

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA



EDITORIAL

- 47 Daniel: "Fins aviat!" pàgina 2
Daniel Ferrer-Vidal Cortella

TREBALL DE REVISIÓ

- 48 Actualització en dislipèmies 2004 pàgina 3
César Aserjo, Ana Espínola, Juan José Rodríguez, Rosaura Figueras, Alicia Val

TREBALL ORIGINAL

- 50 L'atenció sociosanitària a la població immigrant: pàgina 5
intervenció preventiva? Experiència en dos equips d'atenció primària de l'Eixample de Barcelona
Susanna Torres Belmonte, Antoni Sisó Almirall, Jaume Benavent Àreu

ARTICLE ESPECIAL

- 56 Fulls d'informació per a pacients pàgina 11
Lurdes Alonso Vallés, Eva Peguero Rodríguez, José María Valderas Martínez, Jordi Monedero Boado, Elvira Zarza Carretero, Roger Badia Casas

CASOS CLÍNICS

- 60 1. Home de 61 anys amb síndrome de preexcitació pàgina 15
Bayona Huguet, Xavier, SAP Baix Llobregat Centre Vélaz Iglesias, Enric; Gavari Ferrús, Ma Pilar. EAP Esparreguera SAP Baix Llobregat Nord, Institut Català de la Salut, Metges especialistes en Medicina Familiar i Comunitària
2. Depressió resistent al tractament pàgina 17
psiquiàtric
Peñarrubia María MT, Blanco García E, Ruiz Blanes D, Serrano Blanco A
3. Accident vascular cerebral pàgina 20
Marta Sorribes Capdevila, Ma Teresa Alzamora Sas Nicolás Vila Moriente, EAP Riu Nord-Riu Sud, Santa Coloma de Gramenet

LA IMATGE

- 68 Lesió d'un mes d'evolució a la planta del peu pàgina 23
Jorge Soler González i David Riba Torrecillas Grup de Dermatologia de la CAMFIC

JORNADA D'ACTUALITZACIÓ TERAPÈUTICA

- 69 **Ponència 1:** Perquè no es conté la despesa farmacèutica ? pàgina 24
Joan-Ramon Laporte. Fundació Institut Català de Farmacologia
- Ponència 2:** Cal gastroprotecció per al pacient amb àcid acetilsalicílic a dosis antiagregants ? pàgina 26
Sara Bonet. Farmacòloga.
- Ponència 3:** Tiotropi i dosis fixes de broncodilatadors en l'MPOC pàgina 29
Maria Antònia Llauger. EAP Maragall. Grup de Patologia respiratòria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.
- Ponència 4:** Quin és el substitut de la teràpia hormonal substitutiva ara ? pàgina 31
Dolores Rodríguez. Fundació Institut Català de Farmacologia
- Ponència 5:** Embarassada amb vòmits i insomni. Què pot donar-se ? Paper de l'àcid fòlic pàgina 32
Josep M. Casacuberta. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Cristina Aguilera. Fundació Institut Català de Farmacologia.
- Ponència 6:** Clopidogrel i àcid acetilsalicílic. Junts en el bypass aortocoronari ? pàgina 34
Antònia Agustí. Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron
- Ponència 7:** Diabetis amb colesterol baix. Estatines ? pàgina 35
Manel Mata. Grup de Diabetis (GEDAPS) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.
- Ponència 8:** Quina taula de risc cardiovascular ? pàgina 36
Eva Comín. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Ponència 9:** Galactorrea per citalopram. Nous antidepressius pàgina 37
M. Estrella Barceló. Metgessa farmacòloga clínica Elisenda Trias. Pediatra, EAP Sant Andreu. Institut Català de la Salut. Barcelona
- Ponència 10:** Nen amb pneumònia pàgina 39
Josep Maria Cots. Grup de Malalties Infeccioses (GERMIAP) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Ponència 11:** Presa crònica d'antiinflamatoris no esteroïdals. Pot associar-se tractament antiagregant ? pàgina 40
Maike Alzamora. Grup de Patologia Cerebrovascular de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Ponència 12:** Insuficiència cardíaca: torasemida per furosemida i ara-II per IECA ? pàgina 41
Josep Maria Verdú. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

CRÈDITS

Butlletí editat per:
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
 Portaferriera 8, pral. la. / 08002 Barcelona
 Tel: 933 011 777 · Fax: 933 181 001 · E-mail: scmfc@scmfc.org
 © CAMFiC Reservats tots els drets

JUNTA PERMANENT

President: M.Dolors Forés i Garcia	Tresorer: Ramon Velayos i Balcells
Vicepresidents: Sebastià Juncosa i Font Josep Maria Sagrera i Mis	Vocals: Carles Alsina Navarro Rafael Ruiz Riera
Secretari: Ricard Peiró i Navarro	Gerent Fundació d'AP: Santiago Rico de Ros
Vicesecretari: Carolina Roig Buscató	

COMITÈ EDITORIAL

Director: Joan Lozano i Fernández	Miquel Àngel Martínez i Adell
C.EDITORIAL: Carles Llor i Vilà Rosa Pou i Vilà Xavier Brià i Ferré Ernest Vinyoles i Bargalló Mèncià Benítez Camps Mireia Sans i Corrales	Ester Duran i Navarro Raül Bonich i Juan Lurdes Alonso Vallès
	Comunicació: Jordi Monedero i Boado
	Secretària: Mercè Deu i Martínez

SECCIONS

Recerca: Jesús Pujol i Salud	Comunicació: Josep Espinasa i Rifà
Docència: Yolanda Ortega i Vila	Residents: Laura Sala i Trevejo

VOCALIES TERRITORIALS

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

ENLLAÇOS AMB EL BUTLLETÍ

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

PRODUCCIÓ

Realització: Supergráficos D.B. S.L
 Impressió: Gràfiques Pacífic
 D.L.: B-17664-1988 Suport vàlid
 Camfic ne es fa responsable del contingut dels articles publicats, per tractar-se de les opinions dels autors

EDITORIAL

La Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària ha arribat ja a la seva majoria d'edat; bé, majoria d'edat de les d'abans: la Catalana ha fet ja 21 anys. Ara sí que pot fer de tot..., ara sí que som realment adults. De la grandària física (més de tres mil socis, més de trenta-cinc grups de treball, més de cinc-centes persones actives reflexionant, produint, discutint, compartint..., amb una cartera de serveis àmplia i viva, i una producció científica extensa i contrastada) ja hem parlat molt, tots plegats; de les seves responsabilitats també, i sabem ja molt de la seva repercussió en això que diuen ara "els mitjans"; i també sabem de la seva capacitat d'influència, sobre el comportament professional, sobre la docència i la recerca, i sobre les seves vessants més socials.

Però queda molt per fer, ja que fer-se gran, de veritat, és quelcom més: fer-se gran és tenir clar cap a on anem, quin és el nostre projecte de vida, quin ha de ser el nostre futur. La definició de la missió organitzacional (us la recordo: *promoure, mitjançant els socis, el desenvolupament d'una Atenció Primària resolutive i d'alta qualitat, centrada en la millora de la salut de la comunitat, potenciar i facilitar el desenvolupament professional del soci, en general, del conjunt de persones que treballen a l'Atenció Primària, en col·laboració amb les organitzacions sanitàries, polítiques i docents*) ens va ajudar just durant el canvi, durant la nostra esbojarrada adolescència, quan de cop vam créixer tant, ens va ajudar a saber el perquè de tot plegat; i els nostres valors (aquí estan, perquè no també recordar-los: *som innovadors i participatius, tenim respecte pels companys, som solidaris; respectem a les persones i les idees, som independents, ens orientem a la comunitat i procurem la integritat i el rigor professional*) ens orienten en com hem de fer les coses. Ara ens toca ja navegar segurs, no dubteu que en i entre aigües turbulentes, i en un context complex de canvis i amenaces; ens toca saber sense dubtes quin és el nostre camí, quan hem de virar el timó, en quina intensitat i en quin sentit.

Quan s'assumeix la responsabilitat de dirigir una organització que acompanya —perquè és a això al que bàsicament és dedica la Societat, a acompanyar: al resident quan comença, al soci que gaudeix, a l'alumne que aprèn, al metge de família que exercita, i al que s'esgota, al que es jubila; a l'Atenció Primària que argumenta i sobreviu, a la comunitat que envelleix, i a la comunitat que rejuvencix— crec que el repte és doble, si no triple: no basta amb fer-ho bé i demostrar-ho, no basta amb tenir capacitats i competències, i aplicar-les, no basta a il·lusió, no basta el compromís, cal quelcom tremendament més important: cal sentiment, cal sentir-lo. Set anys en la Junta (primer com a secretari, finalment com a president) m'han servit per arribar, sobretot, a aquesta senzilla conclusió.

