40%)	5 (55,6%)	11 (32,4%)
Total	10 (100%)	15 (100%)	36 (100%)	34 (100%)

MF: Metge de Família

MF i Pneumo: Metge de Família conjuntament amb el Pneumòleg

Figura 1 Adequació del diagnòstic segons l'espirometria



TD: Tècnicament Deficient  
 PBD: Prova Broncodilatadora



infrautilització de l'espirometria o si més no, són resultats que el metge de capçalera desconeixia. Donat que quan intervé el pneumòleg pràcticament tots els pacients tenen enregistrades les dades espiromètriques, suposem que la manca de dades en la HCAP és deguda a la infrautilització de l'espirometria pel metge d'atenció primària, amb un grau de infraregistre similar al d'altres estudis (Miravittles et al<sup>(11)</sup> quasi 50%, estudi IDENTPOC<sup>(13)</sup> el 61,4%, Naberán et al<sup>(12)</sup> observen que el 36% dels metges d'atenció primària no sol·liciten aquesta prova).

En dues terceres parts dels pacients sense espirometria previa en la HCAP, s'ha confirmat posteriorment l'obstrucció. Pensem que aquest alt percentatge d'encerts en el diagnòstic d'obstrucció pot ser degut a què la majoria d'aquest pacients presenten una malaltia evolucionada (moderada-greu) amb una simptomatologia florida, encertant-se el diagnòstic només per la clínica. Hem detectat un predomini del patró moderat-greu (70%) el que suggereix que existeix un infradiagnòstic de pacients amb MPOC lleu. La manca de criteris clars pel cribatge de la malaltia, dificulta el diagnòstic en estadi precoces<sup>(16)(17)</sup>.

La falta d'espirometries ens indica la necessitat de sensibilitzar-nos per a sol·licitar la prova. D'altra banda, el fet que algunes espirometries no fossin obstructives subratlla la necessitat de formar-nos en la seva interpretació. La interpretació de la prova podria millorar si poguéssim intercanviar de forma àgil els nostres dubtes diagnòstics amb l'especialista, sense que fos necessari derivar el pacient.

En conclusió, aquest treball reflecteix la necessitat de millorar la nostra formació en el diagnòstic de la MPOC: infrautilitzem l'espirometria i no sempre la sabem interpretar.

Hauríem de donar a aquesta malaltia la mateixa importància que donem a altres patologies cròniques que es diagnostiquen i tracten des de l'atenció primària.

## Agraïments

Agraïm a Teresa Compte Toya, infermera diplomada del Centre d'Atenció Especialitzada del CAP Dr. Robert de Badalona, la realització de les espirometries.

## Bibliografia

1. Montemayor T., Alfajeme I., Escudero C., Morera J., Sanchez L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1996; 32: 285-301.
2. Celli B., Snider G.L., Hefner J., Tjep B., Ziment I., Make B., Braman S., Olsen G., Phillips Y. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152:S77-S120.
3. Siafakas N.M., Vermeire P., Pride N.B., Paoletti P., Gibson J., Howard P., Yernault J.C., Decramer M., Higenbottam T.W., Postma D.S., Rees J. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). European Respiratory Society consensus statement. Eur Respir J 1995; 8:1398-420.
4. Sobradillo V., Miravittles M., Gabriel R., Jimenez-Ruiz C.A., Villasante C., Masa J.F., et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000; 118:981-9.
5. Fletcher C., Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Brit Med J 1977; 1: 1645-8.
6. Gilloly M., Lamb D. Airspace size in lungs of lifelong non-smokers: effect of age and sex. Thorax 1997;48: 39-43
7. Sunyer J., Urban air pollution and chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2001; 17: 1024-33.
8. Álvarez-Sala J.L., Cimas E., Masa J.F., Miravittles M., Molina J., Naberan K., Simonet P., Viejo J.L. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001; 37:269-78.
9. Naberan K., Llauger M.A., Hernández E., Simonet P. Protocolo EPOC. FMC 2000; 7: Supl 1.
10. Barberá J.A., Peces-Barba G., Agustí A.G.N., Izquierdo J.L., Monsó E., Montemayor T., Viejo J.L. Normativa SEPAR. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001; 37:297-316.
11. Miravittles M., Murio C., Guerrero T., Segú J.L. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en Atención Primaria. Arch Bronconeumol 1999; 35:173-8.
12. Naberán Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona, respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. Aten Primaria 1994; 13:112-5.
13. Lumbreras García G. Estudio IDENTPOC. Aten Primaria 2002; 30:29.
14. Recomendaciones SEPAR. Espirometría forzada. Doyma 1998; 1-18.
15. Pride N.B., Vermeire P. Definition and differential diagnosis of COPD. Eur Resp Monograph 1998; 3: 2-5.
16. Ferguson G.T., Enright P.L., Buist A.S., Higgins M.W. Office spirometry for lung health assessment in adults: a consensus statement from the National Lung Health Education Program. Chest 2000; 117 (4): 1146-61.
17. Miravittles M., Fernández I., Guerrero T., Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en atención primaria. El proyecto PADOC. Arch Bronconeumol 2000; 36 (9): 500-5.

# A propòsit del tractament amb infiltracions: com estan els nostres pacients un any després?

*Xavier Mas Garriga.*

*M<sup>a</sup> Edelmira Barraquer Feu*

Membres del grup de treball de reumatologia de l'SCMFIC

## Resum

**Objectius:** valorar l'evolució a llarg termini (12 mesos) dels reumatismes de parts toves (RPT) que han tingut una resposta favorable al tractament amb infiltracions locals de corticoide (ILC).

**Disseny:** estudi descriptiu prospectiu.

**Àmbit:** 2 consultes de 2 centres d'atenció primària urbans.

**Participants:** pacients diagnosticats de RPT, tractats amb ILC entre gener de 1999 i juny de 2002 amb resultats beneficiosos (millora o desaparició dels símptomes).

**Mètode:** es va valorar l'aparició de recaiguda (reaparició o empitjorament dels símptomes) durant els 12 mesos següents a la finalització del tractament.

**Variables:** edat, sexe, patologia, nombre d'infiltracions per pacient, resultat inicial, evolució en 12 mesos (recaiguda o no).

**Resultats:** 240 pacients, 147 (61,3%) amb resultat inicial de millora i 93 (38,8%) amb desaparició completa dels símptomes. 81,3% dones. Edat mitjana 56,8 (desviació estàndard DS12,4). Promig d'infiltracions per pacient 1,7 (DS 0,72). Principals patologies: espatlla dolorosa (22,5%), síndrome de la canal del carp (21,3%), tendinitis anserina (13,2%). Dels 229 pacients (95,4%) que van poder ser avaluats, 181 (79%) van romandre asimptomàtics i 48 (21%) manifestaren recaiguda en el període de seguiment. No trobem diferències significatives entre recaiguda i sexe, edat, patologia, nombre d'infiltracions o grau de resolució inicial.

**Conclusions:** la majoria (79%) dels pacients amb RPT que responen favorablement a un tractament amb ILC no pateixen recaiguda durant els 12 mesos següents. Considerem les ILC un procediment terapèutic amb beneficis a llarg termini en RPT.

**Paraules clau:** Infiltracions. Reumatismes de parts toves. Atenció primària.

## Introducció

Les infiltracions amb corticoide constitueixen una alternativa a l'ús d'antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) en el tractament de determinades patologies de l'aparell locomotor, especialment els reumatismes de parts toves (RPT), els quals es caracteritzen per la seva elevada prevalença en atenció primària<sup>1</sup> (AP) i per ser motiu d'un deteriorament important en la qualitat de vida de qui els pateix<sup>2</sup>. Els seus efectes beneficiosos i la seva seguretat estan àmpliament documentats, sobretot en estudis experimentals no controlats (evidència empírica) i en menor mesura en assaigs clínics controlats. Els principals articles de revisió sobre infiltracions de l'aparell locomotor<sup>3,4</sup> així com alguna metanàlisi recent<sup>5</sup> reconeixen com a principals limitacions dels estudis realitzats en RPT l'absència de grup control i la manca de valoració dels efectes terapèutics a llarg termini: malgrat que alguns estudis han avaluat recidives a llarg termini<sup>6-9</sup>, molts dels assaigs no controlats disponibles en l'àmbit anglosaxó valoren únicament els efectes del tractament a curt termini (setmanes). Pel que fa a assaigs controlats destacariem el de Hay et al<sup>10</sup>, que realitza un seguiment de fins a 12 mesos en 164 pacients amb epicondilitis, o el del mateix autor amb una valoració a 6 mesos en espatlla dolorosa comparant infiltracions amb fisioteràpia<sup>11</sup>. En canvi, Adebajo<sup>12</sup> i Petri<sup>13</sup>, que obtenen resultats superiors amb infiltracions en front de placebo i AINE en algunes variables clíniques en espatlla dolorosa, realitzen un seguiment només de 4 setmanes, i Celiker<sup>14</sup>, que compara AINE amb associació amb fèrula nocturna amb infiltracions en la síndrome de la canal carpiana el fa de 8 setmanes. No coneixem cap estudi en el nostre àmbit que valori les recaigudes després d'haver-se obtingut un resultat beneficiós amb infiltracions: els estudis abans-després publicats<sup>15-19</sup> ofereixen resultats només a curt termini (setmanes) i l'assaig clínic controlat de Calvo-Alén<sup>20</sup> en pacients amb tendinitis anserina té un temps de seguiment només d'un mes. Malgrat això creiem que la valoració de resultats a llarg termini és un

aspecte fonamental a l'hora de considerar l'eficàcia terapèutica i les indicacions d'aquesta tècnica, sobretot si tenim en compte les limitacions del seu ús repetit en la mateixa localització. Aquesta valoració és, però, especialment difícil en els RPT, si tenim en compte l'evolució natural de la malaltia així com la possible influència en el seu curs de factors de difícil control (sobretot laborals).

L'objectiu del present treball és valorar l'evolució a llarg termini (fins a 12 mesos) dels RPT que han tingut una resposta favorable a un tractament amb infiltracions locals de corticoide.

## Material i mètode

Es tracta d'un estudi descriptiu prospectiu que parteix dels resultats obtinguts de les infiltracions realitzades per dos metges de família en dues consultes d'AP pertanyents a dos centres de salut, el d'Horta 7D (Barcelona) i el de Santa Eulàlia Sud (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona). Els dos professionals que han realitzat les infiltracions apliquen aquest procediment terapèutic als seus pacients de manera habitual en les seves consultes, en visita programada o en cita prèvia, i en registren els resultats, des de fa anys, havent rebut formació específica durant la seva residència. S'inclouen els pacients diagnosticats de RPT tractats des de gener de 1999 fins a juny de 2002 amb infiltracions locals i que, havent presentat millora o desaparició de la simptomatologia, han estat seguits durant els 12 mesos següents a la darrera infiltració per valorar l'aparició de recaigudes. S'han inclòs tant els pacients que van assolir la resolució completa dels símptomes (guariment) com aquells en els quals aquesta fou parcial i en els quals la minva del dolor i l'augment de la capacitat funcional van suposar una important millora en la seva qualitat de vida. Les patologies en què es va indicar el tractament foren: espatlla dolorosa (tendinitis del manegot dels rotatoris, tendinitis bicipital, capsulitis adhesiva, artritis acromioclavicular), epicondilitis, epitrocleïtis, bursitis olecrània, tenosinovitis de De Quervain, síndrome de la canal del carp, nòdul del palmell (dit en resort), coccigodínia, bursitis trocanteriana, bursitis prerrotular, tendinitis anserina, neurinoma de Morton i fasciïtis plantar. En tots els casos es va utilitzar acetat de parametasona, en quantitat variable segons la localització, associat o no a anestèsic local, mepivacaina al 2%. Es van realitzar un màxim de tres infiltracions en una mateixa localització, separades cadascuna per un període de dues setmanes, temps en què es feia la valoració de l'eficàcia terapèutica i dels possibles efectes secundaris i en què es decidia, d'acord amb la millora obtinguda, si s'aplicaven noves infiltracions. Es va considerar contraindicació per rebre infiltracions la infecció articular o periarticular, els trastorns de la coagulació o el tractament anticoagulant, les lesions cutànies en el lloc de la punció (infecció, psoriasis), i la contraindicació d'algun dels fàrmacs utilitzats. Es va utilitzar un full de recollida de dades on es recollia la següent informació: sexe, edat, patologia, data de les infiltracions, eficàcia terapèutica (valoració subjectiva dels símptomes en escala qualitativa: desaparició completa, millora, sense canvis, empitjorament) i efectes

secundaris apareguts. Quant al seguiment durant els 12 mesos posteriors al tractament, en els casos en què el pacient no va consultar específicament per recidiva dels símptomes, la valoració de possibles recaigudes es realitzava de manera oportunista quan acudia a la consulta per qualsevol motiu o mitjançant entrevista telefònica, en el cas de no haver-se produït cap visita en el període d'estudi. Per tal d'evitar un possible biaix de memòria per part del pacient es va realitzar també una revisió de la seva història clínica. Es va considerar recaiguda la reaparició dels símptomes o qualsevol grau d'empitjorament en relació a la valoració clínica efectuada després de la darrera infiltració, durant els 12 mesos posteriors a aquesta.

Les variables de l'estudi són: edat, sexe, patologia, nombre d'infiltracions realitzades, resultat inicial (millora o guariment), presència o absència de recaiguda en el període d'estudi. Es realitza una anàlisi univariant i bivariant de les dades; proves de khi quadrat i t d'Student.

## Resultats

De 270 pacients que van rebre tractament amb infiltracions entre gener de 1999 i juny de 2002, 240 (89%) van obtenir resultats beneficiosos i van ser inclosos en l'estudi. Cent quaranta-set pacients (61,3%) havien experimentat millora i 93 (38,8%) desaparició completa dels símptomes (figura 1). Del total de pacients 195 (81,3%) eren dones i 45 (18,8%) homes, amb una edat mitjana de 56,8 anys (desviació estàndard 0,72). A la taula 1 mostrem les patologies tractades en ordre de freqüència, destacant l'espatlla dolorosa i la síndrome de la canal carpiana (22,5% i 21,3% respectivament). El promig d'infiltracions per pacient va ser de 1,7. En 2 casos (0,8%) es van registrar efectes secundaris, ambdós lleus (hipopigmentació local i hematoma). No va ser possible disposar de resultats de seguiment en 11 pacients (4,6%). Dels 229 (95,4%) restants 181 (79%) havien romàs asimptomàtics, mentre que 48 (21%)

**Taula 1** Reumatismes de parts toves avaluats

1. Espatlla dolorosa.....	22,5%
2. Síndrome de la canal carpiana.....	21,3%
3. Tendinitis anserina.....	14,9%
4. Epicondilitis.....	13,2%
5. Bursitis trocanteriana.....	11,1%
6. Epitrocleïtis.....	4,7%
7. Nòdul del palmell.....	4,7%
8. Tenosinovitis de De Quervain.....	4,2%
9. Bursitis prerrotular.....	0,8%
10. Coccigodínia.....	0,8%
11. Bursitis olecraneana.....	0,4%
12. Fasciïtis plantar.....	0,4%
13. Neurinoma de Morton.....	0,4%

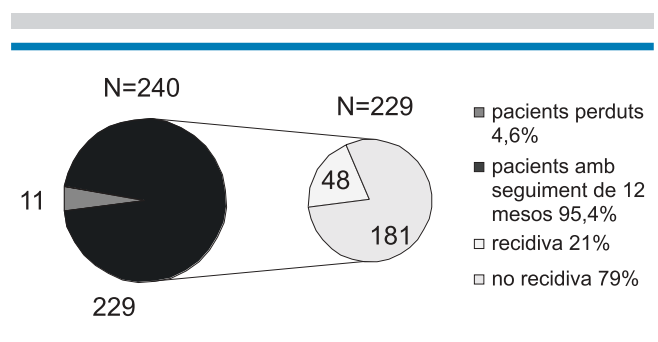
manifestaren recaiguda en algun moment durant els 12 mesos posteriors al tractament. No observem diferències significatives entre recaiguda i sexe, edat, patologia, nombre d'infiltracions aplicades o grau de resolució inicial.