Estic segur que la nova Junta, la que sortirà elegida en l'assemblea d'aquest dinovè Congrés, conduirà amb èxit aquest gran vaixell que és la CAMFiC en aquesta nova etapa. Jo, mentrestant, continuaré treballant en i per a la nostra professió, recordant l'esforç brindat, oferint-me sempre i enyorant-me del que deixo enrera.

Ànim a tots que ja no és moment de fer balanç, que la bona feina continua i serà millor, segur, la que resta per fer. Ànim, perquè val la pena ser metge de família, ànim perquè és un orgull treballar per a l'Atenció Primària, en l'Atenció Primària, perquè és un orgull fer-la i veure-la créixer!

Daniel Ferrer-Vidal Cortella

Ha estat secretari de la Junta Permanent durant 5 anys, vicepresident i president el darrer any.

ACTUALITZACIÓ EN DISLIPÈMIES 2004

AUTORS > César Asenjo, Ana Espínola, Juan José Rodríguez, Rosaura Figueras, Alicia Val

GRUP DE LÍPIDS DE LA CAMFIC > Adreça de contacte:

Adreça de contacte: César Asenjo Vázquez
EAP Martí i Julià – Cornellà 1
casenjo.cp.ics@gencat.net

Coneixem per importants assaigs clínics amb un gran nombre de pacients inclosos i una gran potència estadística que les estatinas disminueixen les lipoproteïnes aterògenes i amb això la morbiditat i mortalitat cardiovasculars, independentment de la presència o no de malaltia cardiovascular, del sexe i edat de l'individu. No obstant això, encara no existeix acord en com identificar als pacients de major risc en prevenció primària, ni sobre l'estratègia òptima per reduir els nivells de lípids, ni sobre les xifres òptimes que s'han d'assolir.

Les dosis d'estatinas habitualment utilitzades disminueixen els nivells de colesterol-LDL en un 25-35% i l'objectiu de colesterol-LDL en prevenció secundària és <100 mg/dl. Però, aconseguiríem major reducció de la càrrega arterioscleròtica si disminuïssim el colesterol-LDL més de l'aconsellat fins ara? Aconseguiríem, a més, disminució dels esdeveniments i la mortalitat cardiovascular? Aquestes són algunes de les preguntes que intenten respondre alguns dels estudis publicats l'any 2004 sobre dislipèmies que comentem a continuació.

- L'estudi **REVERSAL**¹ va comparar l'efectivitat de dues pautes hipolipemiantes en pacients amb indicació de coronariografia: una moderada amb pravastatina 40 mg/dia i una altra intensiva amb atorvastatina 80 mg/dia. Es va avaluar l'eficàcia de les dues pautes en la progressió de l'arteriosclerosi mesurant mitjançant ecografia coronària intravascular canviant en el volum de l'ateroma. Es va observar que la velocitat de progressió va ser significativament menor en el grup tractat amb atorvastatina en el qual es va obtenir una mitjana de colesterol-LDL de 79 mg/dl. En el mateix sentit però comparant atorvastatina 80 mg/dia amb placebo en pacients amb síndrome coronària aguda (SCA) als quals se'ls havia realitzat una coronariografia, en l'estudi **ES-TABLISH**² es va observar reducció del 42% en el grup d'atorvastatina en relació amb el grup control i es va arribar, en el grup intervenció, a uns nivells de colesterol-LDL de 70 mg/dl.

- En l'estudi multicèntric **PROVE-IT**³ amb 4.162 individus es va avaluar la utilitat clínica d'assolir uns nivells de colesterol-LDL de fins a 70 mg/dl mitjançant l'administració d'atorvastatina 80 mg/dia, comparant-la amb l'obtinguda en arribar a uns nivells al voltant de 100 mg/dl amb pravastatina 40 mg/dia. La reducció a favor del grup de teràpia intensiva ja era estadísticament significativa als 30 dies. Aquests tres estudis confirmen la idea que en pacients amb SCA l'inici del tractament amb estatinas ha de ser precoç i intensiu i, segons els autors del PROVE-IT, s'hauria d'establir un objectiu de

nivells de colesterol-LDL en aquests pacients menors als recomanats fins ara.

- Quant a la dislipèmia en el pacient diabètic s'ha publicat l'estudi **CARDS**⁴. Es tracta d'un estudi europeu amb la participació de 132 centres d'Irlanda i Regne Unit, que va incloure 2.838 pacients diabètics sense malaltia cardiovascular prèvia però amb almenys un factor de risc (HTA, tabaquisme, retinopatia o microalbuminúria i amb nivells de colesterol-LDL <160 mg/dl i triglicèrids < 600 mg/dl. Se'ls va distribuir de forma aleatòria per rebre diàriament 10 mg/dia d'atorvastatina o placebo. L'estudi va finalitzar dos anys abans del previst a causa de l'eficàcia de l'estatina a aconseguir l'objectiu primari (IAM silent, fatal o no, hospitalització per angina inestable, ictus, revascularització coronària i resuscitació d'aturada cardíaca) amb una taxa de reducció del 37% (p=0,001). En el grup d'atorvastatina es van assolir uns nivells mitjans de colesterol-LDL de 78 mg/dl. Els resultats donen suport la idea que és el risc global, també en el pacient diabètic, el punt en el qual ens haguéssim de basar en el moment de decidir el tractament i, segons els seus autors, donen suport la necessitat de revalorar l'objectiu de colesterol-LDL proposat en les guies. No obstant això, no ens aclareix l'estratègia en el pacient diabètic de baix risc (sense altres factors de risc cardiovascular).

Tots aquests estudis (i altres que estan en aquests moments en desenvolupament) faran canviar probablement el nostre concepte sobre el valor òptim de colesterol-LDL que utilitzem actualment. En aquesta línia i basant-se en cinc grans estudis (HPS, PROSPER, ALLHAT-LLT, ASCOT-LLT i PROVE-IT), l'NCEP ha actualitzat⁵ les seves recomanacions recollides en el ATP III (2001) que poden resumir-se en:

1. Es confirma que en pacients d'alt risc (incloent diabètics) és beneficiós baixar el colesterol-LDL < 100 mg/dl.
2. Si el risc és molt alt l'objectiu de colesterol-LDL < 70 mg/dl és una estratègia clínica raonable sobre la base de l'evidència clínica disponible. Això seria aplicable també en pacients amb concentracions basals de colesterol-LDL < 100 mg/dl.
3. En persones amb moderat-alt risc (més de dos factors i un risc coronari en 10 anys entre 10-20 %) l'objectiu de colesterol-LDL és < 130 mg/dl però una opció raonable és < 100 mg/dl. Això inclou a pacients amb colesterol-LDL basals entre 100-129 mg/dl.
4. En pacients d'alt risc o moderat amb factors de risc cardiovascular afegits s'ha d'intentar que el tractament assoleixi una reducció de colesterol-LDL entre el 30-40%.

5. El benefici de reduir el colesterol arriba a persones de la tercera edat.
6. Les modificacions de l'estil de vida romanen com la base essencial de la terapèutica.
7. No hi ha canvis en les recomanacions en pacients de baix risc.
 - També el 2004 s'ha publicat una adaptació espanyola⁶ de la Guia Europea de Prevenció Cardiovascular 2003 en la qual defineix com a pacients d'alt risc a aquells amb malaltia coronària, arterial perifèrica o cerebrovascular ateroscleròtica i en individus asimptomàtics a aquells que presentin:
 - Diversos factors de risc que confereixin un risc actual $\geq 5\%$ als 10 anys (amb la taula SCORE) de desenvolupar un esdeveniment cardiovascular mortal o extrapolat a l'edat de 60 anys.
 - Valors molt elevats d'un sol factor de risc:
 - Colesterol total ≥ 320 mg/dl
 - Colesterol-LDL ≥ 240 mg/dl
 - Tensió arterial $\geq 180/110$ mm Hg
 - Diabetis tipus 1 amb microalbuminúria o diabetis tipus 2.

L'objectiu en el nostre entorn seria aconseguir un colesterol total < 200 mg/dl i el colesterol-LDL < 130 mg/dl.