## Discussió

Malgrat al nostre entorn, el tractament amb infiltracions en diferents patologies de l'aparell locomotor ha estat reservat durant molts anys al nivell especialitzat (traumatòlegs i reumatòlegs principalment), sembla que els darrers anys aquest procediment terapèutic es va utilitzar cada cop més per metges d'AP, estimulats potser per la publicació de sèries amb resultats satisfactoris i emparats per programes de formació pràctica cada cop més nombrosos. Com ja hem comentat, la majoria dels articles de revisió sobre l'ús d'infiltracions en els RPT suggereixen l'efecte beneficiós d'aquest tractament i remarquen la necessitat d'aportar dades de l'evolució a llarg termini de les patologies que inicialment s'haurien beneficiat d'aquest procediment terapèutic. En l'àmbit anglosaxó criden l'atenció, per la seva valoració a llarg termini, els resultats de l'assaig clínic controlat de Hay et al<sup>10</sup> en epicondilitis, que compara l'eficàcia d'AINE, infiltracions locals i placebo en aquesta patologia, realitzant un seguiment de 12 mesos. Entre els resultats més destacables s'observa una millora inicial (a les 4 setmanes) superior amb infiltracions i en canvi un estat similar després de 12 mesos en qualsevol dels tres grups. En el mateix sentit apunten els resultats de l'assaig controlat d'Stahl<sup>21</sup> en epitrocleïtis, on s'observa superioritat de les infiltracions en la millora del dolor a les 6 setmanes i en canvi no hi ha diferències clíniques als tres mesos de seguiment. Altres estudis aporten resultats similars<sup>22</sup>, suggerint una tendència natural a la resolució espontània d'aquestes patologies. Malgrat això, l'efecte beneficiós de les infiltracions sobre el dolor i la limitació funcional en les primeres fases de la malaltia, de gran importància en la qualitat de vida dels pacients que les pateixen, podria recolzar l'ús d'aquesta tècnica a les nostres consultes com alternativa al tractament amb AINE, més lent, amb més efectes secundaris i abandonaments<sup>23</sup> i no sempre amb benefici evident. El treball que presentem pretén aportar resultats sobre el curs evolutiu dels RPT que inicialment han tingut una resposta favorable al tractament amb infiltracions locals de corticoide. Per això s'ha fet un seguiment clínic en els pacients durant els 12 mesos posteriors a la darrera infiltració. L'elecció d'aquest termini de temps és arbitrària, però creiem que es tracta d'un període suficient per valorar recaigudes que, d'acord amb la nostra experiència clínica solen produir-se durant aquests mesos. Per altra banda, un any seria el termini en què podrien tornar-se a utilitzar infiltracions en una localització sotmesa anteriorment a aquest tractament. Pel que fa als resultats del nostre estudi, el primer comentari que volem fer es refereix als beneficis terapèutics obtinguts inicialment, destacant, de manera similar a d'altres treballs, una millora clínica inicial en un elevat nombre de casos, proper al 90% en la nostra sèrie. Els resultats a

llarg termini apunten en el mateix sentit favorable: només el 21% dels pacients que inicialment obtingueren un resultat beneficiós del tractament ha patit recaiguda. Aquest percentatge és lleugerament inferior al trobat en alguns treballs prospectius amb seguiment a llarg termini: 27% per al nòdul del palmell<sup>6</sup>, 30% per a la tenosinovitis de De Quervain<sup>7</sup> i 33% per a la síndrome de la canal del carp<sup>9</sup> (amb 11,3, 11,9 i 15 mesos de seguiment promig respectivament) i superior al trobat en l'estudi de Neustadt<sup>8</sup> en trocanteritis (8,3% de recaigudes en 5-17 mesos). De tota manera el fet que aquests estudis, contràriament al nostre, treballin amb patologies aïllades i amb diferents períodes de seguiment, fa difícil que puguem establir conclusions sobre les diferències trobades. Quant a les limitacions del nostre estudi destacaríem la de no disposar de grup control, tasca especialment difícil si tenim en compte que entre els RPT hem inclòs 13 entitats clíniques diferents, i el biaix que pot suposar no considerar la influència que hi poden tenir múltiples factors difícils de controlar, principalment ocupacionals, d'activitat esportiva, o la pròpia evolució natural de la malaltia. Aquest darrer aspecte pot tenir una gran rellevància per la ja comentada tendència dels RPT a la resolució espontània, fet recolzat per alguns assaigs clínics<sup>24,25</sup>, però també per la seva tendència a la recidiva: així, no podem atribuir qualsevol recaiguda a un fracàs del tractament. Malgrat aquestes limitacions creiem que els resultats del nostre estudi aporten respostes a algunes de les preguntes més freqüents que es planteja el clínic a l'hora de valorar l'elecció d'un tractament per als RPT: en la majoria dels casos, fins i tot quan inicialment no es va obtenir una resolució total dels símptomes, l'efecte beneficiós obtingut amb les infiltracions és perllongat. Aquests resultats són vàlids fins i tot per patologies com la síndrome de la canal del carp on, malgrat la creença generalitzada de la ràpida recurrència amb el tractament conservador, no observem diferències significatives respecte a d'altres RPT en relació al seu curs evolutiu després de la infiltració. Per altra banda, creiem que aquests resultats permeten superar un dels inconvenients de l'ús de les infiltracions: el fet de no poder-les repetir en més de tres ocasions en un any en la mateixa localització per tal d'evitar els seus efectes deleteris: l'escassa recurrència de la clínica en les RPT que han estat infiltrats durant el perí-

**Figura 1** Distribució dels resultats terapèutics (recidives) als 12 mesos de seguiment.





ode en què teòricament no podrien repetir-se les infiltracions permetria poder recórrer novament en el futur a aquest tractament en cas de produir-se una recaiguda.

Malgrat el plantejament del nostre treball, no permet afirmar que l'absència de recaigudes és totalment o únicament atribuïble als efectes del tractament, creiem que els resultats obtinguts són encoratjadors pel que fa al curs evolutiu dels RPT que han estat tractats amb infiltracions locals. Si a aquest fet unim els efectes beneficiosos obtinguts a curt termini amb aquest tractament en una majoria de pacients, la seva seguretat avalada per nombrosos estudis<sup>3,4,26-29</sup>, i el fet que es tracti d'una tècnica assequible, econòmica i per tant factible de dur a terme a les nostres consultes, podem considerar que ens trobem davant d'un procediment terapèutic que pot ser fins i tot de primera elecció en el tractament de patologies freqüents en el nostre àmbit d'actuació i amb una repercussió notable en la vida dels nostres pacients.

## Bibliografia

- Ballina FJ, Martín P, Hernández R, Cueto A. Epidemiología de las enfermedades reumáticas en el principado de Asturias. *Aten Primaria* 1993; 11:219-24.
- Mas X, Hernández JA, Cruz JM, Monedero J, Fañanás N, Allué A. Los reumatismos de partes blandas: una patología más dura de lo que parece. Libro de ponencias del XXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, Noviembre de 2002.
- Goupile P, Sibilia J. Local corticosteroid injections in the treatment of rotator cuff tendonitis (except for frozen shoulder and calcific tendonitis). *Clin Exp Rheumatol* 1990; 17: 1207-1210.
- Fernández A, Povedano J, Campos S, García-López A. Eficacia clínica de las infiltraciones con esteroides. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 361-370.
- Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Systematic review of randomised controlled trials of interventions for painful shoulder: selection criteria, outcome assessment and efficacy. *BMJ* 1998; 316: 354-60.
- Anderson B, Kaye S. Treatment of flexor tenosynovitis of the hand (trigger finger) with corticosteroids. A prospective study of the response of the local injection. *Arch Intern Med* 1991; 151: 153-6.
- Anderson BC, Manthey R, Brouns MC. Treatment of De Quervain's tenosynovitis with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 793-8.
- Neustadt DH. Local corticosteroid injection therapy in soft tissue rheumatic conditions of the hands and wrist. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 923-6.
- Schuchmann JA, Melvin JL, Duran RJ, Coleman CR. Evaluation of local steroid injection for carpal tunnel syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 1971; 51: 253-5.
- Hay EM, Paterson SM, Lewis M, Hosie G, Croft P. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care. *BMJ* 1999; 319:964-968.
- Hay EM, Thomas E, Paterson SM, Dziedzic K, Croft PR. A pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and physiotherapy for the treatment of new episodes of unilateral shoulder pain in primary care. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(5): 394-9.
- Adebajo AO, Nash P, Hazleman BL. A prospective double blind dummy placebo controlled study comparing triamcinolone hexacetonide injection with oral diclofenac 50 mg TDS in patients with rotator cuff tendonitis. *J Rheumatol* 1990; 17: 1207-1210.
- Petri M, Dobrow R, Neiman R, Whiting O'Keefe Q, Seaman WE. Randomized, double blind, placebo-controlled study of the treatment of the painful shoulder. *Arthritis Rheum* 1987; 30:1040-5.
- Celiker R, Arslan S, Inanici F. Corticosteroid injection vs. nonsteroidal antiinflammatory drug and splinting in tunnel syndrome. *Am J Phys Med Rehabil* 2002; 81(3): 182-6.
- Gallardo A, Avellaneda PJ, Baeza JM, Jiménez M, Bonet MV, Casas I. Evaluación de las infiltraciones locales con corticoides en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 25: 331-334.
- Vazquez VM, Pérez A, Detraux M, Barea F, Arquigala R, Méndez MJ, Fernández E. Evaluación de las infiltraciones como técnica terapéutica habitual en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998; 21: 627-629.
- Magaña JE, Pérez J, Sánchez G. ¿Es factible la terapia con infiltraciones locales en las consultas de atención primaria? *Aten Primaria* 1999; 23: 4-7.
- Barraquer ME, Mas X, Amorós G, Galán ML, Monteserín R, Romea S. Infiltracions de l'aparell locomotor a l'atenció primària: assumint sense problemes una nova tecnologia. *Butlletí SCMFIC* 2000; 18: 167-169.
- Barraquer M<sup>e</sup>, Mas X, Cruz JM, Rodrigo C, Teixidó ME, Romea S. Doctor: per fi sóc jo qui dormo i no els meus dits. Libro de ponencias XVI Congreso d'Atenció Primària de l'SCMFIC. Girona 2001.
- Calvo-Alén J, Rúa-Figueroa I, Erausquin C. Tratamiento de la bursitis anserina. Infiltración local con corticoides frente a AINE (estudio prospectivo). *Rev Esp Reumatol* 1993; 20: 13-15.
- Stahl S, Kaufman T. The efficacy of an injection of steroids for medial epicondylitis. A prospective study of sixty elbows. *J Bone Jt Surg Am* 1997; 79(11): 1648-52.
- Marshall S, Tardif G, Ashworth N. Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4):CD001554.
- Van der Windt DAWM, Van der Heijden GJM, Scholten RJPM, Koes BV, Bouter LM. The efficacy of non-steroidal antiinflammatory drugs for shoulder complaints. A systematic review. *J Clin Epidemiol* 1995; 48:691-704.
- Fatami T, Kobayashi A, Utika T, Endoh T, Fujita T. Carpal tunnel syndrome: its natural history. *Hand surgery* 1997; 2:129-130.
- Atkins D, Crawford F, Edwards J. A systematic review of treatments for the painful heel. *Rheumatology* 1999; 38:968-973.
- Rozental TD, Sculco TP. Intra-articular corticosteroids: an updated review. *Am J Orthop* 2000; 29(1):18-23.
- Hollander JL. Intrasynovial corticosteroid therapy in arthritis. *Mariland State Med J* 1970; 19: 62-66.
- Gray RG, Tenenbaum J, Gottlieb NL. Local corticosteroid injection treatment in rheumatic disorders. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 10: 231-54.
- Anderson BC, Manthey R, Brouns MC. Treatment of De Quervain's tenosynovitis with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 793-8.

# Epidemiologia de la síndrome metabòlica en població amb malaltia cardiovascular atesa a l'Atenció Primària

*Francisco Martín Luján<sup>a,b</sup>*

*Bernardo Costa Pinel<sup>a,c</sup>*

*Joan J Cabré Vila,*

*Josep L Piñol Moreso<sup>a</sup>*

*Marta Baldrich Justel<sup>a</sup>*

*i Rosa Solà Alberich<sup>b,d</sup>*

Grup d'investigació SM/ITG. Tarragona. Espanya.

(a) Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut.  
(b) Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili.  
(c) Unitat de Diabetis. Centre de Diabetis Salou.  
(d) Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

## Resum

La síndrome metabòlica és una situació clínica que condiciona alt risc cardiovascular. La seva prevalença en subjectes amb malaltia cardiovascular és desconeguda al nostre país.

**Objectius:** Valorar la prevalença de la síndrome metabòlica en la població amb malaltia cardiovascular i avaluar diversos factors de risc modificables.

**Disseny i emplaçament:** Estudi observacional, multicèntric (10 centres) en Atenció Primària.

**Mesuraments i intervencions:** A partir d'un mostreig sistemàtic dels subjectes atesos durant l'any 2002, es va obtenir una mostra dels pacients amb evidència de malaltia cardiovascular. Es van registrar variables sociodemogràfiques, biològiques, factors de risc cardiovascular.

**Resultats:** S'analitzen 208 individus amb malaltia cardiovascular (124 homes; 59,6%), amb una edat mitjana de  $66,6 \pm 8,4$  anys, 79 (38%) diabètics, 79 (38%) obesos, 149 (71,6%) amb hipertensió, 88 (42,3%) amb dislipèmia i 29 (13,9%) fumadors. El 29,8% (IC95%: 23,8-36,7) col·ligaren suficients elements per establir el diagnòstic de síndrome metabòlica. Comparant aquests últims amb els subjectes sense síndrome apreciem diferències respecte a l'IMC (32,5 front 28,7 kg/m<sup>2</sup>;  $p < 0,01$ ), PAS (140,7 front 132,5 mmHg;  $p = 0,01$ ), glucèmia basal (145,8 front a 100,6 mg/dL;  $p < 0,01$ ), cHDL (48,2 front a 54,8 mg/dL;  $p = 0,05$ ) i triglicèrids (198 front 119,7 mg/dL;  $p < 0,01$ ), que no confirmarem pel colesterol total i cLDL.

**Conclusions:** La síndrome metabòlica es diagnostica en una proporció significativa de subjectes amb malaltia cardiovascular. A l'Atenció Primària, la seva presència associa un perfil més desfavorable dels factors aterogènics potencialment modificables, fet que condiciona major probabilitat d'un nou esdeveniment cardiovascular.

**Paraules clau:** Síndrome metabòlica. Factors de risc cardiovascular. Malaltia cardiovascular.

## ABREVIATURES

DS: desviació estàndard  
MCV: malaltia cardiovascular  
HDL: lipoproteïnes d'alta densitat  
IMC: índex de massa corporal  
LDL: lipoproteïnes de baixa densitat  
OMS: Organització Mundial de la Salut  
SM: síndrome metabòlica

## Introducció

Les accions en salut pública i els avenços terapèutics dels últims anys han fet possible reduir la morbiditat per malaltia cardiovascular (MCV). Malgrat això, aquesta patologia és la primera causa de mortalitat de la població adulta catalana [1].

Molts dels subjectes que desenvolupen MCV presenten varis factors de risc que poden ser englobats en un únic agrupament morbíd conegut com a síndrome metabòlica (SM). La SM es caracteritza per la presència simultània d'obesitat central, dislipèmia aterogènica, hipertensió arterial, resistència a la insulina i/o hiperglucèmia [2]. La descripció dels seus components ha evolucionat amb el temps i diverses organitzacions han proposat criteris per a definir-los, però encara no existeix una normativa universalment acceptada [3].

La importància clínica de la SM rau en la seva elevada freqüència i relació amb la MCV, independentment del criteri diagnòstic emprat [4]. Les dades actuals situen la prevalença en població general al voltant del 15-20%, malgrat en subjectes de major edat i risc apuntaria proporcions inquietants [5,6].

La informació sobre els components de la síndrome en els pacients amb MCV és abundant, però la seva freqüència en conjunt és desconeguda [7]. Així, l'objectiu del present estudi va ser avaluar en la població amb patologia cardiovascular la prevalença de la SM, els seus components i les diferències amb els subjectes sense síndrome.

## Mètode

Es tracta d'un estudi de tipus observacional, transversal i multicèntric.

Des de l'any 2000 es segueix una cohort representativa de la població atesa en 10 equips d'Atenció Primària de la província de Tarragona (població de referència de 120.737 habitants). La mostra, obtinguda de forma sistemàtica i formada per 3006 individus majors de 15 anys, assegura la representativitat dels grups d'edat i sexe dels 54 municipis estudiats. A partir d'aquesta població, s'extreuen les dades relatives a l'any 2002 dels pacients d'ambdós sexes, menors de 75 anys i amb antecedents de MCV.

Les variables analitzades inclouen edat i sexe, evidència de MCV en qualsevulla de les seves formes (coronària, cerebrovascular i/o arteriopatia perifèrica), antecedents i hàbits de risc cardiovascular (diabetis mellitus, hipertensió arterial, dislipèmia i tabaquisme), índex de massa corporal (ÍMC), pressió arterial i determinacions analítiques (glucèmia basal, glucohemoglobina A1c, colesterol total, colesterol lligat a proteïnes d'alta densitat [LDL], colesterol lligat a proteïnes de baixa densitat [HDL], triglicèrids i microalbuminúria).

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en presència d'una alteració documentada del metabolisme glucídic (diabetis, intolerància hidrocarbonada i/o hiperglucèmia basal) es va diagnosticar de SM quan s'associaren dos o més dels següents criteris [8]:

1. Hipertensió arterial: pressió arterial  $\geq 140/90$  mmHg) o el seu tractament.
2. Dislipèmia aterogènica: triglicèrids  $>150$  mg/dL i/o colesterol HDL  $<35$  mg/dL en homes i  $<39$  mg/dL en dones.
3. Obesitat central: IMC  $>30$  Kg/m<sup>2</sup>.
4. Microalbuminúria: excreció urinària  $>20$  mg/min o índex d'albumina/creatinina en orina  $>30$  mg/g.

Les dades sociodemogràfiques, biogràfiques i antropomètriques es van obtenir a partir de la revisió de la història clínica. L'hàbit tabàquic es va categoritzar com a fumador, exfumador i no fumador. Es va enregistrar hipertensió, diabetis o dislipèmia si constava l'antecedent o el seu tractament. Les variables biològiques es van obtenir a partir de les mostres remeses al laboratori de referència. Els mètodes emprats per determinar-les han estat descrits en anteriors publicacions [9].

Totes les dades van ser processades amb la versió 11.0 del paquet estadístic SPSS-PC. Les variables quantitatives s'expressen com a mitjana i la seva desviació estàndard (DS), prèvia comprovació de la homogeneïtat i ajust a la normal (Kolmogorov-Smirnov). Les qualitatives s'indiquen com percentatges, comparant els valors mitjançant la prova de khi al quadrat. Per l'anàlisi de les variables paramètriques es va emprar el test d'ANOVA i per les no paramètriques la prova de Kruskal-Wallis. Es va acceptar significació quan el valor de l'estadístic p va ser inferior a 0,05.

**Taula 1** Prevalença dels factors de risc i malaltia cardiovascular dels subjectes agrupats en funció del diagnòstic de Síndrome Metabòlica

	Població amb MCV (N = 208)	Població sense SM (N = 146)	Població amb SM (N = 62)	p
Sexe (homes)	124 (59,6 %)	91 (62,3 %)	33 (53,2 %)	0,22
Fumadors	29 (13,9 %)	14 (9,6 %)	15 (24,2 %)	
Exfumadors	39 (18,7 %)	29 (19,8 %)	10 (16,1 %)	0,26
Obesitat	79 (38 %)	37 (25,3 %)	42 (67,7 %)	<b>&lt;0,01</b>
Hipertensió arterial	149 (71,6 %)	94 (64,4 %)	55 (88,7 %)	<b>&lt;0,01</b>
Diabetis mellitus	79 (38 %)	23 (15,7 %)	56 (90,3 %)	<b>&lt;0,01</b>
Dislipèmia	88 (42,3 %)	58 (39,7 %)	30 (48,4 %)	0,25
Microalbuminúria	29 (13,9 %)	7 (4,8 %)	22 (35,5 %)	<b>&lt;0,01</b>
Malaltia coronària	112 (53,8 %)	79 (54,5 %)	33 (53,2 %)	0,91
• Dones	38 (45,2%)	26 (47,3%)	12 (41,4 %)	
• Homes	74 (59,7%)	53 (58,2%)	21 (63,6 %)	
Malaltia cerebral	36 (17,3 %)	29 (20 %)	7 (11,3 %)	0,13
• Dones	14 (16,7%)	11 (20,0%)	3 (10,3 %)	
• Homes	22 (17,7%)	18 (19,8%)	4 (12,1 %)	
Arteriopatia perifèrica	78 (37,5 %)	52 (35,8 %)	26 (41,9 %)	0,39
• Dones	45 (53,6%)	29 (52,7%)	16 (55,2 %)	
• Homes	33 (26,6%)	23 (25,3%)	10 (30,3 %)	

MCV: malaltia cardiovascular; SM: síndrome metabòlica (criteris OMS; referència bibliogràfica 8).

## Resultats

Es van avaluar 208 individus diagnosticats de MCV, 124 homes (59,6%), amb  $66,6 \pm 8,4$  anys d'edat mitjana. El diagnòstic de SM es va confirmar en 62 casos (29,8%; IC95%: 23,8-36,7). La prevalença dels factors de risc cardiovascular segons el diagnòstic de SM es detalla a la taula 1.