RISC CARDIOVASCULAR

Destaquem dos treballs publicats en 2004: Maiques et al.⁷ realitzen una comparança entre el risc cardiovascular de Framingham comparat amb el de l'SCORE i les conseqüències que tindria el canvi proposat per les Societats Europees. D'un total de 1.227 pacients, segons Framingham hi havia un 8,4% d'alt risc, mentre que amb la taula SCORE per a països de baix risc només un 5,5%. La definició d'alt risc va ser discordant en un 41,7%. L'aplicació de l'SCORE deixaria d'etiquetar com d'alt risc a un grup important de pacients fonamentalment homes, de

60 anys d'edat i amb colesterol elevat (mitjana de 246 mg/dl), que és precisament el grup on més forta és l'evidència de l'eficàcia de les estatines. També introduiria un nou grup de risc alt amb SCORE i Framingham no alt, poc nombrós, constituït majoritàriament per dones amb edat avançada mitjana (68,8 anys), no fumadores, amb xifres de tensió arterial més elevades i colesterol total moderadament elevat (mitjana de 217 mg/dl), és a dir, un grup on hi ha menys evidències de l'eficàcia de les estatines però més relacionat amb el risc de mort cerebrovascular que és un component important del risc de l'SCORE.

D'altra banda, s'han publicat les taules de risc basades en l'estudi DORICA⁸ que estimen la prevalença de factors de risc en la població espanyola a partir de l'anàlisi d'estudis poblacionals transversals (no d'estudi de cohorts) i substitueixen en l'equació de Framingham les dades de prevalença de factors de risc (estudi DORICA) i taxa d'incidència d'esdeveniments coronaris (estudi IBERICA). El resultat és una taula similar a la de l'estudi REGICOR però amb major nombre d'entrades d'alt risc.

Finalment, s'ha desenvolupat durant el 2004 l'estudi VERIFICA de validació de les taules adaptades de l'estudi REGICOR i les taules SCORE per a països de baix risc, els resultats definitius del qual estan pendents de publicació i que, sens dubte, aportarà dades valuoses perquè les societats científiques, institucions i serveis de salut autònoms i estatals adoptin en aquest any 2005 una d'aquestes taules adaptades al nostre entorn per al càlcul del risc cardiovascular.

Amb tot, cal concloure que la CAMFiC aposta per la utilització a partir d'ara de la taula REGICOR per fer el càlcul de risc cardiovascular i considerar risc alt quan aquest és superior al 10% als 10 anys.

Bibliografia

1. Nissen SE, Tuzcu EM, Schoenhagen P et al. Effect of Intensive Compared With Moderate Lipid-Lowering Therapy on Progression of Coronary Atherosclerosis: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004;291:1071-1080.
2. Okazaki S, Yokoyama T, Miyauchi K et al. Early Statin Treatment in Patients With Acute Coronary Syndrome: Demonstration of the Beneficial Effect on Atherosclerotic Lesions by Serial Volumetric Intravascular Ultrasound Analysis During Half a Year After Coronary Event: The ESTABLISH Study. *Circulation* 2004 110:1061-1068.
3. Cannon CP, Braunwald E, McCabe CH, et al. Intensive versus moderate lipid lowering with statins after acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2004;350:1495-1504.
4. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-696.
5. Grundy SM, Cleeman JJ, Merz CN, et al. for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program, Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute, American College of Cardiology Foundation, and American Heart Association Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation* 2004;110:227-239.
6. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, et al. por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Aten Primaria* 2004;34:427-432.
7. Maiques A, Antón F, Franch M, et al. Riesgo cardiovascular del SCORE comparado con el de Framingham. Consecuencias del cambio propuesto por las Sociedades Europeas. *Med Clin (Barc)* 2004;123:681-685.
8. Aranceta J, Pérez C, Foz M, et al. Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA. *Med Clin (Barc)* 2004;123:686-691.

...

L'ATENCIÓ SOCIO SANITÀRIA A LA POBLACIÓ IMMIGRANT

Intervenció preventiva? Experiència en dos equips d'atenció primària de l'Eixample de Barcelona

PARAULES CLAU - Immigració; Interculturalitat; Atenció socio sanitària;

AUTORS - Susanna Torres Belmonte¹, Antoni Sisó Almirall², Jaume Benavent Àreu³

1- Treballadora Social EAP Casanova.

2- Metge de Família. Coordinador de Docència i Recerca del Consorci d'APS l'Eixample (CAPSe).

3- Metge de Família. Gerent del Consorci d'Atenció Primària de Salut l'Eixample (CAPSe).

CORRESPONDÈNCIA -

Susanna Torres Belmonte
 Consorci d'Atenció Primària de Salut l'Eixample (CAPSe)
 c/ Rosselló 161, 1a Planta.
 08036 – BARCELONA
 Tel. 932 279 815
 Fax. 932 279 805
 storres@clinic.ub.es

RESUM

INTRODUCCIÓ

L'atenció sanitària i/o socio sanitària constitueix en molts casos la primera porta d'entrada institucionalitzada "al sistema" de molts immigrants. Per això pretenem descriure el tipus d'atenció socio sanitària, la inicial, la de la porta d'entrada, des de la perspectiva de la consulta del treballador/a social.

ÀMBIT D'ACTUACIÓ

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSe) que desenvolupa la seva tasca assistencial al barri de l'esquerra de l'Eixample de Barcelona amb uns 60.000 habitants.

METODOLOGIA

Tramitació des de la consulta de treball social del reconeixement del dret a l'assistència sanitària pública per a persones sense recursos. Posteriorment i durant les entrevistes als usuaris se seguia un Protocol Informatiu.

RESULTATS

407 immigrants van ser entrevistats. En 368 casos (90,4%) s'ha tramitat la sol·licitud del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos. En 199 casos (48,9%) es detectava algun tipus de problemàtica socio sanitària: necessitat de derivació al Programa d'Atenció a la Dona en 45 casos (22,6%); necessitat de derivació al Programa del Nen Sa en 45 casos (22,6%); manca de certificat d'empadronament en 17 casos (8,5%); presència d'altres factors de risc socio sanitari en 92 casos (46,3%).

CONCLUSIONS

El tràmits del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos pot ser una estratègia preventiva des del Treball Social als Equips d'Atenció Primària que pot ajudar a conèixer millor i comprendre la dimensió biopsico-social de l'immigrant.

INTRODUCCIÓ

Fa temps que, gràcies a les noves tecnologies, la situació al món canvia. La mobilitat de les persones entre països per motius laborals ha deixat de ser quelcom estrany. Però, a més de trobar-nos amb moviments migratoris entre la població anomenada del Primer Món, els habitants del Tercer Món, amb una situació política i econòmica molt deprimida i atrets probablement per una visió idealitzada i deformada d'Europa, es desplacen fins als països del Primer Món, entre ells Espanya, per tal de millorar la seva situació personal, social, econòmica, laboral, i la de la seva família, que sovint es queda al país d'origen. Acudir als països del Primer Món per millorar els suposa haver de patir, d'una banda, el dol de l'exili i, d'altra, les accions discriminatòries d'alguns dels habitants del país acollidor¹⁻².

A Espanya, a 31 de desembre de l'any 2000 es comptabilitzaven un total de 938.783 estrangers (2,5% de la població total) amb permís de residència vigent. A Catalunya es troba un 21% de tots els immigrants regularitzats³. Segons la Llei d'Estrangeria (Llei Orgànica 4/2000 d'11 de gener del 2000)⁴ que es manté vigent, l'únic requisit per accedir a l'atenció sanitària en les mateixes condicions que els espanyols és estar empadronat. Cada ajuntament, per empadronar a una persona, només necessita comprovar que realment viu en aquella localitat, independentment de la situació administrativa o de les condicions de l'habitatge⁵.

L'atenció sanitària i/o socio sanitària constitueix en molts casos, la primera porta d'entrada institucionalitzada "al sistema" de molts d'aquests immigrants. Tots els professionals sanitaris dels Equips d'Atenció Primària (EAP), administratius, infermeres, metges i treballadors socials, estem immersos en aquesta realitat multicultural i multiracial ja quotidiana. Per aquest motiu, en aquest estudi pretenem descriure el tipus d'atenció socio sanitària, la inicial, la de la porta d'entrada, i la més bàsica, des de la perspectiva de la consulta del treballador/a social.

ÀMBIT D'ACTUACIÓ

El Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSe) desenvolupa la seva tasca assistencial al barri de l'esquerra de l'Eixample de Barcelona per mitjà de 2 EAP (EAP Rosselló i EAP Casanovas) que abasten l'atenció primària de 60.000 habitants.

L'Eixample és un barri cèntric de la ciutat de Barcelona, on a principis de segle vivia la burgesia catalana. Avui dia però, al barri hi conviuen restes d'aquesta burgesia benestant, famílies obreres i també immigrants, aquests darrers perquè els pisos (molts del segle XIX o principis del XX) són amplis i en un mateix domicili poden conviure diferents famílies, aconseguint així preus de lloguer més assequibles a les seves possibilitats.

La població total atesa pels dos EAP és de 60.000 habitants i el percentatge de població immigrant, basant-nos només en aquells que han passat per la consulta de treball social, és del 3,75%. Sabem que el percentatge és més elevat perquè hi ha persones immigrades que no ha calgut que passessin per treball social, atès que ja disposaven de Tarja Individual Sanitària (TSI).

METODOLOGIA

Com a intervenció prèvia i novedosa vàrem adoptar una estratègia d'aproximació a la població immigrant que ha consistit a tramitar des de la consulta de treball social el reconeixement del dret a l'assistència sanitària pública per a persones sense recursos, tràmit que habitualment a Barcelona realitzen els professionals de la Unitat d'Atenció a l'Usuari (UAAU).

Els criteris d'inclusió, doncs, van ser totes aquelles persones que acudissin al centre per primera vegada i amb manca d'assistència sanitària, és a dir, aquelles persones que no disposaven de Tarja Individual Sanitària (TSI) independentment de la nacionalitat.

Es van excloure aquelles persones de nacionalitat no espanyola que ja disposaven de Tarja Individual Sanitària (TSI).

Es va contemplar la possibilitat d'incloure en l'estudi aquelles persones que ja disposessin de TSI, però que de la consulta de medicina i/o infermeria es detectés algun factor de risc i fos susceptible de ser atès per treball social. En la pràctica, però, no ens hem trobat amb cap cas en aquest supòsit.

Així, la selecció de la mostra va ser a conveniència, atès que ens vam focalitzar en aquelles persones que acudien espontàniament al centre per ser atesos sanitàriament, però, que no disposaven de TSI. Prèviament a la visita amb el metge de família, tret dels casos urgents sanitàriament, eren citats amb treball social.

En aquesta experiència, hem considerat immigrant tota aquella persona que independentment de la nacionalitat, ha viscut la major part de la seva vida en un altre país que no és Espanya i que s'han traslladat a Espanya per establir-se un període superior a tres mesos, podent ser aquest indefinit o no.

Aquest acostament a la població immigrant es feia mitjançant una entrevista semiestructurada on es recollien les següents variables: edat, sexe, dades de filiació, país de procedència, presència de problemàtica sociosanitària, certificat d'empadronament, nivell d'escolarització, tramitació del NASS (Número d'Afiliació a la Seguretat Social) no contribuïu, entre altres. Es va fer especial èmfasi a explorar situacions concretes per detectar precoçment situacions de risc sociosanitari o situacions conflictives que poguessin afectar l'estat de salut de l'usuari. Un exemple és tota l'exploració que realitzem durant l'entrevista d'acollida, en la qual es van explorant els set dols que configuren el dol migratori, per tal de poder detectar si la persona a la qual estem atenent presenta un adaptació correcta al procés migratori o, si pel contrari, es detecta algun o alguns dols que no s'estan elaborant correctament i podria patir un dol migratori o fins i tot, una síndrome d'Ulisses.

Posteriorment s'iniciava una fase de *Protocol Informtiu* on se'ls explicava com funciona el sistema sanitari espanyol, la Tarja Sanitària Individual (TSI), l'assignació del metge de família, visites, derivacions als especialistes, ingressos, les urgències, la prestació farmacèutica i el Programa del Nen Sa en cas de tenir fills, estar embarassades o manifestar la voluntat de tenir fills a curt termini. Si es troben en situació no regular, se'ls informava dels passos a seguir per tal de regularitzar la seva situació i, si cal, derivacions a organismes competents de suport, informació i orientació en la tramitació (SAIER, ONG, associacions, fundacions...). Si tenen fills se'ls informava de l'escolarització obligatòria fins als 16 anys independentment de quina sigui la seva situació (regular o irregular) i de la possibilitat de la gratuïtat del sistema educatiu. Finalment, són derivats a l'educadora social de Serveis Socials d'Atenció Primària Municipals (SSAP) per a la recerca d'escola amb places lliures.

El període d'estudi abasta 5 mesos: des de l'agost de 2001 al desembre de 2001, ambdós inclosos. Com es pot observar en els resultats, trobem una major part de dones immigrants que d'homes i observant les nacionalitats trobem que la majoria són iberoamericans.

RESULTATS

407 immigrants van ser entrevistats. A les taules 1 i 2 i figura 1 s'expressen respectivament els resultats pel que fa a distribució per sexes i nacionalitats. S'observava la presència de 223 dones (55%) i 184 homes (45%) amb la presència de 38 menors de 14 anys (9,3%). Per nacionalitats, els equatorians configuren el principal subgrup poblacional consultant en el nostre medi (141 pacients, 34,6% de la sèrie), seguits per argentins (72, 17,7%) i colombians (43, 10,5%).

Taula 1. Característiques demogràfiques dels immigrants

Homes	184 (45,2%)
Dones	223 (54,8%)
< 14 anys	38 (9,3%)

Taula 2. Distribució per nacionalitats (n=407)

Equatorians	141	Epanyols	6
Argentins	72	Brasilers	5
Colombians	43	Ucraïnesos	4
Peruans	23	Russos	4
Mexicans	17	Argelins	4
Sierra leone	12	Marroquins	4
Pakistanesos	12	Ghanesos	4
Veneçolans	12	Polonesos	3
Búlgars	11	Nigerians	3
Cubans	10	Japonesos	3
Xilens	7	Libanesos	1
Uruguaians	6		

A la taula 3 s'expressen les dades generals d'ambdós EAP. En 368 casos (90,4%) s'ha tramitat la sol·licitud del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos.

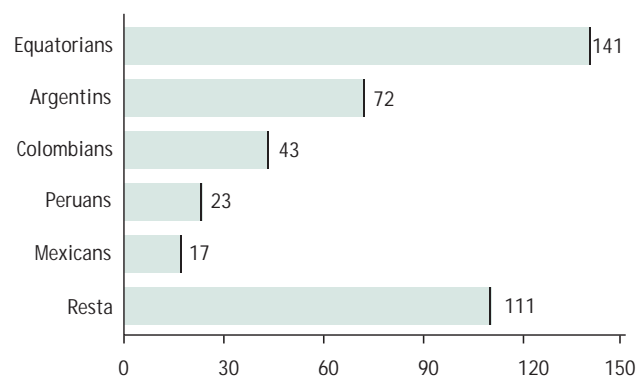
Alhora, en 199 casos (48,9%) es detectava algun tipus de problemàtica sociosanitària. 17 casos (4,2%) no disposaven del certificat d'empadronament. D'aquests, 4 van obtenir el certificat per la via convencional, mentre que 13 ho van aconseguir per mitjà de la intervenció de Treball Social després d'aplicar el Protocol Informatiu.

En el subgrup de 199 casos en què es detectava alguna problemàtica sociosanitària s'identificaven les següents causes (taula 4):

- Necessitat de derivació al Programa d'Atenció a la Dona en 45 casos (22,6%)
- Necessitat de derivació al Programa del Nen Sa en 45 casos (22,6%).
- Manca de certificat d'empadronament en 17 casos (8,5%)
- Presència d'altres factors de risc sociosanitari en 92 casos (46,3%).