Al comparar la població amb SM respecte als individus sense SM, s'evidenciaren valors més alts de pressió arterial, major ÍMC i pitjor control glucèmic (glucèmia i A1c). També mostraren valors més alts de triglicèrids i més baixos de colesterol HDL, que no es confirmaren respecte al colesterol total i LDL. La taula 2 detalla aquests resultats i la comparació entre els dos grups.

La prevalença dels factors de risc no es va modificar significativament a l'analitzar el grup amb SM desagregant per sexes, però pel que fa el tipus de MCV, la malaltia coronària va ser més prevalent en homes ( $p=0,08$ ) i l'arteriopatia perifèrica en dones ( $p=0,05$ ). La figura 1 il·lustra aquests resultats. Tampoc es van trobar diferències en la pressió arterial, antropometria i control glucèmic. Només respecte al perfil lipídic, els homes mostraren valors més alts de triglicèrids, colesterol total i LDL i més baixos de HDL, malgrat no es diferenciaren estadísticament de les dones. A la figura 2 es representen les diferències en el patró lipídic en funció del sexe, prenent com a referència (zero) el valor de la mitjana del grup amb SM.

## Discussió

L'epidemiologia de la SM varia segons el criteri emprat, la geografia i les característiques de la població estudiada. El present estudi aporta les primeres dades sobre la població amb MCV atesa a l'Atenció Primària.

Segons els resultats, la seva prevalença superaria àmpliament la descrita en població general.

La cohort avaluada es va obtenir a partir d'una ampla franja de la població atesa. Malgrat el biaix de selecció propi del disseny de l'estudi i acceptant que la mostra no representi fidelment a la població general, la prevalença obtinguda de la SM i els seus factors és consistent amb les dades bibliogràfiques disponibles [5].

S'ha publicat recentment que els pacients amb cardiopatia isquèmica presenten amb freqüència hiperinsulinisme, resistència a la insulina i SM, amb una prevalença pròxima al 40%, suggerint una forta associació entre aquests processos [10]. En la sèrie estudiada es va documentar pràcticament en el 30% dels subjectes amb malaltia coronària. També les dades preliminars de l'estudi epidemiològic CLYDIA indiquen una prevalença de la SM superior al 35% en la població amb MCV [11]. Malgrat el present treball i els anteriorment citats diferien quant a l'àmbit i metodologia, els seus resultats són congruents si es té en compte la població avaluada i els criteris diagnòstics emprats. En aquest mateix sentit, les prevalences obtingudes són majors quan s'utilitzen els criteris proposats pel tercer informe del *National Cholesterol Education Program* [12]. La seva aplicació facilitaria la identificació de la síndrome (o una entitat similar) perquè es reemplacen complexes tècniques de laboratori per una cinta mètrica flexible, mètode més afí a l'Atenció Primària [13].

La importància clínica de la SM rau en la seva estreta relació amb la MCV [14]. El fenotipus de SM és el paradigma de l'alt risc i el seu diagnòstic es presenta com fonamental en la prevenció cardiovascular [7,15]. En conjunt, els resultats obtinguts confirmen un perfil més desfavorable en els subjectes amb SM que els condicionaria major probabilitat de nous esdeveniments cardiovasculars. Aquests pacients van presentar pitjor control dels factors potencialment modificables, fins i tot tenint en compte l'aplicació

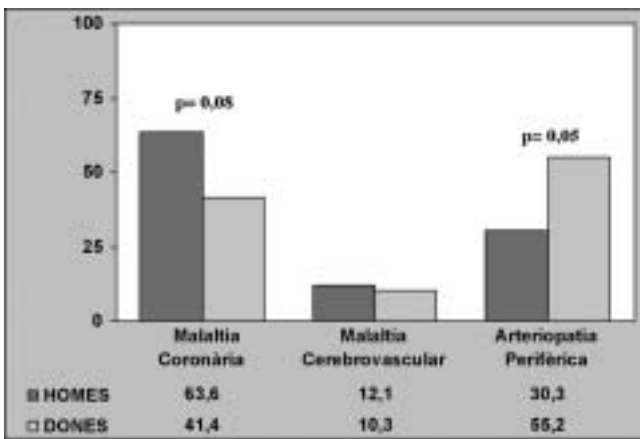
**Taula 2** Característiques dels subjectes amb malaltia cardiovascular agrupats en funció del diagnòstic de Síndrome Metabòlica

	Població amb MCV (N = 208)	Població sense SM (N = 146)	Població amb SM (N = 62)	p
Edat (anys)	$66,6 \pm 8,4$	$66,6 \pm 8,5$	$66,7 \pm 7,9$	0,94
ÍMC ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ )	$30,2 \pm 4,7$	$28,7 \pm 3,7$	$32,5 \pm 5,2$	<0,01
PA sistòlica (mmHg)	$134,9 \pm 16,6$	$132,5 \pm 15,7$	$140,7 \pm 17,2$	0,01
PA diastòlica (mmHg)	$78,4 \pm 9,7$	$77,5 \pm 9,3$	$80,6 \pm 10,3$	0,03
Glucèmia basal (mg/dL)	$114,8 \pm 39,8$	$100,6 \pm 28,9$	$145,8 \pm 42,7$	<0,01
Hemoglobina A1c (%)	$6,4 \pm 1,5$	$5,7 \pm 1,9$	$6,8 \pm 1,2$	0,02
Colesterol total (mg/dL)	$209,2 \pm 39,9$	$208,8 \pm 37,8$	$210,4 \pm 43,6$	0,76
Colesterol LDL (mg/dL)	$126,9 \pm 36,3$	$122,4 \pm 39,8$	$129,3 \pm 34,7$	0,27
Colesterol HDL (mg/dL)	$52,1 \pm 15,1$	$54,8 \pm 14,7$	$48,2 \pm 15,1$	0,01
Triglicèrids (mg/dL)	$151,4 \pm 101,2$	$119,7 \pm 67,8$	$198,0 \pm 123,2$	<0,01
Microalbuminúria (mg/min)	$59,2 \pm 178,2$	$8,17 \pm 11,6$	$94,9 \pm 226,4$	0,05

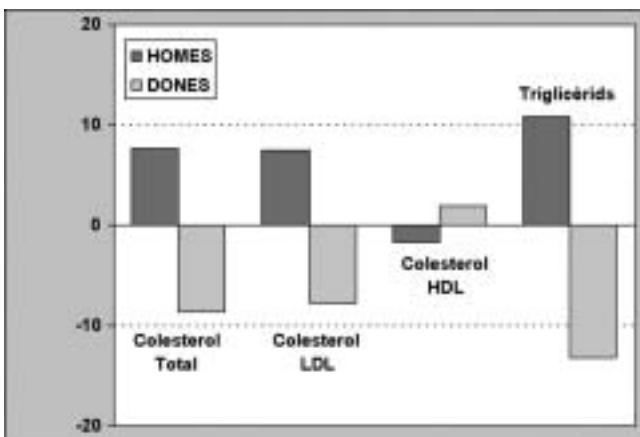
MCV: malaltia cardiovascular; SM: síndrome metabòlica (criteris OMS; referència bibliogràfica 8); ÍMC: index de massa corporal; PA: pressió arterial; HDL: lipoproteïnes de alta densitat; LDL: lipoproteïnes de baixa densitat.



**Figura 1** Distribució per sexes del tipus de malaltia cardiovascular en els subjectes amb Síndrome Metabòlica (criteris OMS; referència bibliogràfica 8)



**Figura 2** Comparació del perfil lipídic en funció del sexe dels subjectes amb Síndrome Metabòlica (criteris OMS; referència bibliogràfica 8)



Les dades expressen la diferència en mg/dL respecte a la mitjana del grup complet. LDL: lipoproteïnes de baixa densitat; HDL: lipoproteïnes de alta densitat.

d'intenses mesures terapèutiques de prevenció secundària. El patró aterogènica no es va modificar en funció del sexe i va incloure sobrepès, xifres altes de pressió arterial i glucèmia, així com hipertrigliceridèmia i descens del colesterol HDL. Aquesta conjunció probablement ratifica l'efecte nociu de la resistència a la insulina subjacent. Tampoc es pot descartar la possibilitat que l'expressió de certs genotipus impliqui major dificultat pel control dels elements sindròmics. En aquest sentit, s'ha confirmat que certs genomes condicionen resistència a la insulina, obesitat, diabetis mellitus tipus 2 i el propi SM, promocionant la MCV [16].

En definitiva, la SM és una entitat prevalent, independentment del criteri diagnòstic, no només en la població general sinó també en els pacients amb MCV. Per la causa

que sigui, aquests subjectes superposen múltiples factors de risc cardiovascular i major dificultat per optimitzar els potencialment modificables. En aquest context la probabilitat de recurrències és elevada. En la pràctica, diagnosticar la síndrome en presència de patologia cardiovascular suposaria identificar un grup de pacients que precisen una intensificació en las mesures de prevenció secundària.

## Agraïments

Aquest estudi forma part del projecte de tesi doctoral becada per la Fundació Jordi Gol i Gurina (Institut Català de la Salut) "SÍNDROME METABÒLICA I ALTERACIONS DEL METABOLISME GLUCÍDIC EN POBLACIÓ D'ALT RISC". Va ser finalista a la millor comunicació al XXIII Congrés de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària i ha estat premiat com el millor treball sobre agregació de factors de risc durant la X Reunió de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial.

## Bibliografia

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según las causas de muerte más significativas. URL: <http://www.ine.es>. Accés agost, 2004.
2. Reaven GM. Metabolic syndrome. Pathophysiology and implications for management of cardiovascular disease. *Circulation* 2002;106:286-8.
3. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C for the Conference participants. Definition of Metabolic Syndrome. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 2004; 109:433-8.
4. Bonora E, Kiechl S, Willeit J, Oberhollenzer F, Egger G, Bonadonna RC, Muggeo M. Carotid atherosclerosis and coronary heart disease in the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2003; 26:1251-7.
5. Grupo de Trabajo Resistencia a la insulina de la Sociedad Española de Diabetes. Resistencia a la insulina y su implicación en múltiples factores asociados a diabetes tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2002; 119:458-63.
6. Banegas JR, Ruilope LM. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:99-100.
7. Bosch X, Alfonso F, Bermejo J. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55:525-7.
8. World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO Consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization. Department of Noncommunicable Disease Surveillance; 1999.
9. Martín F, Costa B, Cabré JJ, Basora J, Solà R. Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular en población diabética asistida en Atención Primaria. *Hipertensión* 2004; 21:958-65.
10. Hernández A, Riera C, Solà E, Oliver MJ, Martínez ML, Morillas C et al. Prevalencia del síndrome metabólico entre pacientes con cardiopatía isquémica. *Med Clin (Barc)* 2003; 121:204-8.
11. Serrano R. El síndrome metabólico es el primer signo de alerta de daño cardiovascular. *Diario médico* 2004JUN03. URL: <http://www.diariomédico.com>. Accés juliol, 2004.
12. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285:2486-97.
13. Costa B, Cabré JJ, Martín F. Síndrome metabólico, resistencia a la insulina y diabetes. ¿Qué se oculta bajo la punta del iceberg? *Aten Primaria* 2003; 31:436-45.
14. Meig JB. The metabolic syndrome: may be a guidepost or detour to preventing type 2 diabetes and cardiovascular disease. *BMJ* 2003; 327:61-2.
15. Gimeno JA, Lou LM, Molinero E, Poned B, Portilla DP. Influencia del síndrome metabólico en el riesgo cardiovascular de pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57:507-13.
16. Savage DB, Agostini M, Barroso I, Gurnell M, Luan J, Meirhaeghe A, et al. Dysgenic inheritance of severe insulin resistance in a human pedigree. *Nat Genet* 2002; 31:379-84.

# La tos dels refredats: tenim algun tractament eficaç?

Mireia Fàbregas Ecurriola

**U**n dels motius més freqüents de consulta en els adults joves són els refredats; fins a un 14% de la població jove pot arribar a consultar per constipats en un període de 2 setmanes (1). Amb freqüència presenten tos seca, irritativa i molesta, i acudeixen a la consulta demanant tractament per aquests símptomes. Estem acostumats a donar algun antitussigen, ja sigui codeïna o dextrometorfà, però, són útils aquests medicaments? La pregunta que ens plantejaríem, doncs, seria: Davant d'un adult jove que ens consulta per tos en el context d'un constipat, és més efectiu un antitussigen que el placebo?

## Elements de la pregunta

Problema de salut: tos irritativa en el context d'un constipat.

Característiques dels pacients: adults joves sans.

Intervenció de l'estudi: administració d'un antitussigen (codeïna o dextrometorfano).

Mesura del resultat: disminució de la tos de forma objectiva (amb freqüència i intensitat) o subjectiva (escala visual).

## Estratègia de cerca i articles escollits

La cerca comença a Trip Database, on buscant la paraula 'cough' s'obtenen 6 resultats, un d'ells útil, tot i que es tracta d'un resum d'una revisió Cochrane més extensa (2). Posteriorment, es busca a la Cochrane Database per tos (en castellà), 'cough' i 'cough:ti' acotant pel títol. D'aquesta forma trobem 1 sola revisió sistemàtica sobre el tema que ens interessa. Es pot veure un resum de la cerca a la taula 1.

Davant aquests resultats, l'article escollit fou la revisió sistemàtica de la Cochrane de l'octubre de 2004, [Over-the-counter medications for acute cough in children and

adults in ambulatory settings] de Schroeder K i Fahey T (2). Aquesta revisió consta de 22 assajos clínics (n=4.199), dels quals 16 (n=3.716) es realitzen amb participants adults. D'aquests 16, només s'inclouen anti-tussigens en 5 d'ells (n=766). El primer assaig de la revisió (Eccles 1992) compara l'administració de codeïna 30 mg cada 6 hores durant 4 dies vs placebo. La variable resposta és la tos mesurada de forma subjectiva amb una escala de 5 punts. Inclou 81 individus i les diferències entre l'ús de la codeïna o del placebo no són estadísticament significatives (p=0,23). El segon (Freestone 1997), amb una mostra de 82 individus, compara una dosi única de 50mg de codeïna vs placebo i mesura la tos als 90 minuts. La variable resposta es mesura de dues formes: de forma objectiva quantificant la freqüència i intensitat de la tos i de forma subjectiva amb una escala visual analògica. Les diferències no són tampoc estadísticament significatives (p=0,8). El tercer assaig (Parvez 1996), compara l'administració d'una dosi única de 30 mg de dextrometorfà, 30 mg, vs placebo. Amb una mostra de 451 individus, sí que hi ha diferències estadísticament significatives (p<0,05) a l'hora de disminuir la freqüència de la tos. El quart (Lee 2000), compara el mateix que l'anterior però amb una mostra de 44 individus, sense trobar diferències estadísticament significatives ja sigui amb la variable resposta objectiva (p=0,38) o subjectiva (p=0,08). El cinquè assaig (Adams 1993), utilitza la moguisteina, no usada en el nostre entorn.

## Discussió

No està clara l'efectivitat de l'administració d'antitussigens en el tractament de la tos irritativa aguda en el context d'un constipat. Hi ha pocs assajos clínics fets, la majoria d'ells són de poca qualitat segons els criteris de la revisió Cochrane, de poca mostra, i a més, arriben a conclusions contradictòries. De dos assaigs realitzats

## Taula 1

Font	Paraules	Referències trobades	Referències útils
Trip Database	Cough	6 revisions	1 resum d'una revisió
Cochrane Database	Tos	147 (115 revisions sistemàtiques)	-
	Cough	2200 (85 + 110 revisions sistemàtiques)	-
	Cough:ti	436 (6 revisions sistemàtiques)	1 revisió sistemàtica

amb el dextrometorfà vs placebo, només en un (el que té la mostra major) es troben diferències significatives en la freqüència de la tos. En cap dels dos assajos amb la codeïna es troben diferències, tenint en compte que les mostres són aproximadament de 40 individus en cada braç de tractament. No hi ha cap assaig que faci comparacions entre els diferents assaigs. Amb aquestes dades, la conclusió que en podem treure, és que no hi ha prou dades per decidir si algun dels antitussígens és eficaç.

### Implicació en la pràctica clínica

Això ens fa plantejar la utilitat dels tractaments anti-tussígens en les nostres consultes d'urgències. Davant d'un individu constipat i amb tos seca, el que podem fer és explicar-li que desconeixem l'efectivitat dels tractaments, i deixar-lo triar a ell. Com que a vegades és difícil poder portar a la pràctica aquesta actitud, haurem d'individualitzar en cada cas i decidir en funció de la clínica i de les preferències del malalt utilitzar-los o no.

### Bibliografia

1. Ugeskr Laeger. 1991 Nov 4;153(45):3135-7. Comment in: Ugeskr Laeger. 1992 Jan 6;154(2):94-5. [Occurrence of colds and coughs among adult Danes. Epidemiological data from the DIKE (Danish Institute for Clinical Epidemiology) population study]
2. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18;(4):CD001831. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Schroeder K, Fahey T. Division of Primary Health Care, University of Bristol, Cotham House, Cotham Hill, , Bristol, UK, BS6 6JL.

*Fabregat, Perera & Boch*  
A D V O C A T S

**Dret Civil:** Contractes, Responsabilitat Civil, Accidents de Tràfic, Dret de Consumidors i Usuaris, Arrendaments, Immobiliari, Separacions i Divorcis, Herències i Testaments.

**Dret Mercantil:** Constitució de Societats, Operacions Societaries, Secretaries de Societats i Consells d'Administració, Contractació i Insolvències, Propietat Industrial i Intelectual.

**Dret Penal:** Assessorament i defensa en delictes de caire socio-econòmic (estafes, apropiacions indegudes, aixecament de bens, delictes societaris, delictes fiscals, delictes contra el medi ambient, alcoholemies i 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 (I.R.P.F., patrimoni, impost de societats, I.V.A., transmissions i successions). Comptabilitat d'empreses i particulars.

# Fractura patològica de diàfisi humeral

Josep Lluís Clua Espuny\*

\*Medicina Familiar i Comunitària

Rosa Dalmau Llorca\*

EAP Tortosa-1 est (Terres de l'Ebre). Institut Català de la Salut

## Introducció

Una fractura patològica és aquella que es produeix, en un os prèviament afectat i per una força trivial, incapaç de fracturar un os sa<sup>1</sup>. El diagnòstic de la malaltia primària és important per a decidir la teràpia i, conseqüentment, el pronòstic. En les fractures patològiques malignes la cirurgia és una part essencial del tractament oncològic. Hi ha una llista extensa d'afectacions òssies que poden donar lloc a una fractura patològica<sup>2</sup> (Taula 1). L'osteoporosi és la causa subjacent més freqüent al nostre medi seguida d'una llista extensa de tumors i pseudotumors, dels que el més freqüent és el carcinoma metastàtic<sup>2</sup>.