Taula 3. Dades generals

	n	%
Total de persones ateses per manca de cobertura sanitària	407	100%
· Casos en els quals s'ha tramitat el dret d'assistència sanitària per la via convencional	39	9,6%
· Casos en què s'ha tramitat la sol·licitud del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos	368	90,4%
Persones ateses en les quals s'ha detectat presència de problemàtica sociosanitària	199	48,9%
Persones ateses que no podien accedir a la cobertura sanitària pel fet de no disposar de certificat d'empadronament:	17	4,2%
· Persones que han obtingut el certificat d'empadronament per la via convencional	4	23,5%
· Persones que han obtingut el certificat d'empadronament mitjançant el protocol informatiu	13	76,5%

Figura 1. Distribució percentual per nacionalitats i nombre de casos (n=407)

Taula 4. Resultats observats en 199 pacients (48,9% de la sèrie) en els quals es detectaven factors de risc sociosanitari

Persones que han estat derivades al Programa d'Atenció a la Dona	45	22,6%
Persones que han estat derivades al Programa del Nen Sa	45	22,6%
Persones que no podien accedir a la cobertura sanitària pel fet de no disposar de certificat d'empadronament:	17	8,5%
Persones en les quals s'han detectat factors de risc sociosanitari	92	46,3%
Persones en les quals calia derivació i coordinació amb SSAP o Càritas	18	19,6%
Persones que han requerit de la tramitació de farmàcia gratuïta	9	9,8%
Persones derivades per ser informades sobre com aconseguir el permís de residència	28	30,4%
Persones en les quals s'ha detectat dol de l'exili	12	13%
Persones adultes que han requerit orientacions educacionals ¹	10	10,9%
Menors que han requerit derivació per ser escolaritzats	8	8,7%
Altres problemàtiques sociosanitàries ²	7	7,6%
Persones que havien demanat cita per regularitzar la situació sanitària, però que no acudeixen a la visita i tampoc al centre	44	10,8%

1. Aquest apartat inclou persones que necessitaven aprendre el castellà i/o català, homologacions de titulació, alfabetitzacions i orientacions laborals.

2. Inclou ingressos en centres sociosanitaris o maltractaments.

En aquest darrer apartat podem distingir: 18 persones en les qual va caler derivació als Serveis Socials d'Atenció Primària (SSAP) de l'Ajuntament o a Càritas; 9 persones que van requerir la tramitació de farmàcia gratuïta; 28 persones derivades per ser informades sobre com aconseguir el permís de residència; 12 persones en les quals s'ha detectat i treballat el dol de l'exili; 10 persones adultes que han requerit orientacions educacionals i 8 menors han estat derivats per iniciar escolarització. Tota aquesta tasca fou coordinada des del servei de Treball Social del Consorci.

DISCUSSIÓ

Un dels objectius de la inclusió del treballador social en el camp sanitari i concretament en l'atenció primària és millorar el nivell de salut de la població, afavorint la visió dels aspectes socials en l'atenció integral de l'individu i el seu entorn. I l'atenció a la població immigrant és i serà un objectiu primordial del treball social. Diversos són els estudis que han abordat els problemes de salut dels immigrants⁶⁻⁸, però sempre des d'una òptica biomèdica i sovint centrada en patologies importades. Grau J⁹ és un dels primers autors que avança en l'àmbit de l'atenció primària exposant uns indicadors de problemàtica social per utilitzar-los en la pràctica diària assistencial. Per contra, en el present estudi no s'estableix des de l'inici una sistemàtica premeditada de detecció de problemàtica sociosanitària en funció d'ítems concrets, sinó des d'una òptica eminentment social. Fruit de l'anterior es desprèn aquest treball que permet constatar l'absència de literatura mèdica a l'entorn d'aquestes variables¹⁰⁻¹¹. El perfil de la població immigrant que estem atenent a l'esquerra de l'Eixample són persones joves, de 20 a 40 anys, provinents de Llatinoamèrica majoritàriament i de dues tipologies:

- A. De famílies d'origen pobre, amb escassos recursos econòmics
- B. De famílies riques que envien als fills a estudiar a Europa.

Malgrat que el Marroc, segons dades del Ministeri de l'Interior⁴, constitueix el país que més immigrants aporta a l'Estat espanyol, les dades del nostre estudi reflecteixen que la població consultant més freqüent és l'equatoriana, i globalment, la llatinoamericana. Aquest fet també contrasta amb estudis recents com el de Sanz et al¹² on el subgrup poblacional més important és el magribí, amb importants barreres idiomàtiques i un 30,1% d'immigrants amb situació no regularitzada. De la sèrie total d'usuaris atesos en el servei de treball social, la gran majoria (90,4%), i a causa de la seva situació d'irregularitat dins el sistema se'ls ha hagut de cursar la sol·licitud del reconeixement del dret a l'assistència sanitària per a persones sense recursos. En canvi, un 9,6% dels usuaris han pogut accedir al sistema sanitari per les vies convencionals, és a dir, perquè estaven cotitzant, perquè es poden incloure com a beneficiaris d'algun familiar, perquè en el seu país d'origen tenen conveni amb l'estat Espanyol, perquè ja havien cotitzat prèviament però desconeixien la no caducitat del NASS, entre d'altres.

Cal afegir que la feina del Treball Social no s'aturà en el protocol informatiu i en la detecció de factors de risc sociosanitari. A partir d'aquí s'establiren unes intervencions segons cada cas:

- En el cas de detectar situacions econòmiques precàries que impedissin accedir a un tractament prescrit, es mobilitzaven els recursos pertinents per garantir el tractament, però, paral·lelament, s'iniciava una intervenció que tenia per objectiu final la regularització de la situació i consegüentment l'autonomia econòmica d'aquella persona, establint entrevistes de seguiment per poder conèixer l'assoliment de l'objectiu.

- En el cas de detectar una manca de cobertura de les necessitats bàsiques (com l'alimentació i la roba), les persones eren derivades al SSAP amb qui s'ha establert una intervenció conjunta.
- En el cas de detectar situacions discriminatòries i/o d'abús pel simple fet de ser immigrant, la persona era derivada al servei pertinent (SOS Racisme, Oficina per la no discriminació, Sindicats...) i se'ls ofería seguiment des de la consulta de treball social per realitzar l'acompanyament.
- En el cas de detectar situacions d'estrès psicossocial derivades del dol de l'exili s'iniciaven un seguit d'entrevistes per tal de tractar aquesta problemàtica i en els casos de trastorns greus se'ls deriva a SAPPIR (Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicossocial a Immigrants i Refugiats).
- En el cas de detectar situacions de dificultats d'adaptació per motius d'idioma i de costums, s'informava als pacients dels recursos oportuns (associacions, parròquies, fundacions, escoles d'adults, ONG, etc.).

Aquestes darreres intervencions, de les quals encara no s'ha avaluat la seva efectivitat, continuen en fase de seguiment i estudi. Podem concloure que hem pogut observar que un volum important de la població immigrant utilitza el sistema sanitari com a porta d'accés a la informació i a la cerca de recursos concrets. Malgrat algunes mancances com l'anàlisi estadística i la possibilitat de realitzar l'estudi amb un grup control que ens permetés valorar les diferències, per exemple, del present treball volem afirmar esperançats que, podem reconvertir un tràmit habitualment administratiu en una eina de detecció de la població de risc sociosanitari, i per tant, en una estratègia o una intervenció preventiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Geva E, Barsky A, Westernoff F. Desenvolupament d'un marc per a un treball interprofessional amb la diversitat. *Rev Tr Social* 2000; 160: 10-49.
2. Bolzman C, Eckmann M, Salberg-Mendoza A. El racismo en la vida diaria: análisis y perspectivas de intervención social. *Rev Tr Social* 2000;160: 105-134.
3. Ley Orgánica 4/2000 de 11-01-2000. BOE 12-01-2000, no 10.
4. Documento semFYC no 17: *La atención al inmigrante: del alusión a la solución razonable*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Barcelona. EdiDe, 2002.
5. Vázquez Villegas J. Inmigración y salud: legislación. *FMC* 2002; 9 (7): 505-8.
6. Lacalle M, Gil G, Sagardui JK, González E, Martínez R, Orden B. Resultados de la aplicación de un examen de salud en población inmigrante. *Aten Primaria* 2000; 25: 634-638.
7. Esteban y Peña MM. Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid). *Aten Primaria* 2001; 27: 25-28.
8. Jaumà RM, Viñamata B. Morbilidad atendida de la población inmigrante africana en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 13: 283-289.
9. Grau J, Romea S, Franch J, Sánchez M, Ruiz C, Fuertes A. Indicadores para valorar la problemática social en la práctica diaria asistencial. *Aten Primaria* 1996; 18 (10): 546-550.
10. Romaní O. La salud de los inmigrantes y la de la sociedad. Una visión desde la antropología. *FMC* 2002; 9 (7): 498-504.
11. Jansà JM, Villalbí JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 15: 320-327.
12. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residentes en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2000; 26 (5): 314-318.

...