## Antecedents personals i patològics

Es tracta d'un home de 76 anys que es dona d'alta al centre al maig/2002 procedent d'un altra província catalana. Afectat d'un accident vascular cerebral amb parèsia de l'extremitat inferior esquerra sis mesos abans i una hiperplàsia prostàtica benigna, processos dels que no aporta cap informe. Tractat amb terazosina 2 mg/dia i àcid acetilsalicílic 300 mg/dia. No relata hàbits tòxics, ni al·lèrgies conegudes ni antecedents familiars rellevants. Solter i mestre jubilat. Tranquil, serè i poc queixós. Conviu amb dos familiars d'edat similar, també autònoms.

## Malaltia actual

Sobre la història clínica al 17/05/2002, ambulatoriament. Quinze dies després el pacient demana consulta a domicili per un dolor abdominal intens, tipus còlic, d'unes 24 h d'evolució amb vòmits i diarrea, sense febre, amb defensa abdominal i disminució del peristaltisme. Es deriva a l'hospital de referència ingressant al servei de cirurgia amb el diagnòstic d'*ileo paralític* que millora amb tractament mèdic, donant-se l'alta hospitalària a la setmana sense diagnòstic etiològic. L'informe d'alta menciona una leucocitosi (13.600/mm<sup>3</sup>) amb predomini de neutròfils (68,3%), i una enema opaca normal com la resta de proves i determinacions. Es citat per a seguiment al servei de Cirurgia.

L'analítica demanada al obrir l'història clínica i rebuda en el període de l'ingrés objectiva una leucocitosi (11.960 mm<sup>3</sup>) amb predomini de neutròfils (77,60%), a més d'una lleu anèmia normocròmica i normocítica (Hb 11,90; VCM 89,7; HCM 27,4) lleu augment de les plaquetes (447.000/mm<sup>3</sup> VN 130-400), un augment de les fosfatases alcalines (423U/L VN 70-279) que va augmentar posteriorment (574 U/L) i una disminució del

colesterol-HDL (16 mg/dl VN 30-60). La resta de paràmetres biològics, inclòs el PSA específic, estaven dintre de l'interval de normalitat.

## Evolució

Es fa una visita de seguiment al domicili una setmana després de l'alta hospitalària objectivant-se una disminució de la seva autonomia per moure's. No hi ha pèrdua de pes (75 Kg, 171 cm IMC 25). Necessita ajuda física per traslladar-se dintre del domicili, no pot sortir al carrer ni pujar o baixar escales. Es queixa de mal al colze dret que li millora amb un massatge autoadministrat. L'exploració no aporta dades noves excepte per una taquicàrdia sinusal (110/minut) de la que no hi havia registre previ. Es demana una analítica de seguiment i ecografia hepàtica.

Després de quinze dies, en una nova visita a domicili el pacient necessita ajuda inclòs per aixecar-se del llit, no pot traslladar-se sinó és amb l'ajuda d'una cadira de rodes. No hi ha afectació cognitiva. El dolor del colze no li ha millorat, més bé el nota més intens i més a sovint.

Una setmana després es produeix una fractura diafisiària de l'húmer dret espontània mentre estava assegut al sofà després de notar un dolor intens. Es deriva a l'hospital de referència. S'objectiva, a més, una lesió osteolítica a la pala iliaca esquerra. Ecografia: imatge a lòbul hepàtic esquerre compatible amb metastasis, pàncrees i ronyons sense anomalies. Colonoscòpia: no es va poder realitzar. Marcadors tumorals positius (antigen carcinoembrionari 52 VN 3-5; CA19.9 181 VN <37). VSG 82 (VN 1-20) A la setmana es realitza un enclavament de la fractura tipus Hacketal sense complicacions. L'anatomia patològica de les mostres biòpsiques del focus de fractura mostra un patró immunofenotípic compatible amb carcinoma urotelial indiferenciat. Dotze dies després, empitjora sobtadament i és *exitus*.

## Discussió

Es tracta d'un home amb bona autonomia personal prèvia que presenta un deteriorament físic progressiu que debuta en forma d'*ili paralític*, segueix amb una *fractura patològica de l'húmer* i acaba en *èxitus*. Cal destacar una leucocitosi persistent amb neutrofilia, un augment de la fosfatasa alcalina, marcadors tumorals positius; imatge osteolítica i possible metastasis hepàtica. Sembla molt probable la presència d'una neoplàsia primària sense identificar. La leucocitosi no sempre és infecciosa, ja que, entre d'altres, pot acompanyar a neoplàsies, especialment quan fan metastasis a la medulla òssia.

## Taula 1 Fractures patològiques. Causes

1. ALTERACIONS DEL DESENVOLUPAMENT.
  - OSTEOGÈNESI IMPERFECTA
  - OSTEOPETROSI
  - ENCONDROMATOSI
  - MALALTIA DE GAUCHER
2. ALTERACIONS HORMONALS I METABÒLIQUES
  - HIPERPARATIROIDISME
  - SD. CUSHING (CORTICOTERÀPIA)
  - DÉFICITS VITAMÍNICS (VITAMINA C, VITAMINA D)
3. ATRÒFIA ÒSSIA
  - OSTEOPOROSI GENERALITZADA
  - OSTEOPOROSI PER IMMOBILITZACIÓ
4. MALALTIA DE PAGET DE L'OS
5. INFECCIONS
  - OSTEOMIELITIS (PIOGENA O TUBERCULOSI)
  - SÍFILIS
  - HIDATIDOSI
6. NEOPLÀSIES DE L'OS
  - PRIMÀRIES BENIGNES (CONDROMA, CONDRÓBLASTOMA, FIBROMA CONDROMIXOIDE, HEMANGIOMA, TUMOR DE CÈL·LULES GEGANTS)
  - PRIMÀRIES MALIGNES (OSTEOSARCOMA, TUMOR CÈL·LULES GEGANTS, FIBROSARCOMA, HISTIOCITOMA FIBRÓS MALIGNNE, SARCOMA D'EWING, MIELOMA MÚLTIPLE)
  - SECUNDÀRIES MALIGNES O METÀSTASI ÒSSIES MÉS FREQUENTS (CARCINOMA DE MAMA, PULMÓ, PRÒSTATA, TIROIDE)
7. LESIONS QUÍSTIQUES O PSEUDOTUMORALS
  - QUIST OSSI SOLITÀRI
  - QUIST OSSI ANEURISMÀTIC
  - DISPLÀSIA FIBRO-ÒSSIA
  - HISTIOCITOSI X
8. ALTERACIONS NEUROLÒGIQUES
  - TABES DORSAL
  - SIRINGOMÈLIA
  - NEUROPATIA DIABÈTICA
9. QUIRÚRGIQUES (PROCEDIMENT DE CIRURGIA ORTOPÈDICA PRÈVI)

L'augment de la fosfatasa alcalina podria explicar-se tant per les metàstasis hepàtiques com per les lesions osteolítiques. Finalment els marcadors tumorals orienten l'urotel·li com a origen primari. Desconeixem si l'episodi d'ili paralític pot estar relacionat amb la patologia primària.

Un problema prou freqüent en la pràctica clínica és haver de fer el diagnòstic diferencial d'una lesió òssia única, s'ha d'incloure la possibilitat d'un tumor ossi primari. En un terç dels pacients, el tumor primari és desconegut quan es produeix la fractura i la detecció basada només en el patró histològic és molt difícil, especialment en els adenocarcinomes. Però una lesió osteolítica en la diàfisi d'un os llarg en un grup d'edat avançada, ens ha de fer sospitar inicialment en una metàstasi òssia secundària. Les localitzacions més freqüents de les fractures patològiques són l'húmer i el fèmur. La majoria es

produeixen en pacients adolescents a partir dels 19 anys i en adults entre la 5<sup>a</sup> i la 7<sup>a</sup> dècada de vida. D'una sèrie de casos de fractura patològica d'húmer diagnosticats entre 1986-1993, el tumor primari era el carcinoma de mama en el 55%, el de pulmó i l'hipernefoma en un 16% cadascun, i el mieloma múltiple, el melanoma, i un adenocarcinoma rectal en la resta. En el carcinoma de mama el 49% de les metàstasi són òssies, en la neoplàsia de pulmó més del 50% dels pacients estant afectats de malaltia metastàsica extratoràcica i un dels principals problemes que manifesten, entre altres, són les fractures patològiques<sup>3</sup>. Un 45% dels pacients amb hipernefoma, en el moment del diagnòstic presenten metàstasi a distància, de pulmó, fetge i os<sup>3</sup>.

Un dels factors principals, que determina la freqüència i grau de consolidació d'una fractura patològica secundària a una metàstasi és una supervivència superior a 6 mesos<sup>4</sup> i el tractament amb fixació òssia interna<sup>5</sup>. En un estudi que fa referència a una sèrie de 123 pacients amb malaltia òssia metastàsica, es van produir 129 fractures patològiques d'ossos llargs. La consolidació de la fractura patològica es va produir en el 67% de les fractures produïdes per mieloma múltiple, en un 44% de les fractures secundàries a hipernefoma i en un 37% de les fractures per carcinoma de mama<sup>4</sup>. Així podem dir que hi ha tumors que sovint presenten metàstasi òssies però donada la seva baixa supervivència no presenten fractures patològiques.

Finalment, ens fem una pregunta que considerem inevitable en un procés de millora continua: podríem haver millorat el procés diagnòstic? Si bé la incidència de tumors ossis augmenta a mesura que s'allarga l'esperança de vida poblacional i la probabilitat de supervivència dels pacients amb càncer, i que la recuperació funcional de l'extremitat afecta ha millorat amb els nous recursos de tractament i diagnòstic, la presència de metàstasi i el moment del diagnòstic són dos condicionants del resultat final. De les sèries revisades amb fractures metastàsiques d'ossos llargs, entorn el 5% moren postoperatòriament i en un 85% s'obté una bona recuperació funcional, tot i que la supervivència mitjana és d'un any<sup>6</sup>.

L'evolució des del primer ingrés amb un ràpid deteriorament físic (va passar en tres setmanes de venir a la consulta autònomament a necessitar una cadira de rodes per traslladar-se dintre el domicili) ens donava una percepció de la gravetat del cas que, probablement, no va ser reconeguda en la seva estada hospitalària, la qual cosa va ser un motiu més del retard diagnòstic fins la producció de la fractura d'húmer, ja que, tres setmanes abans en el primer ingrés hospitalari, no s'havien detectat les metàstasi. L'empitjorament progressiu posterior ens podria fer pensar retrospectivament en la possibilitat d'episodis de tromboembolisme per als que tenia factors de risc com una possible neoplàsia amb metàstasi, l'edat, l'immobilització, i un accident vascular cerebral previ. No s'havia fet profilaxi del tromboembolisme ni en el primer ingrés ni a l'alta hospitalària. El desenllaç final sobtat en la seva convalescència post-operatòria fa pensar en causes compatibles amb el comentari anterior, tot i que la causa no va ser confirmada *post mortem*.



## Bibliografia

1. McRae Ronald, Kinninmonth Andrew W.G. An illustrated colour text Orthopaedics and trauma. Harcourt Brace and Company Limited. Editores Médicos S.A.1998;vol1(45-46)
2. Revell Peter A. Pathology of Bone. Springer-Verlag 1985(209-214).
3. Farreras Valenti P,Rózman C,Medicina Interna Decimotercera edició.Mosby/Doyma Libros.vol 1(982-983).
4. Gainer BJ, Buchert P.Fracture healing in metastatic bone disease. Clin Orthop 1983 sep;(178):297-302.
5. Fourneau I,Broos P.Pathologic fractures due to metastatic disease. A retrospective study of 160 surgically treated fractures. Acta Chir Belg 1998 Dec;98(69):255-60.
6. Maurer F, Ambacher T, Volkmann R, Weller S. Pathologic fractures: diagnostic and therapeutic considerations and results of treatment. Langenbecks Arch Chir 1995; 380(4): 207-17.

# Ginecomàstia unilateral per fistulització toràcica en una tuberculosi pleural

*Encarna Albero Sánchez*

*Sergio Herrero Arcusa*

*Laura Belmonte Calderón*

*Fina Ibars Prunés*

*Carles Pardo Fonfría.*

*Eliçabet Plans Soriano.*

EAP Sagrada Família  
Unitat Docent Manresa-4

## Introducció

**A**vui dia, la tuberculosi és un dels problemes principals de salut pública, tot i ser una malaltia preventiva i guarible. La prevalença a Espanya se situa entre el 26 i 27%, més freqüent en àrees urbanes. És una malaltia infecciosa crònica causada pel *Mycobacterium tuberculosis*, bacil àcid-alcohol resistent, de creixement lent. La principal font de contagi és el malalt bacil·lífer, mitjançant la via aèria i afavorit per condicions de poca higiene i amuntegament. El micobacteri pot romandre en estat latent durant molt de temps, posteriorment reactivar-se i produir la malaltia. La forma més habitual és la pulmonar, tant la forma primària com la reactivada. La tuberculosi pleural és la forma més freqüent de tuberculosi extrapulmonar.

## Cas clínic

Home de 76 anys, fumador d'un paquet de tabac al dia. Consulta per tumoració a mama dreta d'uns quatre dies d'evolució.

Antecedents familiars:  
Sense interès.

Antecedents patològics:  
Síndrome prostàtica tractada amb fitoteràpics; dislipèmia tractada amb simvastatina; criteris de malaltia pul-

monar obstructiva crònica; antroduodenitis; infecció per *Helicobacter pylori* positiu; ressecció transuretral per tumoració vesical sense evidència de malaltia actual; lesió pulmonar crònica que correspon a fibrosi pulmonar a la base dreta que s'evidencia en la placa de tòrax.

## Malaltia actual

En el mes d'agost de l'any 2000 consulta per tumoració en mama dreta de quatre dies d'evolució, sense febre ni símptomes clínics de quadre tòxic. A l'exploració s'evidencia una tumoració a simple vista, que a la palpació té consistència elàstica i dolorosa. No es palpen adenopaties i l'auscultació pulmonar és anodina. A l'auscultació cardíaca s'aprecia un buf sistòlic expulsiu per esclerosi aòrtica.

Davant d'aquest quadre es planteja diagnòstic diferencial entre abscess i procés neoforatiu, descartant que sigui degut a fàrmacs. Es consulta a cirurgia per a valoració diagnòstica i tractament. La mamografia i l'ecografia mostren una tumoració al quadrant superior dret de 5x4x3 cm. Es fa una punció, obtenint-se un líquid purulent, amb cultiu i BK negatius. L'estudi anatomopatològic mostra una inflamació inespecífica.

## Evolució

Durant l'evolució es produeix una fistulització mamària i una supuració purulenta. El cultiu i el BK de la mostra, tornen a ser negatius. El pacient es sotmet a dife-

rents tractaments antibiòtics, sense obtenir resposta. S'intenta un tancament en fals però persisteix la supuració. El pacient continua sense manifestacions simptomàtiques ni repercussió sistèmica.

Davant d'aquest curs insidiós es consulta a un servei hospitalari de medicina interna. Es prossegueix l'estudi i la tomografia toràcica mostra una infiltració del greix i de la paret costal per una placa calcificada anterior en l'hemitòrax dret, suggerint un procés inflamatori actual.

L'analítica no presenta alteracions significatives (VSG, hemograma, bioquímica) i la intradermoreacció del Mantoux és positiva, a 35 mm. Les bacil·loscòpies d'espüt són negatives, però el cultiu de Löwenstein de la fistula és positiva a *Mycobacterium tuberculosis*, iniciant-se tractament tuberculostàtic amb 300 mg d'isoniazida, 300 mg de pirazinamida i 120 mg de rifampizina, davant del diagnòstic de fistula toràcica crònica de probable reactivació de tuberculosi pleural.

Un control analític obliga a canviar la pirazinamida per l'etambutol, degut a alteracions de les transaminases. Es pauta etambutol a dosis de 400 mg/dia i continuar amb 600 mg de rifampizina /dia.

## Discussió

En aquest cas, l'absència de simptomatologia clínica en forma de síndrome tòxica, prostració i altres símptomes referits en altres localitzacions, incloent-hi la pulmonar, van demorar el diagnòstic final d'aquesta forma tan atípica de malaltia tuberculosa. L'afectació pleural no és una forma bacil·lífera i explica, que els successius BK resultin negatius. La falta de resposta a diferents pautes antibiòtiques i la fistulització submamària, va fer sospitar que fos un micobacteri el responsable del quadre clínic, i que el seu origen estigués en l'antiga lesió radiològica pleural.

La gent gran pot desenvolupar pleuresia com a manifestació d'una reactivació, anys després de la infecció primària. La reacció a la tuberculina pot ser negativa en gent d'edat avançada per atenuació de la resposta immune per hipersensibilitat retardada en el temps; en aquest cas, caldria de repetir la prova amb una dosi de record per excloure una infecció prèvia (efecte booster).

La forma més freqüent de vessament pleural tuberculós és després d'una infecció primària mesos abans i es forma quan un focus subpleural es trenca cap a la cavitat pleural, produint un vessament per hipersensibi-

litat retardada a les proteïnes tuberculoses; hi conté molt pocs bacils, encara que sigui exsudatiu (leucòcits de 1.000 a 5.000 cèl·lules/mm amb un 80% de mononuclears). El vessament cedeix espontàniament sense tractament en uns mesos, però existeix un gran risc de desenvolupar una tuberculosi pulmonar o extrapulmonar, anys després del vessament.

Una forma menys freqüent d'afectació de la pleura és l'empiema tuberculós, amb traspàs massiu de gèrmen cap a la cavitat pleural, normalment des d'una tuberculosi pulmonar parenquimatososa. El líquid és purulent i amb gran quantitat de bacils. Tot i essent molt infreqüent, la tuberculosi mamària és la principal infecció crònica de la mama. El seu origen és pleural o més freqüentment per ruptura de ganglis limfàtics que afecten un dels cartilags costals adjacents, on la infecció pot estar en estat latent durant molts anys fins a produir posteriorment la lesió mamària i després fistulitzar a la pell.

Aquest tipus d'afectació s'ha de sospitar en pacients amb sida, immunodeprimits, o gent que procedeixi de països on la tuberculosi és endèmica. La pauta de tractament és similar a la de la forma pulmonar i la durada és de 6 mesos. Si no ha rebut tractament tuberculostàtic, la pauta és de tres fàrmacs; els dos primers mesos: isoniazina, pirazinamida i rifampizina, cada dia; els quatre darrers, isoniazina i rifampizina. Si no es pot fer servir la pirazinamida, es substitueix per etambutol, i la pauta passa a ser de 9 mesos.