FULLS D'INFORMACIÓ PER A PACIENTS

AUTORS > Lurdes Alonso Vallès, Eva Peguero Rodríguez, José María Valderas Martínez, Jordi Monedero Boado, Elvira Zarza Carretero, Roger Badia Casas

Els professionals d'Atenció Primària sovint donem fulls d'informació per als pacients a les nostres consultes. Els avantatges de llur ús són molts. Com a eina per a la educació sanitària, l'ús d'informació escrita de qualitat per donar a la consulta permet unificar la informació que donen els diversos professionals i fer més efectiu el temps dedicat a cada pacient, ajudar que el pacient en tenguí millor que li passa i com resoldre els seus dubtes i que després recordi millor el que se li ha dit¹. Es facilita així una de les responsabilitats de la cura dels pacients a l'Atenció Primària: que els pacients estiguin més ben informats i siguin més autònoms².

Però ni tots els professionals fan servir fulls d'informació, ni tots els que utilitzen diuen el mateix, ni tots els fulls estan fets amb rigor científic i sense publicitat lligada a interessos comercials. Tot això fa que, tot i ser una eina essencial, el seu ús no estigui tan difós com seria desitjable. Prova d'això és que a la base de dades de Pubmed, el terme MeSH "Patient Education Handout" (Full d'informació per a pacients, definit com materials emprats per explicar un procediment o un problema de salut o el contingut d'un article en una revista biomèdica i escrit en llenguatge no tècnic per al pacient o consumidor) no es va introduir fins al 2002³. Des de llavors, només s'han inclòs 8 referències de fulls per al seu ús a Espanya, totes elles a la *Revista Española de Enfermedades Digestivas*.

Per avançar en la millora d'aquest fet, les aproximacions més eficients passen per l'estandardització de tres aspectes fonamentals dels fulls⁴:

- la seva elaboració, atenent a criteris científics
- el seu format
- el seu accés

Des de la Vocalia de Comunicació de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, totes aquestes raons ens van impulsar a crear una biblioteca de fulls d'informació per a pacients amb procediments estandaritzats en totes aquestes passes per garantir-ne el seu rigor científic, amb l'objectiu de millorar la informació que els professionals sanitaris donem als pacients a les consultes d'Atenció Primària.

MÈTODE

Des de l'any 2001, es van revisar els materials informatius de què es disposa a les consultes complementada amb una revisió bibliogràfica no sistemàtica⁵⁻³⁵. Es van identificar més de 200 fulls o fulletons. De la seva anàlisi destaca la molt millorable qualitat científica (falles de contingut, afirmacions sensacionalistes, interessos comercials) i pedagògica (llenguatge mèdic, lletra massa petita, text intel·ligible, absència de data d'edició).

Els dibuixos en molts casos no eren didàctics, sinó ornamentals. Això va confirmar la necessitat d'assumir l'elaboració i edició de fulls informatius, seguint les normes d'edició del material informatiu que recomanen els experts en educació sanitària, i elaborats per professionals de l'Atenció Primària.

Per tal d'assolir aquest objectiu, es va configurar un comitè editorial multidisciplinari, format per personal sanitari d'Atenció Primària (metges/esses, infermers/es i una dietista), una experta en informàtica, una correctora de llengua i traductora, una periodista i personal administratiu, tots amb formació i interès en el tema.

El comitè ha treballat l'estructura, metodologia de funcionament del projecte i els seus continguts. Es van consensuar unes normes d'edició dels fulls i un circuit d'elaboració i revisió laboriosos i precisos.

El circuit resumit és el següent:

- L'autor (moltes vegades més d'un autor), expert en el tema i sovint membre del grup de treball de la Societat en l'àmbit relatiu al contingut del full, en fa una primera versió.
- L'equip editorial fa una revisió científica i editorial.
- L'equip editorial s'encarrega de la revisió des del punt de vista de l'educació sanitària i fa una nova revisió de l'adaptació a les normes d'edició. En aquest pas també s'avalua la legibilitat del text utilitzant l'índex de Flesh.
- Posteriorment la periodista fa una revisió d'estil i comprensibilitat. Posteriorment la lingüista i traductora ho revisa i fa la traducció per tal que estigui tant en castellà com en català.
- S'inclouen dibuixos amb caràcter didàctic que resumeixin els missatges principals.
- Es fa una edició preliminar per una empresa editora externa.
- L'equip editorial supervisa la preedició en format electrònic (Acrobat Reader).
- El grup de treball fa una última revisió del contingut científic.
- L'autor inicial fa la supervisió final.

Un cop s'ha seguit el circuit d'elaboració i revisió dels fulls, aquests es posen disponibles a Internet de manera totalment gratuïta i amb accés lliure, de forma que siguin accessibles en català i castellà des de qualsevol ordinador. Està previst que més endavant es facin traduccions a altres idiomes. També s'envien per correu als socis de la CAMFiC.

Amb caràcter anual s'actualitzen els fulls ja editats. Tot aquest procés es realitza tenint en compte unes normes d'edició ben establertes, de les quals destaquen:

1. CONTINGUT:

- S'inclou la informació que el metge o infermera haurien de donar al pacient a la consulta. Tot allò que faciliti la feina a la consulta i ajudi el pacient a identificar i resoldre els problemes o situacions freqüents per tal de millorar el control de la seva malaltia. La informació ha de ser útil i important. També hi ha un apartat sobre quan cal consultar al metge.
- La informació ha de ser sempre: clara, breu, precisa, pràctica i coherent.
- Evitem tota informació que pugui ser iatrogènica, arriscada, que espanti al pacient, limiti la seva vida amb consells no demostrats, fomenti la hipocondria, el pacient hiperconsultador o més exigències amb el seu metge o infermer. També cal evitar informacions contradictòries entre els diferents fulls o diferents a les recomanacions habituals a les consultes.
- En els consells també convé pensar que les solucions proposades, no han de perjudicar altres patologies que pateixi el malalt, ni la seva vida familiar, laboral o social.
- Als fulls es fa constar el mes i any en què s'han fet o revisat.
- En els casos en què s'utilitzi més del 50% del material d'un full ja editat, això s'indica explícitament: "Modificat de...".

2. CLARETAT I LEGIBILITAT:

- El llenguatge ha de ser clar i senzill, sense ser vulgar. Escrivim com parlem, en veu activa, com si li ho expliquéssim a una persona de cultura senzilla.
- Les frases i les paraules són curtes, sense tecnicismes.
- Evitem les frases negatives i les prohibicions. Intenem ser positius.
- No usem dobles negacions.
- Ens dirigim al pacient "de vostè".
- La mida de lletra mínima ha de ser 12. Remarquem amb negretes les paraules o frases més importants, però no escrivim frases senceres amb majúscules, ni usem subratllats, ni cursiva.
- Tota la informació i els dibuixos han de cabre en una sola pàgina.

3. SUPORT GRÀFIC:

- En cada full hi ha com a mínim un dibuix que complementa i exemplifica els continguts del text. Els dibuixos no són decoratius sinó que volen ser didàctics i ajuden a comprendre millor el text.
- Es dissenyen en color, però en la seva elaboració es té en compte que al passar a escales de grisos mantinguin la seva claredat.

És de destacar que el projecte compta amb l'aval de la Societat i la participació, com a autors i com a revisors, de molts dels grups de treball d'aquesta societat científica. La informació s'elabora i es revisa des del punt de vista dels professionals de la sanitat, però també des del de persones alienes a la professió.

RESULTATS

Actualment es disposa de 30 fulls publicats ja a l'abast de tothom i de 30 més en fases preliminars o avançades. Fulls publicats al febrer de 2005 (el número entre parèntesi és el número correlatiu d'edició del full, tal com consta en aquest i a la web):

- Aparell cardiorcirculatori: hipertensió³, accident vascular cerebral¹⁸,
- A. respiratori: asma², refredat comú¹²,
- A. osteomuscular: canal carpiana¹, lumbàlgia¹⁴, consells posturals¹⁵, fibromiàlgia¹⁶, artrosi²⁷,
- Urologia: cistitis⁷, incontinència²⁹,
- Dermatologia: fotoprotecció¹¹, dermatitis seborreica²⁴,
- A. digestiu: reflux gastroesofàgic⁹, restrenyiment¹⁰, gastroenteritis⁸, hemorroides²¹
- Salut mental: insomni⁴, serenitat²⁰, anorèxia i bulímia²², el dol²⁶,
- Neurologia: migranya²⁸
- Adolescència: relació pares - fills en l'adolescència⁵,
- Activitats preventives: consells al viatger⁶, exercici físic¹³,
- Alteracions metabòliques: colesterol¹⁷, cura del peu en la diabetis²³, sobrepès³⁰,
- Tòxics: alcohol²⁵,
- Atenció domiciliària: cuidar-se per cuidar¹⁹.