## Conclusió

Davant d'un pacient gran, immunodeprimit, amb sida o procedent d'un altre país on la tuberculosi és endèmica i que presenti una tumoració mamària, cal fer un Mantoux d'entrada i pensar en aquesta forma atípica de tuberculosi extrapulmonar.

## Bibliografia

1. Martín A, Cano JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Harcourt Brace: Barcelona, 1999; págs. 1294 y ss.
2. MSD Publicaciones. Manual Merck. <http://www.msd.es/publicaciones/mmerck>
3. Tuberculosis: Una perspectiva actual. JANO 2001; vol. LX, nº 1380: 61.
4. Programa de Tuberculosis. Actualización 2000. ICS, División de Atención Primaria: Set 2000. Pag. 43
5. Menéndez R, Cremades MJ. Empiema Pleural. Revisión y tratamiento.

# Osteonecrosi idiopàtica de còndil femoral

*Marta Catalán Adell\**

*Jenaro A. Fernández-Valencia Laborde\*\**

\*Especialista en Medicina Familiar i Comunitària  
EAP Eixample Barcelona

\*\* Resident de cinquè any de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia.  
Hospital Clínic i Universitari de Barcelona

## Introducció

**D**ins dels dolors articulars, el dolor de genoll és un dels principals motius de consulta a l'Atenció Primària. A l'adult jove, una de les primeres sospites és la presència de una lesió meniscal<sup>3</sup>. Per altra banda, tampoc és infreqüent la troballa d'una osteocondritis dissecant. En el cas que es presenta, es diagnòstic va ser de osteonecrosi d'un dels còndils femorals; una malaltia menys freqüent, però que presenta característiques clíniques i radiològiques que permeten diferenciar-la de les altres dues entitats.

## Cas clínic

Home de 47 anys que va consultar per dolor d'intensitat creixent localitzat a l'articulació del genoll dret de 3 setmanes d'evolució sense antecedent traumàtic. Com a antecedents d'interès presentava història d'hipertensió arterial diagnosticada el darrer any en tractament dietètic i era ex-fumador feia quatre anys. Va relacionar l'inici del dolor amb una sobrecàrrega física durant una excursió i no va millorar amb l'autoadministració de tractament analgèsic. El dolor era de característiques mecàniques, sense acompanyar-se de febre ni despertant-lo per la nit.

A l'exploració física, el genoll no presentava vessament articular, ni inestabilitats, no existia dolor a la palpació de les facetes rotulianes i el balanç articular era de 0-130°. La palpació de la interlínia articular interna era dolorosa i la maniobra de Mc Murray negativa.

## Taula 1 Etiologia de l'osteonecrosi del genoll

Primària	
Secondària	Tractament amb corticoides
	Alcoholisme
	Lupus eritematós sistèmic
	Malaltia de Gaucher
	Leucèmia
	Talassèmia
	Traumatismes
	Postquirúrgica: Meniscectomia i reconstrucció del lligament creuat anterior.

La radiologia simple del genoll no va objectivar canvis significatius i es va pautar tractament antiinflamatori oral (ibuprofèn 600 mg cada 8 hores) i repòs relatiu. Davant la persistència del dolor després d'una setmana de tractament es va practicar una ressonància magnètica (RM) que va permetre d'objectivar la presència d'una àrea de baixa intensitat de senyal al còndil femoral intern (fig.1), orientant al diagnòstic d'osteonecrosi del còndil femoral intern.

Es va realitzar tractament conservador mitjançant la descàrrega de l'extremitat, amb ajut per a la deambulació amb dues crosses, tot i mantenint el tractament analgèsic-antiinflamatori. El resultat als tres mesos de seguiment ha estat la remissió del dolor i una plena recuperació a les activitats de vida diària.

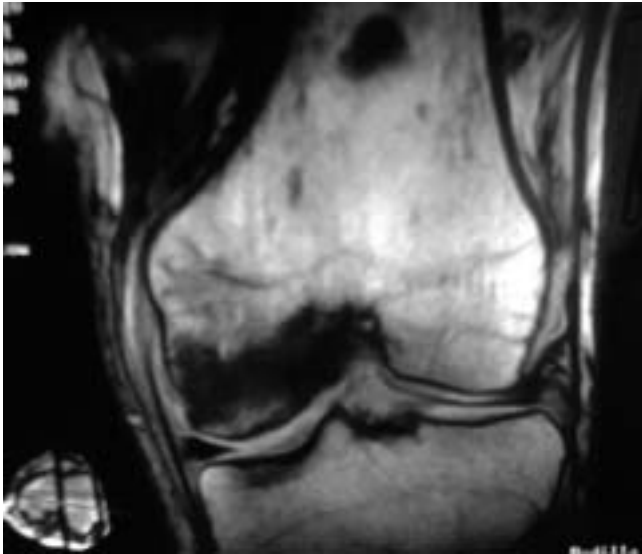
## Discussió

El genoll és la segona localització més freqüent d'osteonecrosi, superat només per l'anca<sup>2,3</sup>. Etiològicament acostumen a ser espontànies, encara que existeixen múltiples causes identificades (taula 1)<sup>1,2,3</sup>. Dins de les osteonecrosi secundàries les més freqüents amb diferència són les produïdes pel tractament perllongat amb corticoides. Encara que tant l'espontània com la secundària a corticoides tenen una anatomia patològica comuna, la seva fisiopatologia encara no es coneix exactament.

Clínicament afecten a pacients menors de 45 anys i més freqüentment a les dones (de 3 a 4 vegades per sobre dels homes). En el cas de les secundàries a corticoides cal descartar la presència d'una osteonecrosi al genoll contralateral i a l'anca, ja que aquesta afectació és bilateral en el 80% dels casos i en un 90% dels pacients existeix una osteonecrosi concomitant a l'anca<sup>3</sup>. En aquests casos les lesions acostumen a afectar els còndils tibials i femorals i són més grans que les que s'observades a les osteonecrosi espontànies.

A la fase inicial, la radiografia del genoll pot ser normal. A mida que s'agreuja la malaltia, es pot observar un col·lapse subtil de la superfície i amb la progressiva pèrdua de l'os subcondral es produeix un col·lapse i s'observa clarament un anell escleròtic al voltant de la lesió. La RM és molt més sensible que la radiografia i la gammagrafia òssies per a la detecció precoç de l'osteonecrosi, amb una sensibilitat del 99%. Les imatges potenciades a T1 mostren una àrea de baixa intensitat de senyal rodejada per una àrea de senyal intermitja a la zona d'osteonecrosi. A les imatges potenciades a T2, les àrees de necrosi són de baixa intensitat de senyal rodejades per una intensitat elevada<sup>5</sup>.

**Figura 1** RM del genoll dret



Tall coronal del genoll dret on s'observa una àrea de baixa intensitat de senyal rodejada per una àrea de senyal intermig al còndil femoral intern.

El tractament conservador es recomanable inicialment i en especial si la ONC és poc simptomàtica<sup>3,4</sup>. Senzillament, consisteix en limitar la càrrega de pes a la extremitat afectada i administrar analgèsics. Davant d'una evolució desfavorable als 3 mesos de seguiment la perforació múltiple del còndil sota artroscòpia pot proporcionar un benefici simptomàtic important encara que els casos més evolucionats amb col·lapse i afectació articular seran tributaris directament d'una protètzia total del genoll<sup>3,6</sup>.

El diagnòstic diferencial s'ha d'establir principalment amb les lesions meniscals i la osteocondritis dissecant de genoll<sup>3,7</sup>. Les lesions meniscals poden ser de causa traumàtica o degenerativa i es poden produir en pacients de totes les edats. Succeeixen més freqüentment al menisc intern que no pas a l'extern. L'inici del dolor és generalment sobtat i existeix una tumefacció intermitent. El pacient pot referir també la presència de sorolls i de bloqueig de l'articulació. El vessament articular i el dolor a la palpació de la interlínia articular són

dos signes molt freqüents. Aquest diagnòstic clínic s'acostuma a confirmar amb una RM. L'osteonecrosi dissecant de genoll afecta preferentment a pacients joves entre 15 i 20 anys, de sexe masculí amb una freqüència dos i tres vegades superior a la del sexe femení. El 50% dels casos té antecedents de traumatisme i els símptomes són d'inici gradual. El dolor és difús i s'associa a l'exercici. Els pacients poden presentar un dolor agut i un bloqueig si es produeix un desprendiment del fragment osteocondral. Es creu que l'osteonecrosi dissecant de genoll es genera per una sobrecàrrega repetitiva que dona lloc a una lesió òssia focal. El diagnòstic s'estableix radiològicament a la majoria dels casos, observant-se una lesió a la cara posterolateral del còndil femoral intern a prop de l'osca intercondílea. La RM pot ajudar-nos si existeixen dubtes. Finalment una entitat més infreqüent però que pot donar una simptomatologia similar a la cara interna del genoll és la bursitis de la pota d'ànec. El dolor es troba localitzat a la part interna proximal de la tibia, per sota de la línia articular. Es pot palpar tumefacció i augment de grandària de les bosses sinovials. En aquests casos el diagnòstic es pot confirmar mitjançant la injecció de lidocaina a l'àrea afectada o bé mitjançant una RM.

## Bibliografia

1. Abeles M, Urman JD, Rothfield NF. Aseptic necrosis of bone in systemic lupus erythematosus. Relationship to corticosteroid therapy. *Arch Intern Med* 1978; 138: 750-754.
2. Mankin HJ. Nontraumatic necrosis of bone (osteonecrosis). *New England J Med* 1992; 326: 1473-1479.
3. Mont MA, Baumgarten KM, Rifai A, Bluemke DA, Jones LC, Hungerford DS. Atraumatic osteonecrosis of the knee. *J Bone Joint Surg* 1995; 77-A: 459-474.
4. Motohashi M, Morii T, Koshino T. Clinical course and roentgenographic changes of osteonecrosis in the femoral condyle under conservative treatment. *Clin Orthop* 1991; 266: 156-161.
5. Pollack MS, Dalinka MK, Kressel HY, Lotke PA, Spritzer CE. Magnetic resonance imaging in the evaluation of suspected osteonecrosis of the knee. *Ske. Radiol* 1987; 16: 121-127.
6. Soucacos PN, Xenakis TH, Beris AE, Soucacos PK, Georgoulis A. Idiopathic osteonecrosis of the medial femoral condyle. Classification and treatment. *Clin Orthop* 1997; 341: 82-89.
7. Williams JS, Bush-Joseph CA, Bach BR. Osteochondritis dissecans of the knee. *Am J Knee Surg* 1998; 11: 221-232.

## CAS CLÍNIC

Pacient home de 73 anys d'edat que viu sol; l'acompanyen uns amics a la consulta perquè ens mostri una lesió de més de 6 mesos d'evolució per la que el pacient no havia volgut consultar, tanmateix explica una pèrdua de set quilos de pes en sis mesos.



Quin penseu seria el diagnòstic?

- a)- Metàstasi
- b)- Sarcoma de part toves
- c)- Melanoma
- d)- Carcinoma espinocel·lular



A l'analítica destaca: VSG: 104, PSA: 12.48, GGT: 90, hematíes: 3.65, Ht: 37, i Hb: 12.6, la resta normal.

Ecografia hepàtica: múltiples nòduls hepàtics sòlids als dos lòbuls, suggestius de malaltia hepàtica.

Amb el primers resultats s'envia al pacient a urgències de l'hospital de referència

El pacient resta ingressat a medicina interna amb sospita de sarcoma de part toves, la biòpsia informa de melanoma amb component exofític i creixement profund.

TAC toràcica i abdominal: extensa malaltia metastàsica amb ganglis afectats peritumoral, axil·lar dret, mediastínic i biliar i retroperitoneal alta, pulmonar, esplènica i suprarenal esquerra. Neumonitis obstructiva de lòbul inferior esquerre sense que es descarti lesió endobronquial lesions costals inespecífiques.

TAC cranial: metàstasi.

Tractament: radioteràpia pal·liativa ja que el melanoma sagnava, el malalt va restar ingressat a l'hospital de referència a la unitat de pal·liatius.

**Melanoma:** és un tumor maligne dels melanòcits, cèl·lules dendrítiques originades a la cresta neural i responsables de la síntesi de melanina. Localització: pell i menys freqüentment a mucoses, pel seu origen a la cresta neural es poden observar a retina i meninges.

És la causa més freqüent de mort entre les malalties cutànies, representa el 2,5% de tots els càncers i és el responsable de l'1-2% de les morts per càncer. S'ha detectat un increment sostingut en molts països occidentals des dels anys 60, sembla que a Austràlia comença a disminuir per les campanyes de protecció solar.

Factors de risc: A) nombre elevat de nevus, nevus atípics en pacients amb antecedents familiars de melanoma, lesions pigmentades amb canvis clínics B) història prèvia de melanoma, història familiar de melanoma, nevus atípics, fototip de pell clara C) cremada solar fàcil, lentígens múltiples, immunosupressió per transplantament (de major a menor risc)

Formes clíniques: a) Extensió superficial: qualsevol lloc, troncs-homes, cames-dones b) Nodular: qualsevol lloc c) Lentígen-melanoma: zones exposades, malar i pretemporal d) Acral: palmes, plantes, llit ungueal, superfície mucosa

Diagnòstic diferencial:

Lesions melanocítiques: nevus blau, lentígen simple, nevus de vulva.

L. epidèrmiques: queratosi seborreica, carcinoma basocel·lular pigmentat, L. vasculars: granuloma piogènic, hemangiomes, llac venós, sarcoma de Kaposi

Pronòstic: depèn de l'existència de metàstasi en el moment del diagnòstic i en cas negatiu de la profunditat en mm (índex de Breslow) i la presència d'ulceració, la ulceració és l'absència histològica d'epidermis per sobre del tumor. Altres factors pronòstics: nivell de Clark (a major nivell pitjor pronòstic pitjor si arriba a teixit gras subcutani), localització: cuir pilós, mans i peus pitjor pronòstic, sexe: dones millor pronòstic, edat: major edat, pitjor.

Tractament: cirurgia amplia una vegada feta la primera extirpació es realitza l'estadiatge microscòpic i segons el Breslow, la grandària de tumor i la localització es fa una ampliació de l'extirpació. Davant la sospita de melanoma s'ha de remetre al dermatòleg de referència de manera urgent.

Autors:

*Grup de Dermatologia de la societat catalana*

Fotografia: *Motserrat Andreu Miralles*

Revisió: *Montserrat Andreu Miralles, Marta Baldomà*

La resposta és melanoma.

## COMUNICACIONS

**EL NOMBRE DE LECTURES D'AUTOMESURA DE LA PA INFLUEIX EN EL DIAGNÒSTIC DE PACIENTS AMB SOSPITA D'HIPERTENSIÓ DE BATA BLANCA?**

Joan Bayó Llibre, Carme Roca Saumell, Antoni Dalfó Baqué, M<sup>a</sup> Montserrat Martín Baranera, M<sup>a</sup> Carmen Igualada Delgado, Francesc Xavier Cano Sanz

Comunicació premiada amb el primer premi

**OBJECTIU:** determinar si el nombre de lectures de la PA emprades en l'automesura de la PA domiciliària (AMPAd) afecta la seva capacitat diagnòstica quan sospitem hipertensió de "bata blanca" (HBB).

**DISSENY:** Estudi comparatiu prospectiu, per avaluar la utilitat d'una prova (AMPAd) en el diagnòstic d'HBB, utilitzant la MAPA com a referència.

**ÀMBIT:** 4 centres d'atenció primària.

**SUBJECTES DE L'ESTUDI:** S'inclogueren 156 pacients amb HTA essencial (estadis I-II) recent diagnosticats i sense tractament farmacològic.

**INTERVENCIONS:** utilitzarem esfigmomanòmetres OMRON 705-CP validats per l'AMPAd. Realitzarem lectures durant 3 dies laborables, tres lectures al matí i tres al vespre, enregistrades en paper. Utilitzarem monitors Spacelabs 90207 per la MAPA, amb lectures cada 30 minuts diürnes i cada 20, nocturnes. Per al diagnòstic d'HBB s'emprà el promig diürn de PA <135/85 mmHg com punt de tall.

**RESULTATS:** La PA amb totes les lectures (TL) 137,1/82,2 mmHg (DE 13,7/8,2) era superior a la PA sense el primer dia (SPD) 135,7/81,5 mmHg (DE 14/8,2) o sense primer dia i la primera lectura matí-vespre (SMV) 133,9/80,8 mmHg (DE 13,6/8,2)  $p < 0,001$ .

Amb TL la sensibilitat (S) fou 47,6%, especificitat (E): 77,4%, VPP 58,8% i VPN 68,6%. Eliminant les lectures del primer dia: S 57,1, E 73,1, VPP 59% i VPN 71,6%. I en eliminar a més les primeres lectures de cada bloc (3matí / 3 vespre): S 61,9%, E 64,5%, VPP 54,2% i VPN 71,4%.

**CONCLUSIONS:** En l'AMPAd per al diagnòstic d'HBB, caldria eliminar només les lectures del primer dia per obtenir els millors resultats en les mesures d'efectivitat de la prova.

**RISC D'ESDEVENIMENTS CARDIOVASCULARS EN RELACIÓ AMB DIVERSES TERÀPIES FARMACOLÒGIQUES HIPOTENSORES**

Joan Josep Cabré Vila, Francisco Martín Luján, Yolanda Ortega Vila, Joan Lluís Frigola Marcet, Cristina Jiménez Rodríguez, M<sup>a</sup> Teresa García Vidal

Comunicació premiada amb el segon premi

**OBJECTIU:** Avaluar la utilitat de diferents grups terapèutics hipotensors sobre el grau de control de las xifres tensionals.

**DISSENY:** Estudi observacional prospectiu multicèntric

**ÀMBIT:** Atenció primària de salut, 39.000 habitants.

**SUBJECTES:** pacients hipertensos, lliures de malaltia cardiovascular (MCV). Es realitzen 5 anys de seguiment.

**MESURAMENTS I INTERVENCIONS:** S'enregistren dades sociodemogràfiques, clinicoanalítiques i terapèutica emprada en monoteràpia lliurement assignada pel seu metge de capçalera, així com esdeveniments cardiovasculars de tot tipus (coronaris, cerebrovasculars i perifèrics). Es realitza anàlisi estadística bàsica (SPSS) i corbes de Kaplan-Meier.

**RESULTATS:** 563 individus hipertensos, d'edat mitjana 62,4+11,6 anys, 348 dones (61,8%). Varen rebre monoteràpia hipotensora 226 pacients, precisant més d'un fàrmac la resta. El control estricte de PA (xifres inferiors a 140/90 mmHg; o inferiors a 130/80 als diabètics) es va aconseguir en 167 individus (73%) dels que rebien monoteràpia.

En el grup total es va observar una disminució de la pressió de pols (PP) de  $-4,18$  mmHg i unes complicacions cardiovasculars del 19,2%.

Les corbes de supervivència en monoteràpia varen mostrar que el menor impacte de MCV es produí al grup que prenia diürètics, seguit dels IECA i betabloquidians. La reducció de PP mitjana fou  $-6,13 \pm 16,3$  mmHg en el grup dels diürètics, el qual es va acompanyar del menor percentatge de complicacions (9.8%) ( $p < 0,001$ ).

**CONCLUSIONS:** El nombre de pacients ben controlats en monoteràpia és elevat. A major disminució de PP, millor pronòstic cardiovascular. Existeixen diferències entre grups de fàrmacs respecte l'aparició de MCV.

**PARAULES CLAU:** Hypertension, Antihypertensive drugs, Cardiovascular disease.

## ES POT MILLORAR LA CAPACITAT RESOLUTIVA DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA EN CARDIOLOGIA?

Beatriz Escorihuela Martínez, Montserrat Verdú Arnal, Josep Casajuana Brunet, Begoña Iglesias

Comunicació amb accèssit

L'anàlisi de la Capacitat Resolutiva (CR) d'un Equip d'Atenció Primària (EAP) a través del nivell de derivació (ND) i la seva comparació amb el ND d'altres EAP, ens indiquen aquells amb major possibilitat de millora en els que es podria realitzar una activitat formativa.

**OBJECTIUS:** Descriure la variabilitat entre els EAP del nivell de derivació a cardiologia i els motius més freqüents de derivació.

**DISSENY:** Ecològic descriptiu.

**EMPLAÇAMENT:** Atenció Primària.

**SUBJECTES:** Serveis de medicina general (MG) de 47 EAP d'un àrea urbana.

**MESURES I INTERVENCIIONS:** Per a cada EAP s'ha calculat: nivell de derivació de cardiologia (ND= derivacions de l'EAP / població atesa assignada\*100); coeficient variabilitat ( $CV = \frac{p90-p10}{p90+p10}$ ); capacitat resolutiva (CR= ND del EAP/ND de Barcelona). Motius de derivació de 4 EAP (registres d'un hospital de la ciutat).

**RESULTATS:** El ND màxim fou de 11,7 i el mínim de 0,3.

	Nº derivacions	Nivell de Derivació	CRmàx-CR mín	Variabilitat (CV)
Cardiologia (global)	32085	4,6	1,21	0,68

Motius de derivació:

MOTIU	N	%	ND
Cardiopatia isquèmica	226	24,1	4,0
Arritmies	150	14	2,6
Cardiopatia hipertensiva	71	7,6	1,3
Cardiopatia valvular	71	7,6	1,3
ALTRES	420	44,8	

**CONCLUSIONS:** S'ha observat una important variació entre els EAP en el ND a cardiologia i en la CR. Els tres motius de derivació més freqüents representen el 45% de les derivacions a Cardiologia, i són patologies abordables des de l'AP. S'haurien de planificar intervencions formatives per millorar el maneig d'aquestes patologies en els EAP amb menor CR.

## IMPACTE CLÍNIC I FARMACOECONÒMIC DE L'APLICACIÓ DE DIFERENTS GUIES SOBRE HIPERCOLESTEROLÈMIA

César Asenjo Vázquez, María Ponce de León Roca, Rosario Corio Andujar, Francisco Javier Tovillas Moran, Nuria Peñalver Cabré, Olga Otero Bermejo

Comunicació amb accèssit

**OBJECTIUS:** Impacte clínic i farmacoeconòmic d'aplicar dues guies terapèutiques i la taula adaptada de l'estudi REGICOR (TA-REGICOR) sobre la indicació de tractament hipolipemiant.

**DISSENY:** Estudi descriptiu transversal per mostreig consecutiu.

**ÀMBIT:** Àrea Bàsica urbana

**SUBJECTES:** 413 pacients hipercolesterolèmics sense malaltia cardiovascular.

**METODOLOGIA I INTERVENCIÓ:** Recollim: edat, sexe, antecedents familiars de cardiopatia isquèmica, tabaquisme, HTA (TAS-TAD), DM, HVI, perfil lipídic previ al tractament actual, tractament (dosi i PVP+IVA), RCV amb la taula de Framingham, RCV amb TA-REGICOR, indicació terapèutica segons G-ICS, G-ICS amb TA-REGICOR i ATP-III.

Comparem l'abordatge terapèutic actual amb el recomanat per G-ICS, G-ICS-REGICOR i ATP-III.

Estudiem l'impacte farmacoeconòmic d'aplicar cadascuna d'aquestes recomanacions en relació al tractament actual i les possibilitats d'estalvi segons quina s'utilitzi.

**RESULTATS:** La concordança del càlcul del RCV entre les dues taules és molt dèbil (índex kappa 0,066) i de la intervenció terapèutica entre G-ICS-REGICOR i G-ICS és moderada (IK 0,535), mentre que amb ATP-III és molt dèbil (IK 0,099).

L'aplicació de la G-ICS a la teòrica població hipercolesterolèmica de la nostra àrea en relació amb el tractament actual pot suposar l'estalvi de 520.605 /any i de la G-ICS-REGICOR 812.709 /any.

La concordança del tractament actual és dèbil amb la G-ICS-REGICOR i amb l'ATP-III (IK 0,286 i 0,301 respectivament), mentre que amb la G-ICS és moderada (IK 0,445).

**CONCLUSIONS:** La concordança del càlcul del RCV entre TA-REGICOR i Framingham és molt baixa. L'impacte de la seva aplicació sobre el tractament hipolipemiant seria molt important, sobretot amb ATP-III, i pot representar una aproximació més raonable al càlcul del RCV en el nostre medi, encara que la translació directa del llindar del 20% no és segurament adequada.

L'aplicació de la G-ICS de hipercolesterolèmia en la pràctica diària permet racionalitzar la nostra intervenció terapèutica i representa una important oportunitat d'estalvi.

## LA FUNCIÓ DE FRAMINGHAM SOBREALORA EL RISC CEREBROVASCULAR ASSOCIAT A LA DIABETIS I A LA SÍNDROME METABÒLICA EN POBLACIÓ ESPANYOLA

Joan Josep Cabré Vila, Bernardo Costa Piñol, Francisco Martín Luján, Josep Lluís Piñol Moreno, Josep Basora Gallisà, Jordi Bladé Creixenti

**OBJECTIUS:** Estimar el risc cerebrovascular (CBV) de la diabetis, en el context de la síndrome metabòlica (SM) o fora d'ell, atenent als criteris de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i del *National Cholesterol Education Program* (NCEP).

**DISSENY:** Estudi multicèntric i prospectiu de cohorts.

**EMPLAÇAMENT:** Atenció primària de salut.

**PARTICIPANTS:** Subjectes entre 55-85 anys lliures de malaltia CBV inclosos des de 1998 en una mostra poblacional aleatòria i representativa pel seguiment de la SM.

**MESURES PRINCIPALS:** El risc CBV es va estimar amb l'escala de Framingham aplicant un algoritme informàtic de càlcul automàtic i un disseny factorial per diagnòstics (diabetis i/o SM). Es va comparar el risc teòric amb la incidència real d'esdeveniments CBV (1998-2003).

**RESULTATS:** Entre 728 subjectes (412 dones, edat mitjana=66 anys, índex de massa corporal=29 kg/m<sup>2</sup>), 457 (62,8%) no tenien ni diabetis ni SM, 93 (12,8%) SM sense diabetis, 72 (9,9%) diabetis sense SM i 106 (14,5%) ambdues (via OMS). Segons els criteris del NCEP, aquestes proporcions foren 60,7%, 14,8%, 7,8% i 16,7%. El risc CBV mitjà a 10 anys pels quatre grups (OMS/NCEP) va ser: 8,4/9,1%, 10,8/10,5%, 18/17,3% i 18,8/19,1%, respectivament. La incidència acumulada d'esdeveniments CBV fou

2,8%, 1,4%, 5,4% i 3,8% (OMS) i 2,5%, 2,8%, 3,5% i 5,8% (NCEP).

**CONCLUSIONS:** El risc CBV calculat mitjançant la fórmula de Framingham és molt elevat en subjectes amb diabetis, amb independència de la seva integració en la SM. És molt probable que l'escala també sobredimensioni aquest risc en població espanyola.

**PARAULES CLAU:** Diabetis, Síndrome metabòlica, Síndrome X, Malaltia cerebrovascular, Risc cerebrovascular.

## GRAU DE CONTROL DELS FACTORS DE RISC PREVI A UN PRIMER EPISODI D'ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (AVC)

*M<sup>a</sup> Carmen Rosas González, Lourdes Rofes Ponce, Ana García Solana, Carlos Valero García, Alba Aguado Jodar, Flora López Simarro*

**OBJECTIU:** Grau de control dels factors de risc previ a l'AVC.

**TIPUS D'ESTUDI:** Estudi descriptiu retrospectiu.

**EMPLAÇAMENT:** ABS amb població assignada: 23.501 habitants.

**SUBJECTES:** Tots els pacients amb diagnòstic d'AVC presentat de 1/gener/2000 fins 30/juny/2003. Obtenció dels pacients a partir del full d'alta de l'hospital comarcal de referència i controlats a l'ABS.

**MESURES I INTERVENCIONS:** Variables: edat, sexe, tipus d'AVC, factors de risc (HTA, DM, Dislipèmia, AcxFA, Tabac) i grau de control.

Bon control: TA <140/90, HbA1c: <8%, LDL<160mg/dl, AcxFA tractada (antiagregants o anticoagulants), no consum de tabac. Font de registre: històries clíniques(en suport informàtic i paper) de l'ABS.

**RESULTATS:** La població estudiada és de 67 individus. Edat mitjana: 77.8 anys. DE: 10.8. Homes 52.2%, dones: 47.8%. Tipus d'AVC: infart cerebral 79.1%, hemorràgia cerebral 7.5% i accident isquèmic transitori 13.4%. Dels pacients estudiats, el 55.2% constaven com a hipertensos, dels quals el 24.3% estaven ben controlats; el 28.4% constaven com a diabètics dels quals el 21% amb un control correcte; el 25.4% eren dislipèmics, dels quals el 23.5% presentaven un bon control; el 16.4% presentaven AcxFA, dels quals el 81.8% rebien tractament i el 16.4% constaven com a no fumadors.

El grau de control dels factors de risc per un primer episodi d'AVC que consta a les històries clíniques és molt baix. Això podria ser atribuïble principalment a les deficiències en el registre de les variables estudiades, a la manca de compliment per part dels pacients i a l'elevada pressió assistencial del centre.

## TRACTAMENT AMB RISPERIDONA I APARICIÓ D'ACCIDENTS VASCULOCEREBRALS EN PACIENTS AMB DEMÈNCIA

*M<sup>a</sup> Dolors Rivero Gemar, M<sup>a</sup> Jesús González Moneo, Carmen Mayorgas Mayorgas, Magda Pié Oncins*

**OBJECTIUS:** Valorar l'existència d'un excés de casos d'accidents vasculocerebrals (AVC) en pacients amb demència tractats amb risperidona i altres neuroleptics durant quatre setmanes o més respecte als no tractats.

**DISSENY:** Estudi descriptiu retrospectiu.

**ÀMBIT D'ESTUDI:** Dos centres d'Atenció Primària de la ciutat de Barcelona.

**SUBJECTES:** 181 pacients majors de 65 d'anys amb demència atesos entre l'1 de gener de 1999 i el 15 de juny de 2004.

### MESURAMENTS:

Tipus de demència, tipus de neuroleptic, nombre d'AVC totals (anterior i posterior al tractament), factors de risc cardiovascular (Hipertensió arterial-HTA-, Dislipèmia, Diabetis Mellitus-DM-, Tabaquisme), antiagregació-anticoagulació i variables sociodemogràfiques.

**RESULTATS:** L'edat mitja fou 81+ 7,3 anys i 123 (68%) eren dones. Un 45,9 % eren demència tipus Alzheimer i un 29,3 % tipus vascular. Dels 181 pacients, 121 foren tractats amb neuroleptics durant més de quatre setmanes. 2 pacients dels 17 tractats amb haloperidol van presentar un ictus posterior a l'inici del tractament. 4 de 87 tractats amb risperidona van presentar-ho. No van haver-hi diferències significatives (p=0,97).



No es van trobar diferències en edat ni sexe dels grups ( $p=0,107$ ) ni en el tipus de demència. Es va trobar més diabètics en grup de risperidona ( $p=0,021$ ) i més cardiopatia embolígena en grup d'edat de 75 a 84 anys ( $p=0,041$ ) i també en les demències vasculares ( $p=0,019$ ).

**CONCLUSIONS:** No trobem un augment de risc d'AVC en pacients grans amb demència tractats amb risperdal, malgrat que la mostra és petita.

## PÒSTERS

### CÁLCULO DEL RIESGO CORONARIO EN LOS USUARIOS DE UN CONSULTORIO LOCAL

*José Antonio Morales del Río, Pere Godoy García, Manel García García, Jesús Pujol Salud, Ramon Mazana Novellon, Andreu Alabat Teixidó*

**OBJETIVO:** Describir el riesgo coronario de una población rural.

**DISEÑO:** Descriptivo transversal.

**EMPLAZAMIENTO:** Población consultante de un consultorio local.

**PACIENTES:** 150 usuarios, censados y con historia clínica en la localidad con edades comprendidas entre los 30 y 74 años de edad, ambos inclusive.

Mediciones y resultados principales. La muestra no fue representativa de la población general de la localidad. El riesgo coronario medio de los individuos de la muestra de entre 30-45 años fue de 3,2 (IC 95% 2,3-4,1), entre los de 46-60 años fue de 10,3 (IC 95% 8,7-11,86) mientras que entre los de 61-74 años fue de 10,5 (IC 95% 12,9-17,4). El 55,5% de los pacientes de la muestra estaba libre de factores de riesgo mientras que la prevalencia de los diferentes factores de riesgo fue de: hipertensión 14,6%, hipercolesterolemia 8,6%, diabetes 7,3%, tabaquismo 20,6%, hipertrofia ventricular izquierda 2,6%. Los valores medios de c-HDL fueron de 58,2mg/dl mientras que el cociente de los valores medios de c-total y c-HDL fue 3,5. El RC es bajo en el 45,3% de la muestra, medio en el 45,3% y alto en el 13,4%.

**CONCLUSIÓN:** La prevalencia de hipertensión, hipercolesterolemia y tabaquismo es más baja que en otros estudios mientras que las cifras de diabetes e HVI son similares a los de otras poblaciones de España. Los valores medios de c-HDL (58,2mg/dl) y el cociente de los valores medios de c-total y c-HDL es 3,5 son considerados favorables.

### PREVALENÇA DELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR EN DONES MENOPÀUSIQUES

*Lidia Viló Viló, Laura García Esteve, Inocencia Bobadilla Machin, M<sup>a</sup> Antonia Navarro Echevarría, Josep Fusté Alis*

**OBJECTIU:** Identificar els factors de risc cardiovascular i calcular el risc de patir un event coronari als deu anys mitjançant la Taula de Framingham i la taula de les Societats Europees, en dones menopàusiques d'una àrea bàsica rural durant l'any 2003.

**DISSENY:** Estudi descriptiu de prevalença

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** Àrea bàsica rural.

**SUBJECTES:** Població de 5200 habitants, 850 són dones de 50 a 80 anys. Selecció mitjançant mostreig sistemàtic simple, a partir del cens, d'una mostra de 250 dones menopàusiques, obtenint resposta de 187. Presentem resultats parcials de 81.

**MESURAMENTS I INTERVENCIÓNS:** Determinació de la prevalença dels factors de risc cardiovascular (antecedents familiars i personals d'events cardiovasculars, tabac, obesitat, sedentarisme, hipertensió arterial (HTA), diabetis mellitus (DM), dislipèmia (DLP)), i càlcul del risc coronari als deu anys amb la Taula de Framingham (risc lleu, moderat o greu) i de les Societats Europees (risc baix, lleu, moderat, alt o molt alt).

**RESULTATS:** L'edat mitjana de la mostra és de 63,7 anys. El 12,3% tenien antecedents familiars d'events cardiovasculars i l' 1,2% antecedents personals. El 3,7% eren dones fumadores, el 91,4% obeses i el 45,7% sedentàries. El 39,5% tenien HTA, 4,9% DM i 30,9% DLP. Pel que fa al risc de patir un event coronari als 10 anys segons les Taules de Framingham el 97,5% tenien un risc lleu, el 2,5% moderat i el 0% greu. Segons les Taules de les Societats Europees el 2,5% tenien un risc baix, el 48,1% lleu, el 46,9% moderat, l'1,2% alt i l'1,2% molt alt.

**CONCLUSIONS:** Cal destacar l'obesitat, la dislipèmia i el sedentarisme com els principals factors de risc cardiovasculars en el nostre estudi. La prevalença d'HTA i DM és similar a la d'altres estudis de l'àmbit espanyol. La Taula de Framingham infravalora el risc de patir un event coronari en comparació de les Taules de les Societats Europees.

## PREVALENCIA DE FUMADORS SITUATS EN CADA GRUP DE LA CLASSIFICACIÓ DE RUSSELL EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

*Laura García Esteve, Lidia Viló Viló, Pere Godoy García*

**OBJECTIU:** Conèixer la prevalença de fumadors en les consultes d'atenció primària d'una àrea bàsica rural situats, segons la motivació i la dependència pel tabac, en cadascun dels grups de la classificació de Russell (preparats, preparables i no preparats per deixar de fumar).

**DISSENY:** Estudi descriptiu de prevalença.

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** Fumadors que consulten per qualsevol motiu en les consultes d'atenció primària d'una àrea bàsica rural.

**MESURAMENTS I INTERVENCIONS:** Durant l'estudi es va preguntar a tots els pacients que acudien a les consultes si eren fumadors. Als que ho eren se'ls va passar una enquesta on se'ls demanaven dades personals, dades relacionades amb el tabac, el test de Richmond per a valorar la motivació per deixar de fumar i el test de Fagerström per a valorar la dependència tabàquica. En funció d'aquests resultats es van distribuir en els quatre grups de la classificació de Russell.

**RESULTATS:** El 83% estaven dins del grup de fumadors no preparats per a deixar de fumar i només el 13,6% estaven preparats.

**CONCLUSIONS:** L'atenció primària és un lloc idoni per a intervenir contra el tabaquisme tanmateix els esforços s'han de centrar en el subgrup de fumadors preparats per deixar de fumar. La prevalença d'aquests fumadors en una consulta d'atenció primària es considera baixa i per tant és un grup abordable mitjançant una estratègia oportunista.