Els fulls s'editen a una sola pàgina per tal que puguin ser fotocopiats, per exemple amb una cara en català i l'altra en castellà.

Figura 1. www.camfic.org



Els fulls es poden consultar a la web de la CAMFiC (www.scmfic.org) fig 1 i un accés directe des de la pàgina d'inici en facilita l'accés. La pàgina web de la societat rep unes 18.000 consultes mensuals. Actualment no està incorporat cap sistema comptador, raó per la qual no disposem de dades específiques d'accés.

Els professionals que utilitzen els fulls poden donar la seva opinió o col·laboració. Els correus electrònics es dirigeixen a la secretària del projecte, Anna Raméntol (anna@scmfic.org) i des de la Vocalia de Comunicació es dona resposta a tots ells. També s'estan rebent múltiples mostres de recolzament de professionals que els estan utilitzant a les consultes.

Els pacients reben de bon grat els fulls i alguns ens ho han demostrat enviant correus electrònics en els quals expressen la seva satisfacció o fent peticions d'informació sobre problemes de salut que encara no queden coberts pels fulls ja editats. El seu ús sembla disminuir la freqüentació per motius senzills, com refredats, i augmenta la seguretat dels pacients crònics, tot i que el projecte no està dissenyat com un estudi d'impacte i no s'han comparat els efectes abans i després de la seva implementació.

El projecte va obtenir el premi de Diario Médico a "Las Mejores Ideas" el novembre de 2003, en un moment en què hi havien només uns fulls. Actualment es troba ja en plena fase d'expansió i implementació. El projecte també ha estat presentat al Congrés de la CAMFiC de Barcelona 2004 i al Congrés de la semFYC, Sevilla 2004.

Els socis de la societat han rebut informació periòdica sobre el projecte i de com accedir i emprar els fulls. Actualment s'ha editat i distribuït entre els socis un CD amb tots els fulls dels quals es disposa fins a l'actualitat, revisats amb data desembre 2004, i amb els programes necessaris per copiar els fitxers a l'ordinador.

El projecte continua obert a la col·laboració amb els professionals que ho desitgin i amb aquells que facin informació per a pacients o que la utilitzin.

BIBLIOGRAFIA:

- Dixon-Woods M Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine* 52 (2001) 1417-1432
- Gené J. Decidiendo juntos ganaremos efectividad. *Aten Primaria* 2005; 35: 175 - 177
- MEDLINE [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). [1960-2005] - [Consulta: 30 de març de 2005]. Adressa URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=mesh&list_uids=68029282&dopt=Full
- TANG PC, NEWCOMB C. Informing Patients: A Guide for Providing Patient Health Information *J Am Med Inform Assoc.* 1998;5:563-570.
- Organización Mundial de la Salud. Eps: Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de la Salud. Ginebra: OMS, 1989.
- Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. 1989 Barcelona Ed Doyma.
- Rochon A. Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto educativo. Ed. Masson 1991.
- Smith T. Information for patients: Writing simple English is difficult, even for doctors. *BMJ* 1992;395:1242.
- Estey A, Musseau A, Keehn L. Patient's understanding of health information: a multihospital comparison. *Patient Educ Couns* 1994;24:73-8.
- Glazer HR, Kirk LM, Bosler FE. Patient education pamphlets about prevention, detection and treatment of breast cancer for low literacy women. *Patient Educ Couns* 1996;27:185-9
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra 1998.
- Turabián JL, Pérez-Franco B. Utilidad y límites de la educación sanitaria. *FMC* 1998 5: 419.

Actualment s'ha elaborat un llistat de més de 300 fulls que es volen anar fent en els propers anys. La planificació prevista inclou fer un mínim de 50 fulls nous anuals i la revisió anual de tots els ja editats. Al llistat de propers fulls a fer s'inclou el consentiment informat sobre diverses proves.

CONCLUSIONS:

Es tracta d'un projecte fet per professionals de la medicina de Catalunya, basat en els consens científic i en les normes d'edició de fulletons informatius per a pacients.

L'aval de la Junta directiva de la Societat, i la participació, com a autors i com a revisors dels grups de treball d'aquesta societat científica, li confereix una major fiabilitat.

El projecte està tenint gran acceptació entre els professionals d'Atenció Primària, entre els usuaris de la sanitat i consultes a la web de la societat científica.

Pretenem continuar produint i consensuant material que ens ajudi a millorar la informació als pacients.

Figura 2. Última actualització Febrer 2005



13. Guayta Escolies R. Educación Sanitaria. FMC 1998 5: 440.
14. Pardió J, Plazas de Creixel IM. Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de Nutrición. 1998 21: 58-64.
15. Kenny T, Wilson RG, Purves IN et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. Fam Pract 1998;15:471-9.
16. Sánchez Suárez JL, Benito Herranz L, Hernández Navarro A. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo 1999 Madrid. Dirección Provincial de Madrid, Insalud.
17. WHO European Working Group on Health Promotion. 2000 Ginebra OMS.
18. Milunpalo S, Nupponen R. Stages of Change in two modes of health-enhancing physical activity: methodological aspects and promotional implications". Health Education Research 2000 15 (4) 435-48.
19. Cleries E. El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de los profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias. Educación Médica. 2000 3: 9-18.
20. Macdonald G. Re-designing the evidence base for health promotion. Internet Journal of Public Health Education 2 (2000), B 9-17.
21. Subías P, García-Mata JR, Perula L y grupo de evaluación del PAPPS. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la salud (PAPPS) de la sem-FYC. Aten Primaria 2000;25:383-9.
22. Berland GK, Elliot MN, Morales LS et al. Health information on the Internet: Accessibility, quality and readability in English and Spanish. JAMA 2001;285:2612-21.
23. Health Communication Message Review Criteria Centre of Health Promotion. Universidad de Toronto. www.thcu.ca
24. Promoción de la salud y educación de adultos para la salud: www.unesco.org/education/uie
25. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba García, R. et al. (Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud): Informe técnico número 2: "Elaboración de folletos educativos dirigidos a pacientes".
26. Asociación para la Educación en la Salud: www.alezeia.org
27. Lorca Serralta MT, Martínez García A, Lubián López M y Gallagher PE: Información para los pacientes: educación para la salud y nuevas tecnologías. Atención Primaria 2002 volumen 30 suplemento 1 (76-8).
28. Sastre de la Fuente, R. Educación para la salud en grupos. El Médico 2003. Aula acreditada 853-64.
29. Sastre de la Fuente R: Metodología en educación para la salud. El Médico, 2003 Aula acreditada 829-40.
30. Córdoba García, R. Educación sanitaria en las enfermedades crónicas. Aten Primaria 2003; 31 (5):315-8.
31. Barrio Cantalejo I, Simón Lorda P. Medición de la legibilidad de textos escritos. Correlación entre método manual Flesh y métodos informáticos. Aten Primaria 2003;31(2): 104-8.
32. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P. ¿Pueden leer los pacientes lo que pretendemos que lean? Un análisis de la legibilidad de materiales escritos de educación para la salud. Aten Primaria 2003;31(7):409-14.
33. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Martínez Crespo J, Nicolás Bastida A. Información escrita sobre el uso de aerosoles en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ¿Mejoramos su calidad de utilización? Aten Primaria 2004;33 (1):6-12.
34. Ferrando Belart V. La legibilidad: un factor fundamental para comprender un texto. Aten Primaria 2004;34(3):143-6.
35. Ruiz García V, Cervera Casino P. Los pacientes con internet pueden saber tanto o más que los médicos. SEMERGEN 2004;30(1):34-5.

AGRAÏMENTS:

A l'Anna Raméntol, secretària de la CAMFiC i en concret del projecte "Fulls per a pacients"; a Blanca Garcia, administradora de la web de la CAMFiC; a Carmen Becerra, periodista de la CAMFiC i correctora d'estil dels fulls; a Sigrid Iglesias, correctora i traductora dels fulls per a pacients; a Ester Duran, periodista de la CAMFiC; a Ramon Morera, expresident de la CAMFiC i impulsor del projecte; a tots els membres de la vocalia de Comunicació que han col·laborat en el passat amb aquest projecte; a tots els nous membres que s'han incorporat recentment; als grups de treball, als diferents autors dels fulls i a la Junta directiva de la CAMFiC.

...