## MANEIG DELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR EN ELS DM 2

*Xavier Genis Planella, Melanie Ardite Golücke, Josep Aubà Llambrich, Josep Massons Cirera, Josep Juanola Costa, Juan José Montero Alia*

**OBJECTIUS:** Anàlisi del tractament i control dels factors de risc cardiovascular en DM 2. Comparació entre prevenció primària (PP) i secundària (PS).

**DISSENY:** Estudi descriptiu transversal.

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** Urbà.

**MATERIAL I MÈTODES:** Revisió d'històries clíniques d'una mostra representativa (n=400) de diabètics tipus 2 atesos en un ABS.

**RESULTATS:** 50% dones; Edat mitjana 66 anys ; 66% hipertensos ; 61% hipercolesterolèmics ; 17% fumadors; 20% ha patit event cardiovascular.

Comparant els dos grups, diabètics amb MCV (malaltia cardiovascular) vs diabètics sense MCV, obtenim els següents resultats:

36% dels pacients del grup MCV presenta control de HbA1c acceptable vs el 52% ( $p < 0,05$ ). No hi ha diferències significatives en el número de fàrmacs, sí en el tipus: es controlen amb dieta un 12% menys en el grup MCV i la utilització d'Insulina és un 6 % superior.

Presenten un colesterol total  $< 200$  un 46% del grup MCV vs el 28%; Sense diferències en LDL i HDL. Un 43% del grup MCV es controla amb dieta respecte un 60% i un 57% utilitza un o més fàrmacs respecte un 39%.

No hi ha diferències en el control de la tensió arterial. Sí respecte al número de fàrmacs.

El 86% del grup de PS prenen AAS vs un 20% en PP.

#### CONCLUSIONS:

- Més control metabòlic en pacients sense MCV.
- Diferent tractament farmacològic de la diabetis en ambdós grups
- Major ús d'estatines en els DM amb MCV.
- Més consum farmacològic pel tractament de la HTA en el grup amb MCV.
- Baixa utilització AAS en prevenció primària.

### FACTORS DE RISC CARDIOVASCULARS EN ELS NOUS HIPERTENSOS

*Francesc Barrio Torrell*

**OBJECTIUS:** Descriure la població hipertensa de nou diagnòstic i factors de risc cardiovasculars associats.

**TIPUS D'ESTUDI:** Estudi descriptiu mitjançant una auditoria de qualitat.

**SUBJECTES:** Tots els hipertensos diagnosticats i reinformatos en sistema informàtic per la gestió del HCAP (SIAPWIN), durant Agost 2003-Agost 2004.

**ÀMBIT:** ABS urbana de 25.071 habitants.

**MESURES:** Les variables recollides són : sexe, edat, factors de risc associats com la Diabetis Mellitus (DM) tipus 2, dislipèmia (DLP), obesitat, tabaquisme, consum enòlic de risc ( $>40$  g/dia en homes i  $> 24$  g/dia dones), risc cardiovascular (RCV). Crisi d'HTA i estadiatge HTA.

**RESULTATS:** S'obtenen un total de 119 individus. El 52,9% són homes, amb edat mitjana de  $58.1 \pm 11.85$  anys. Factors de risc cardiovasculars: DM 10.9%, DLP 37.8%, obesitat 50.4%, bevedor de risc 6.7%, fumador 17.5%. Un 14,3% tenen RCV superior a 20% i d'aquests un 17.6% prenen AAS. Estadiatge HTA: estadi normal-alt 5.9%, estadi I 55.5%, estadi 2-3 38.8%. Només un 5,9% del total d'hipertensos havien presentat en alguna ocasió xifres de més de 210/120 mmHg.

**CONCLUSIONS:** Entre els nous HTA predominen els homes amb edat 47-69 anys. La majoria pertanyen a l'estadi I d'HTA. El factor de risc més prevalent és la obesitat.

### EXPERIÈNCIA D'UN GRUP DE CONTENCIÓ EN DONES OBESES AMB UN O MÉS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR

*Lourdes Clotas Sancho, Ester Ras Vidal, Milagros Velasco Gutiérrez, Olga Briones Carcedo, M<sup>a</sup> Asunción García Uriarte, Filomena Calamote Manso*

**OBJECTIUS:** donar eines i coneixements bàsics per: elaborar una dieta mediterrània equilibrada i fomentar hàbits de vida saludables en pacients obeses per aconseguir disminució de pes i millor control dels factors de risc cardiovascular (FRCV).

**DISSENY:** intervenció comunitària educativa realitzada per 2 professionals d'infermeria (observador i conductor).

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** ABS periurbana, 8000 habitants, nivell socioeconòmic mig-baix.

**SUBJECTES:** 12 dones d'edat entre 35-65 anys, amb IMC  $>30$  i un o més FRCV, triades per mostreig aleatori entre les pacients a les que es va prescriure dieta hipocalòrica.

**MESURAMENTS I INTERVENCIONS:** Sessió setmanal de 1 hora de durada, durant 6 setmanes. En la primera es van donar nocions bàsiques de dieta mediterrània (piràmide de Oldways) de 1400 calories, exercici físic i hàbits de vida saludables entregant un dossier informatiu. Resta de sessions: es mesuraven pes, TA i posteriorment posada en comú d'experiències i dubtes. Al inici del estudi es va fer una enquesta alimentària individual a cada pacient i una anàlisi amb perfil lipídic que es va repetir en acabar.

#### RESULTATS:

Totes les pacients:

- van aprendre a elaborar la dieta mediterrània,
- milloraren el pes
- practicaven exercici diàriament

Disminució de RCV en 9 pacients i en 3 no es va modificar

**CONCLUSIONS:** El tractament en grup ens sembla una bona eina per fer educació sanitària. Es van observar en les pacients un grau de motivació i participació molt superiors als trobats en consulta individual. En tots els casos es va aconseguir reducció de pes i millorar hàbits de vida

#### POLITERÀPIA AMB HIPOTENSORS: QUANT MÉS BAIXA LA PRESSIÓ, MILLOR?

Joan Josep Cabré Vila, Francisco Martín Luján, Yolanda Ortega Vila, Cristina Jiménez Rodríguez, M<sup>a</sup> Teresa García Vidal, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà

**OBJECTIU:** Avaluar la utilitat de diferents associacions terapèutiques hipotensores sobre el grau de control de les xifres tensionals i l'aparició de malaltia cardiovascular.

**DISSENY:** Estudi observacional prospectiu multicèntric de 5 anys de seguiment.

**ÀMBIT:** Atenció primària de salut urbana, 39000 habitants.

**SUBJECTES:** pacients hipertensos, lliures de malaltia cardiovascular (MCV).

**MESURAMENTS I INTERVENCIONS:** S'enregistren dades sociodemogràfiques, clínicoanalítiques i terapèutica emprada lliurement assignada pel seu metge de capçalera, així com esdeveniments cardiovasculars de tot tipus (coronaris, cerebrovasculars i perifèrics). Es realitza anàlisi estadística bàsica (SPSS<sup>®</sup>) i models d'anàlisi de la variància (ANOVA) (G-Stat<sup>®</sup>).

**RESULTATS:** 563 individus hipertensos, d'edat mitjana 62,4±11,6 anys, 348 dones (61,8%). 125 pacients no van ser tributaris de tractament farmacològic hipotensor, varen rebre monoteràpia hipotensora 226 pacients, i 212 varen precisar més d'un fàrmac. La següent taula descriu els valors de reducció de pressió de pols (PP), així com el número d'esdeveniments tant cardiovasculars (CV) com cerebrovasculars (CBV) a diferents grups d'associacions de fàrmacs:

Associació	Reducció PP	Events totals	Events CBV	Distribució
1+2	-6,67±18,5	13,7%	4,1%	22H:51D
2+6	-10,1±24,7	15%	5%	9H:11D
1+4	-3,19±17,4	11,7%	0%	4H:13D
1+6	-2,51±18,7	25%	18,7%	3H:13D
1+3	-5,20±16,8	41,6%	0%	2H:12D
1+2+6	-4,25±25,7	50%	8,3%	6H:6D

1=diürètics; 2=IECA; 3=ARAI; 4=beta-blocadors; 5=alfa-blocadors; 6=calci-antagonistes; 7=altres grups terapèutics; H=homes; D=dones.

Globalment considerats, als grups de politeràpia s'han observat 47 (22,1%) events CV amb un 4,2% d'esdeveniments CBV. La interacció entre els principals grups terapèutics, segons models d'ANOVA, mostra que la major reducció global a la PP es produeix quan s'associen alfa-blocadors amb altres hipotensors, o bé beta-blocadors amb antagonistes del calci.

**Conclusions:** En general, els tractaments que aconseguen majors reduccions de PP es tradueixen en una menor incidència de complicacions. No obstant, sembla que existeixen diferències intergrups respecte aquesta evolució.

**EXISTEIXEN DIFERÈNCIES EN LA QUALITAT DE VIDA EN PACIENTS AMB MALALTIA CORONÀRIA**

Montserrat Velasco Carrera, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà, M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Yolanda Ortega Vila, Silvia Onrubia Castro, Teresa Basora Gallisa

**OBJECTIU:** Conèixer el perfil laboral del pacient amb malaltia coronària (MC) i la repercussió en la percepció de salut.

**DISSENY, SUBJECTES I ÀMBIT:** Estudi descriptiu transversal dels subjectes amb MC atesos en un centre urbà (Població 20.600 usuaris).

**MATERIAL I MÈTODES:** Revisió sistemàtica d'usuaris diagnosticats de MC en qualsevol de les seves formes (infart de miocardi, angor estable i inestable) atesos al 2003. Variables d'estudi: edat, sexe, esdeveniment cardiovascular i situació laboral (actiu, incapacitat transitòria-IT i jubilat). Se-l's autoadministrà el qüestionari qualitat de vida SF-36.

**RESULTATS:** 78 subjectes amb MC (74,4% homes), edat mitjana de 59,9+7,9 anys (rang: 43-72). Temps promig d'evolució de malaltia 5,7+5,1 anys. Tipus: angor estable 25,6%, inestable 20,5%, infart 53,8%. Situació laboral: actiu 30,7%, incapacitat 14,1% i 55,1% jubilats. Només 27 (34,6%) retornaren la SF-36; d'aquests 22 (81,5%) homes. Respecte situació laboral no es demostraren diferències significatives que si s'evidenciaren en quan al tipus de MC: 5 amb malaltia estable (25% del seu grup), 14 amb infart (33,3% del seu grup) i 8 amb angor inestable (50% del seu grup) ( $p < 0,01$ ). La SF-36 demostrà deteriorament ( $< 50$ ) en els camps de percepció general de salut i vitalitat.

**CONCLUSIONS:** La malaltia coronària predomina en homes a la sisena dècada de la vida. Dos terços no té una vida laboral activa. L'acompliment d'enquestes de qualitat de vida és baix, particularment entre les dones i subjectes amb malaltia estable. El SF-36 mostra deteriorament en l'àrea de percepció general de salut i vitalitat.

**PARAULES CLAU:** coronariopatia, qualitat de vida, percepció

**IMPORTÀNCIA DEL CANVI DE L'ESTIL DE VIDA EN PACIENTS RECENTMENT DIAGNOSTICATS D'HTA**

Montserrat Velasco Carrera, M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Silvia Onrubia Castro, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà, Yolanda Ortega Vila, Teresa Basora Gallisa

**OBJECTIU:** conèixer l'evolució dels pacients diagnosticats d' HTA amb risc cardiovascular moderat, valorant idoneïtat terapèutica.

**ÀMBIT:** ABS urbà (19.000 usuaris).

**ESTUDI:** descriptiu retrospectiu transversal.

**MATERIAL I MÈTODES:** 50 històries clíniques triades aleatoriament amb HTA i risc cardiovascular inferior a 15%. Variables: edat, sexe, temps diagnòstic, tabaquisme, obesitat, consell: antibac dietètic, exercici físic, idoneïtat d' iniciar tractament (considerant valors registrats de tensió/factors de risc segons 6è JNC), fàrmac utilitzat, realització d' ECG, fons d' ull i microalbuminúria.

**RESULTATS:** 58% dones. Edat mitjana 54. Fumadors 42%, consell antibac 78%. Obesos 52,8%. Temps mig diagnòstic: 21,7 mesos. Consell dietètic: 74%, recomanacions exercici: 40%, idoneïtat d'iniciar tractament farmacològic: 76%. D'aquests, correcte respecte xifres tensionals  $> 160/100$  o esgotant el canvi d'estil de vida: 52,6%, la resta, correcte per  $TA > 145/95$ , però s'inicia des del diagnòstic sense esperar l'efectivitat dels canvis d'estil de vida. Tractament farmacològic: 40% diurètics, 20% betabloquers, 18% IECA, 32% ARA II, 14% calci antagonistes, 2% altres. 54% porten fàrmac no justificat, 32% porten més d' un fàrmac i d' aquests el 75% estava indicat tractar. ECG 74%, microalbuminúria 48%, fons d'ull 34%.

**CONCLUSIONS:** Aquest grup de pacients cal tractar-lo farmacològicament un cop exhaurides les possibilitats de control amb canvis d'estil de vida, però els medicalitzem abans.

Cal reflexionar l'elevat n<sup>o</sup> d'ARA II utilitzat, sense tenir en compte el baix RCV i les indicacions d'aquests.

Cal potenciar el consell dietètic i l'exercici així com el seu registre.

**PARAULES CLAU:** hipertensió arterial, fàrmacs, modificació d'estil de vida



**CAL QUE TRACTEM ALS NOSTRES PACIENTS PREHIPERTENSOS?**

Montserrat Velasco Carrera, M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Silvia Onrubia Castro, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà, Yolanda Ortega Vila, Teresa Basora Gallisa

**OBJECTIU:** Avaluar l'impacte de les recomanacions del 7è informe del Joint National Committee (7JNC) en la classificació i estratificació del risc dels subjectes atesos al nostre àmbit.

**DISSENY, SUBJECTES I ÀMBIT:** Estudi observacional, transversal i multicèntric (4 centres) a l'atenció primària.

**MATERIAL I MÈTODES:** Mostreig sistemàtic de subjectes de 35-74 anys atesos al 2003, diagnosticats d'hipertensió o normotensos amb pressió arterial (PA) sistòlica i diastòlica <140/90 mmHg. S'informatitzen: edat, sexe, tabaquisme i factors de risc, PAS, PAD, glicèmia, perfil lipídic i RCV segons Framingham.

**RESULTATS:** S'analitzen 754 individus amb edat mitja de 59,94±19,8 anys (55,4% dones), 41 (5,4%) fumadors, 216 (28,7%) diabètics, 264 (35%) dislipèmics i 222 (30%) obesos. Estratificant segons PA, 308 subjectes (40,8%) presentaven xifres <120/80 mmHg, 135 (17,9%) entre 120-129/80-84, 142 (18,8%) entre 130-139/85-89 i 169 hipertensos (22,3%) amb bon control. Comparant aquests quatre grups s'evidencien diferències en la prevalença de tabaquisme (7,7% vs. 4,4% vs. 6,3% vs. 1,8% p=0,04), diabetis (22% vs. 23% vs. 32,3% vs. 41,3%; p<0,001), l'edat (54,4±22,8 anys vs. 55,4±19,2 vs. 62,9±15,8 vs 71,05±10,4; p<0,001) i nivell de colesterol (195,3±36,2 mg/dl vs. 204,3±43,9 vs. 211,9±36,4 vs 207,7±42,2; p=0,002). El risc cardiovascular augmenta directament amb les xifres de PA: 5,3±6,9 vs. 6,4±6,9 vs. 8,5±7,6 vs. 10,1±8,3, respectivament (p<0,001).

**CONCLUSIONS:** La prevalença de prehipertensió és elevada al nostre àmbit. Aquests subjectes presenten trets fenotípics intermedis entre normotensos i hipertensos. Aplicar els criteris del 7JNC suposaria etiquetar com malalts individus fins ara en la categoria de la normalitat i medicalitzar un subgrup de població amb baix risc cardiovascular.

**PARAULES CLAU:** Prehipertensió, RCV, JNC.

**INFLUEIX QUELCOM EN EL CONTROL DELS EVENTS CARDIOVASCULARS?**

Silvia Onrubia Castro, Montserrat Velasco Carrera, M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà, Yolanda Ortega Vila, Francisco Martín Luján

**OBJECTIUS:** Determinar les variables que condicionen el grau de control en els pacients que han patit un esdeveniment cardiovascular (ECV) en qualsevol de les seves formes (coronària, cerebrovascular i perifèrica).

**DISSENY, SUBJECTE I ÀMBIT:** Estudi observacional i multicèntric (4 centres) a l'atenció primària.

**MATERIAL I MÈTODES:** Mostreig sistemàtic dels subjectes atesos al 2003 amb evidència d'ECV. S'estudien dades socio-demogràfiques (edat i sexe), tabaquisme, factors clàssics de risc cardiovascular, pressió arterial (PA) sistòlica i diastòlica, IMC, perfil lipídic i glucohemoglobina A1c.

**RESULTATS:** S'analitzen 335 subjectes d'una edat mitjana de 72,3 ± 11,9 anys (54,6% dones), 131 (39,5%) diagnosticats de diabetis i 225 (67,8%) hipertensos. La prevalença de tabaquisme actiu va ser del 2,4%, mentre que un 4,8% havien deixat l'hàbit. 138 subjectes (43,3%) presentava un IMC>30 Kg/m<sup>2</sup> i 134 (45,9%) una PA >140/90 mmHg. El colesterol mitjà va ser 202,5 ± 38,1 mg/dl; únicament 71 (21,2%) subjectes van presentar xifres de cLDL <110 mg/dL, 111 (33,4%) cHDL >40 mg/dL i 67 (20%) triglicèrids <150 mg/dL. El 46% (61) diabètics presentaven A1c <6,5%. L'anàlisi multivariant va mostrar que sols l'antecedent d'hipertensió era predictor del bon control de PA (OR:0,10; IC95%:0,04-0,27) i la diabetis predictora d'un cLDL >110 mg/dl (OR:6,7; IC95%:2,1-21,1).

**CONCLUSIONS:** L'elevada prevalença de factors aterogènics modificables i el baix percentatge de pacients amb criteris de bon control en la població amb MCV, especialment entre els diabètics, exigeix mesures preventives integrals de major intensitat per a prevenir l'alt risc de recurrències.

**PARAULES CLAU:** metabolisme , control , event cardiovascular.

**ELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR i LA SÍNDROME METABÒLICA**

*Pere Beato Fernández, Teresa Rama Martínez, Manuel Medina Peralta, Javier Mármol Puy, Cristina Gutiérrez Portugal, Gregorio Pizarro Romero*

**OBJECTIU:** Analitzar la prevalença de la síndrome metabòlica (SM) i dels FRCV relacionats entre els pacients d'una consulta d'Atenció Primària.

**DISSENY:** Estudi descriptiu transversal observacional.

**ÀMBIT:** Una consulta d'un Centre d'Atenció Primària urbana.

**METODOLOGIA:** Criteris del ATP III 2001 (NCEP). Substituir perímetre abdominal per IMC. Càlcul de prevalències i freqüències.

**SUBJECTES:** Majors de 14 anys adscrits a la consulta. Desembre de 2004.

**VARIABLES:** Edat, sexe, registre de DM, glucosa basal alterada (GBA), HTA, IMC, HDL-colesterol i triglicèrids.

**RESULTATS:** En 1.834 pacients (52,1% dones) s'observen les següents prevalències:

- 20,1% HTA
- 7,6% DM
- 7% GBA
- 16,7% Obesitat
- 13,7% Hipertrigliceridèmia
- 7,1% HDL-colesterol baix.

Amb SM 183 (9,98%); 59,6% són dones; l'edat mitjana 63,7 anys (dones 66,2, homes 59,9). Dels pacients amb SM el 61,8% superen els 60 anys. Entre els majors de 60 anys el 28,6% presenten SM. Dels SM, el 34,4% tenen més de 3 FRCV.

Compleixen criteris de SM:

- 51,7% dels DM o GBA
- 42,3% dels HTA
- 40,2% dels obesos
- 56,2% dels pacients amb HDL-colesterol alt
- 46,2% dels hipertrigliceridèmics

Dels pacients amb SM:

- el 76% presenten DM o GBA
- el 85,3%, HTA
- el 72,1%, obesitat
- el 39,9%, xifres altes d'HDL-colesterol
- el 63,4%, hipertrigliceridèmia

**CONCLUSIONS:**

- Un de cada 10 adscrits té la SM.
- La SM és molt més freqüent en persones majors de 60 anys.
- Davant la presència d'un FRCV cal descartar la SM.
- HTA, DM o GBA i obesitat són els FRCV més prevalents a la SM.

**IMPLEMENTACIÓ EN ATENCIÓ PRIMÀRIA D'UN PROGRAMA DE GESTIÓ DE PATOLOGIES EN INSUFICIÈNCIA CARDÍACA**

*Josep Manel Picas Vidal*

**OBJETIU:** Dissenyar, implementar i avaluar l'efectivitat i eficàcia d'un programa de gestió de patologies en insuficiència cardíaca (IC) en Atenció Primària (AP).

**ÀMBIT:** 26 Equips d'AP urbans (546.506 habitants).

**SUBJECTES:** Pacients diagnosticats d'IC.

**INTERVENCIÓ:** El programa, dissenyat per un equip multidisciplinari d'AP (metges, infermeres, administratius i cardiòlegs) i implementat durant el 2005, consistirà en:

- Sessions formatives a professionals.
- Elaboració de material educatiu per a pacients.
- Guia de pràctica clínica i model predictiu d'estratificació del risc integrats en la història clínica informatitzada (HCI).
- HCI compartida entre nivells.
- Seguiment actiu per infermeres des d'un call-center bidireccional.
- Intervenció personalitzada d'infermeria en aquells pacients més complexos.
- Avaluació, monitorització i retroinformació contínua.

**DISSENY D'AVALUACIÓ:** Estudi quasiexperimental de dues cohorts de casos incidents: cohort control retrospectiva diagnosticada en 2003 (finalització seguiment 31 desembre 2004) i cohort intervenció prospectiva diagnosticada en 2006 (finalització seguiment 31 desembre 2007).

**VARIABLES:** Característiques de centre, pacient (sociodemogràfiques i clíniques) i resultats (perfil de prescripció, número de visites AP, especialitzada y urgències hospitalàries, taxa hospitalització, taxa readmissió, estança mitjana hospitalària, mortalitat i costos).

**ANÀLISI:** Descriptiu i bivariant (segons distribució i tipus de variable), regressió múltiple (lineal, Poisson i Cox) per a identificar factors associats a efectivitat i eficiència del programa.

**BENEFICIS ESPERATS:**

- Reducció de morbimortalitat.
- Millora de prescripció.
- Increment de capacitat d'autocura del pacient.
- Millora de coordinació entre nivells assistencials.
- Integració d'evidència científica a la pràctica assistencial.
- Sistema d'informació integral
- Incorporació de noves tecnologies i models predictius.

## ES POT EXTRAPOLAR EL RISC CARDIOVASCULAR PROPOSAT PEL PROJECTE SCORE MÉS ENLLÀ DELS 65 ANYS?

*José Miguel Baena Díaz, Anna Muñoz Rubio, Liliana Marcela Escobar García, Zaida García Rey, José Luis del Val García, Rosario Hernández Ibañez*

**OBJECTIUS:** Estudiar la correlació i la concordança del risc cardiovascular (RCV) per SCORE fins 65 i 74 anys en relació a la funció de Framingham, ja que molts events cardiovasculars es produeixen en >65 anys.

**DISSENY:** Estudi descriptiu transversal.

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** ABS urbana.

**SUBJECTES:** 851 pacients sense malalties cardiovasculars, seleccionats per mostreig aleatori simple amb edats entre 35 i 74 anys.

**MESURAMENTS I INTERVENCIÓ:** Es va calcular el RCV segons Framingham (1998) com a referència i es va comparar amb SCORE original (fins 65 anys) i amb SCORE fins 74 anys. La correlació es va estudiar mitjançant la *r* de Pearson i la concordança en relació als subjectes d'alt risc (20% en Framingham y 5% en SCORE als 10 anys, respectivament) pel coeficient *Kappa*.

**RESULTATS:** L'edat mitjana fou de 55,9 anys (DE 11,0), amb un 58,3% de dones. La correlació respecte a Framingham de SCORE fins 65 anys fou de 0,79 (0,81 en homes i 0,71 en dones), però amb SCORE fins 74 anys fou de 0,70 (0,77 en homes i 0,62 en dones). La concordança respecte a Framingham de SCORE fins 65 anys fou de 0,54 (0,53 en homes i 0,47 en dones), però fou millor en SCORE fins 74 anys, amb un *Kappa* de 0,64 (0,67 en homes i 0,52 en dones).

**CONCLUSIONS:** La correlació i la concordança de SCORE fins 65 anys i fins 74 anys mostren resultats diferents i valors moderats de concordança, sobretot en dones. Són necessaris més estudis abans de recomenar extrapolar SCORE fins als 74 anys.

### NECESSITEM NOUS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR DESPRÈS DE FRAMINGHAM I REGICOR? GAIREBÉ SEGUR QUE NO

*José Luis del Val García, José Miguel Baena Díez, Zaida García Rey, Ana Muñoz Rubio, Liliana Marcela Escobar García, Lluís Comalrena de Sobregrau Fernández*

**OBJECTIUS:** Estudiar la validesa dels factors de risc cardiovascular clàssics dels estudis de Framingham i REGICOR en relació a la predicció de la cardiopatia isquèmica (CI) en atenció primària.

**DISSENY:** Estudi de cohorts, prospectiu.

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** ABS urbà.

**SUBJECTES:** 851 pacients, seleccionats per mostreig aleatori simple de l'arxiu d'històries clíniques del centre, amb edats entre 35 i 74 anys, lliures de malalties cardiovasculars, seguits un període de 5 anys.

**MESURAMENTS I INTERVENCIIONS:** La variable de resposta fou l'aparició de CI (infart agut de miocardi mortal o no mortal o angor). Les covariables explicatives foren les mateixes de la funció calibrada REGICOR (edat, sexe, tabaquisme, tensió arterial sistòlica i diastòlica, colesterol total, colesterol HDL i diabetis). La validesa d'aquests factors de risc per preveure l'aparició de CI es va estudiar mitjançant l'àrea sota la corba ROC (discriminació) i la prova de Hosmer i Lemeshow (calibració).

**RESULTATS:** L'edat mitjana fou de 55,9 anys (DE 11,0), amb un 58,3% de dones. Es van enregistrar un total de 21 casos de CI. L'àrea sota la corba ROC fou de 0,80 (IC95%: 0,71-0,90). El punt de major discriminació va presentar uns valors de sensibilitat del 71,4% i d'especificitat del 69,2%. El valor de la prova de Hosmer i Lemeshow fou de 0,77. Els dos casos indiquen una bona capacitat de discriminació i calibració dels factors de risc cardiovasculars estudiats.

**CONCLUSIONS:** Els factors de risc cardiovasculars clàssics tenen una bona validesa per preveure l'aparició de CI. Es confirma la utilitat de la funció REGICOR al nostre medi.

### A BON PAS FENT SALUT!

*Silvia Onrubia Castro, M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Montserrat Velasco Carrera, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà, Yolanda Ortega Vila, Teresa Basora Gallisa*

**OBJECTIU:** Interessar als pacients en l'activitat física regular, mitjançant grups d'autoajuda.

Millorar els paràmetres clínico-analítics per generar major adhesió a l'activitat física.

Correlacionar pràctica d'exercici físic i milloria de la qualitat de vida.

**DISSENY:** *Seguiment d'una cohort. Criteris d'exclusió:* cardiopatia isquèmica recent, malaltia intercurrent, brot artròsic, malaltia pulmonar o cardíaca amb dispnea moderada.

*Variables:* pes, tensió arterial, colesterol (total, HDL i LDL), triglicèrids, i hemoglobina glicosilada en diabètics.

**ÀMBIT DE L'ESTUDI:** 21.000 pacients d'un centre d'Atenció Primària urbà

**SUBJECTES:** Persones de qualsevol edat, amb obesitat, artrosi, HTA, DM, o sense patologia.

**MESURAMENTS:** Entrevista motivacional de grup. Qüestionari SF-36. Caminar 60', 2 sessions setmanals. Als dos mesos relacionar seguiment amb paràmetres clínic-analítics, i novament SF-36. Mantenir l'activitat amb grups d'autoajuda i avaluar-ne el seguiment tres mesos després.

**RESULTATS:** Grup de 47 caminants (80% dones) dels quals 67% acudeixen habitualment i 33% esporàdicament. Respecte a l'edat, 9% <50 anys, 40% 51-60, 3% 61-70 i 9% > 80 anys. Factors de risc: 60% HTA, 37% DM, 31% dislipèmics, 11% obesos, 10% fumadors, 9% síndrome depressiva i 6% coronariopatia (17% cap factor).

Als dos mesos s'obté una millora dels paràmetres: disminució mitjana de 0.14 en HbA1c, 7 mmHg en TA sistòlica i 2 en diastòlica, 1.4 kg en pes (0.6 en IMC) i 17 mg/dL en colesterol total (12.9 c-LDL).

La complimentació del SF-36 fou del 97% al grup complidor i 13% al no complidor. Pendent d'avaluar resultats del qüestionari de qualitat de vida i del seguiment.

**CONCLUSIONS:** Milloria en la qualitat de vida i paràmetres clínic-analítics. Incorporació de l'exercici com activitat quotidiana

## FACTORS DETERMINANTS EN EL TRACTAMENT PREVENTIU DE COMPLICACIONS TROMBOEMBÒLIQUES DE LA FIBRIL·LACIÓ AURICULAR

*M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Montserrat Velasco Carrera, Silvia Onrubia Castro, Josep M<sup>a</sup> de Magriñà, Yolanda Ortega Vila, Francisco Martín Luján*

**OBJECTIU:** Avaluar les variables que poden influir en el tractament amb anticoagulants orals (ACO) i àcid acetil salicílic (AAS) en els pacients diagnosticats de fibril·lació auricular (ACXFA).

**DISSENY, SUBJECTES I ÀMBIT:** Estudi observacional, transversal i multicèntric (4 centres) a l'atenció primària.

**MATERIAL I MÈTODES:** Mitjançant mostreig sistemàtic de la població major de 15 anys atesa al 2003, se seleccionen els subjectes diagnosticats d'ACXFA. S'informatitzen les variables d'edat, sexe, tractament, factors de risc, malaltia cardiovascular i insuficiència cardíaca. Es realitza anàlisi descriptiva i multivariant acceptant com a significatiu un valor de  $p < 0,05$ .

**RESULTATS:** S'avaluen 148 individus amb una edat mitja de 78,62 ± 8,4 anys (43,2% homes). Respecte al tractament, 66 casos utilitzen teràpia amb ACO (44,6%) i 44 AAS (29,7%). En comparar ambdós grups s'evidencien diferències significatives respecte a l'edat (ACO: 75,6 ± 8,2 anys, front AAS: 79,7 ± 7,9;  $p < 0,001$ ) i la prevalença de malaltia cerebrovascular (ACO: 66,7% front AAS: 22,2%;  $p = 0,031$ ), que no es van confirmar respecte al sexe, hàbit tabàquic, antecedents d'hipertensió, diabetis i malaltia coronària. En realitzar l'anàlisi multivariant ajustant per sexe i factors de risc, només l'edat es demostrà com variable predictora del tractament amb ACO (OR: 1,3; IC95%: 1,07-1,6).

**CONCLUSIONS:** Aproximadament la meitat dels pacients amb ACXFA es tracten amb ACO. Aquestes persones tenen una mitjana d'edat inferior als tractats amb AAS i ja presenten antecedents de patologia cerebrovascular. Malgrat els ACO es mostren més efectius en els subjectes d'edat avançada, al nostre medi, precisament l'edat podria ser el factor limitant per la seva indicació.

**PARAULES CLAU:** fibril·lació, tractament, edat.

## DONEM SUFICIENTS ANTIAGREGANTS ALS PACIENTS DIABÈTICS?

*Montserrat Velasco Carrera, Silvia Onrubia Castro, M<sup>a</sup> Dolores Moran Martínez, Yolanda Ortega Vila, Miriam Boira Costa, Francisco Martín Luján*

Recentment s'ha publicat que el consum d'àcid acetil salicílic (AAS) en pacients diabètics és baix, tant en prevenció primària (14%) com secundària (53%) [*Med Clin (Barc)* 2004; 122:96-8].

**OBJECTIUS:** Estimar la utilització d'AAS en població diabètica atesa a Atenció Primària.



**DISSENY. METODOLOGIA:** Estudi observacional, transversal, multicèntric (10 centres). Mostreig sistemàtic dels subjectes diagnosticats de DM atesos durant l'any 2003. S'enregistren variables sociodemogràfiques, exploratòries, analítiques i antecedents de factors de risc. S'analitza el consum d'AAS en relació amb la presència de malaltia cardiovascular (MCV) en qualsevol de les seves formes.

**RESULTATS:** S'avaluen 478 subjectes (210 homes; 43,9%) de 66,7 + 12,4 anys d'edat, 64,2% hipertensos, 49,2% dislipèmics, 46% obesos i 4% amb tabaquisme actiu. En un 27,4% es van recollir antecedents de MCV (16,1% coronariopatia, 8,6% arteriopatia perifèrica i 6,7% patologia cerebrovascular). Un total de 159 individus (33,3%) seguia tractament amb AAS, 92 com a prevenció primària (26,9%). En comparar la mostra de diabètics sense MCV en tractament respecte als no tractats, solament van aparèixer diferències respecte a l'edat (70 +10,7 vs. 65,4 +12,8 anys;  $p<0,01$ ). Respecte al tractament en prevenció secundària, van aparèixer diferències significatives en analitzar el tipus de MCV: 61% en coronariopatia, 43,8% en cerebrovascular i 36,6% en arteriopatia perifèrica ( $p<0,01$ ).

**CONCLUSIONS:** Al nostre entorn, el tractament antiagregant en diabètics és superior al descrit per altres mostres de població autòctona. Malgrat tot, es confirma que un nombre significatiu de pacients no rep AAS com a prevenció secundària de la MCV.

#### FACTORS QUE ES RELACIONEN AMB LA DISMINUCIÓ DE LA TENSIÓ ARTERIAL DESPRÉS DE LA PRESCRIPCIÓ D'ACTIVITAT FÍSICA EN HIPERTENSOS

*Elizabeth Tapia Barranco, Francesc Barrio Torrell, Coral Chanco Rodríguez, Anna Isach Subirana, Monica Virgós Bonfill, Carme Poblet Calaf*

**OBJECTIUS:** Avaluar la relació dels diferents factors que influeixen en la disminució de la pressió arterial (PA) provocat per la pràctica d'exercici físic (EF) en població hipertensa.

**TIPUS ESTUDI:** Estudi prospectiu d'intervenció.

**ÀMBIT:** Àrea bàsica de salut urbana de 25071 habitants.

**SUBJECTES:** Pacients hipertensos majors de 18 anys amb PA sistòlica (PAS) i/o PA diastòlica (PAD), no compensades (PAS>140 i/o PAD>90).

**MESURES I INTERVENCIÓ:** Es realitza una intervenció d'aplicació d'EF almenys 30 min al dia durant 6 setmanes analitzant les variables: pes (Kg), PAS, PAD (mmHg) a l'inici i a les 6 setmanes, factors de risc associats com la dislipèmia (DLP), diabetis (DM) i obesitat. Es va utilitzar la prova t-student.

**RESULTATS:** Dels 47 pacients reclutats amb edat mitjana de 63.66 + 9.3 anys, 40.4% (19) homes, 51% (24) eren obesos, 31.9% (15) dislipèmics i 14.9% (7) diabètics.

	Obesos	No obesos	DM	No DM	DLP	No DLP
Pes inicial	83.64	69.28	82.08	75.65	77.00	76.43
Pes 6 setmanes	79.57	68.42	81.80	72.17	76.19	72.39
PAS inicial	146.95	142.3	136.85	140.4	143.4	140.12
PAS 6 setmanes	109.2*	108.2*	109.28	102.65*	122.4	97.18*
PAD inicial	91.75	88.21	90.52	91.75	91.6	91.44
PAD 6 setmanes	69.08*	64.21*	72.85	71.37*	72.66	62.28*

\* $p<0,05$

**CONCLUSIONS:** L'activitat física va demostrar major efectivitat en la reducció de la PA de forma estadísticament significativa pels hipertensos no diabètics i no dislipèmics i de forma similar respecte a l'obesitat amb hipertensió associada.

## Instruccions per a la presentació de treballs perquè siguin publicats al Butlletí de l'scmfic

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 incloent 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 1000 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 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 als 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 es presentaran en fulls 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 ni 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 continuarà 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 J.R., 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.** Seran mecanografiades en fulls independents aniran numerades consecutivament amb xifres romanes. Tindran un títol a la part superior. Si hi ha sigles, cal s'expliquin al peu de la taula. Cal evitar repeticions entre taules, figures i text.

**Figures.** L'ur 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 mecanografiaran 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 tres excel·lents còpies i un triple joc de taules i figures. A més, cal trametre el treball en suport informàtic i indicar el sistema operatiu i programa, encara que es prefereix que sigui Word97 o Word 2000, o bé, trametre-ho a l'E-mail de la Societat a:

Mercè Deu, Secretària de Redacció,  
Butlletí de la societat catalana de medicina familiar  
c. Portaferrissa, 8, pal 1º 08002 Barcelona,  
E-mail: merce@scmfic.org

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.