HOME DE 61 ANYS AMB SÍNDROME DE PREEXCITACIÓ

AUTORS > Bayona Huguet, Xavier, SAP Baix Llobregat
Centre Véllez Iglesias, Enric; Gavari Ferrús, M^a Pilar .
EAP Esparreguera

SAP Baix Llobregat Nord
Institut Català de la Salut
Metges especialistes en Medicina Familiar i Comunitària

Home de 61 anys, que des de feia uns mesos presentava inestabilitat cefàlica que no interferia amb la seva vida quotidiana.

No tenia hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes. Com a antecedents patològics destacaven: diabetis tipus 2 en tractament dietètic i clorpropamida 500 mg/dia (Diabinese[®]) i dislipèmia tipus IIa que controlava amb mesures de tipus higienicodietètic. Diagnosticat de forma casual, en una revisió d'empresa (ofici: conductor d'autocar) l'any 1988, d'una síndrome (Sd.) de preexcitació tipus Wolff-Parkinson-White (WPW) (figura 1), seguint controls pel cardiòleg de zona des d'aleshores. No presentava clínica sincopal. Ecocardiograma i Holter-Electrocardiograma (ECG) estrictament normals.

Des d'atenció primària de salut es va decidir adreçar el pacient al nivell hospitalari adient, per fer l'estudi electrofisiològic i valorar tractament definitiu de la síndrome amb ablació per radiofreqüència, atès el risc no despreciable de patir una arítmia, amb les possibles conseqüències d'aquesta si es produïa mentre el senyor estava treballant. Es va realitzar l'estudi electrofisiològic localitzant el feix anòmal i es va procedir a la seva ablació, quedant en primera instància asimptomàtic, i amb un ECG normal (figura 2).

DISCUSSIÓ:

La síndrome de WPW és una anormalitat cardíaca congènita consistent en la presència d'un feix accessori (feix de Kent) que uneix directament aurícules i ventricles. Es tracta d'una síndrome de preexcitació. Els ventricles s'activen a més del node AV per la via anòmala que condueix l'impuls auricular a una major velocitat. Per la diferent velocitat de conducció (període refractari) entre les dues vies, es poden donar fenòmens de reentrada, responsables de les arítmies que es poden produir. El diagnòstic i la identificació dels pacients amb un alt risc de mort sobtada és molt important.¹

La prevalença oscil·la entre 0,1 i 3% de la població, és més freqüent en homes que en dones (2:1). En el 95% no hi ha cardiopaties associades, encara que en algunes cardiopaties congènites com la malaltia d'Ebstein i la transposició de grans vasos corregida és molt freqüent que s'hi associï. També s'associa l'esclerosi tuberosa amb la presència de la malaltia de WPW.²

La síndrome de WPW és la síndrome de preexcitació més prevalent, i es presenta més freqüentment de forma asimptomàtica, encara que el seu ventall de manifestacions és molt ampli.¹⁻²⁻⁴

El diagnòstic és clínic i electrocardiogràfic. El 80-90% es detecta en menors de 50 anys. Els símptomes clau són una història d'episodis paroxístmics de palpitations i síncope. L'exploració clínica acostuma a ser anodina, i si hi ha algun buf s'ha de sospitar cardiopatia associada. A l'ECG és característic el PR < 120 msec., el QRS ample amb ona delta (ascens lent inicial) i canvis secundaris de la repolarització. Les troballes de l'ECG poden ser canviants en el temps. El diagnòstic l'ha de fer el metge de família, i també la derivació per a la realització, en els casos que hi pugui haver una complexitat i/o risc tant des del punt de vista clínic com laboral, d'un estudi electrofisiològic de cara a la curació definitiva.³⁻⁴

El teixit que constitueix la via accessòria habitualment és miocardi normal. Si el feix de Kent condueix de forma anterògrada, el ventricle es desporalitzava a través de la via i del node AV, produint les característiques alteracions ECG del WPW: ona δ i PR < 0,12 seg. Si la conducció és retrògrada la via és oculta. Ambdues són causa d'arítmies paroxístmiques.³

Els pacients asimptomàtics amb patró de Wolff-Parkinson-White en l'ECG, tenen un risc de 1,7% per any de desenvolupar arítmies. Fins en un 30% dels casos podria desaparèixer la preexcitació al llarg de la seva vida.

Figura 1. ECG previ a l'ablació per radiofreqüència

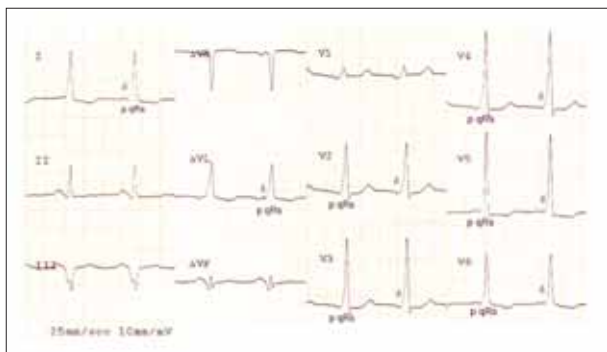
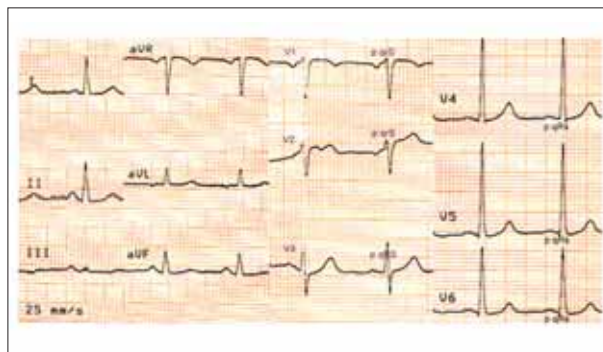


Figura 2. ECG després de l'ablació per ràdiofreqüència



La probabilitat de presentar mort sobtada es de 1/1.000 pacients/any com a conseqüència de fibril·lació auricular (FA), i després ventricular. Des de l'aparició del procediment de l'ablació per radiofreqüència (AR) del feix anòmal, i atès que en mans expertes el risc és mínim, en l'actualitat ja no es realitza estudi electrofisiològic per avaluar el risc de mort sobtada. Existeix consens sobre la pràctica d'AR en individus asimptomàtics però amb professions de risc: pilots, conductors de vehicles de transport, esportistes... En un 30% dels casos de FV secundària a WPW, aquesta va ser la primera manifestació de la malaltia.⁵⁻⁶

Opcions de tractament: conservador amb fàrmacs (adenosina, ATP, verapamil, betablocadors...), invasius com la cirurgia o l'ablació per radiofreqüència (Taula 1). L'ablació per radiofreqüència ofereix als pacients asimptomàtics amb risc de mort sobtada una curació definitiva a baix risc.

Taula 1. Recomanacions de la Societat Espanyola de Cardiologia, per a l'estudi electrofisiològic i de l'ablació amb radiofreqüència en pacients amb síndrome de preexcitació.⁷

Classe I (acord general d'eficàcia i utilitat): Pacients simptomàtics per taquicàrdies per reentrada auriculo-ventriculars o taquiarítmies auriculars conduïdes per la via. Ablació sí:
1. Preferència del pacient.
2. Arítmies resistents a la medicació.
3. Intolerància a la medicació.
Classe IIa (la major part d'evidències i opinions estan a favor de la seva eficàcia i utilitat)
1. Pacients poc simptomàtics, amb evidència clínica de mala o nul·la conductivitat anterògrada de la via accessòria, que presenten intolerància a la medicació o prefereixen l'ablació.
2. Pacients asimptomàtics amb preexcitació en els quals la presència d'aquesta suposi un obstacle pel desenvolupament de la seva vida habitual (professió, pràctica esportiva habitual, assegurances de vida, etc.), una afectació de la qualitat de vida o tinguin professions de risc.
3. Pacients amb cardiopatia i/o amb risc conegut de patir taquiarítmies auriculars.
Classe IIb (eficàcia menys establerta)
1. Pacients asimptomàtics.
Classe III (procediments no eficaços inclòs perjudicials)
1. Pacients amb arítmies mediades per la via accessòria, controlables amb medicació i que prefereixen aquesta a l'ablació.
2. Pacients asimptomàtics amb evidències clíniques de mala conductivitat anterògrada a través de la via accessòria (ablació cosmètica).

BIBLIOGRAFIA

1. Zipes DP. Specific arrhythmias diagnosis and treatment. En: Braunwald. Heart disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1997; 640-704.
2. Munger TM, Parcker DL, Hammil SC, Feldmen BJ, Bailey KR, Ballard DJ, et al. A population study of natural History of Wolff-Parkinson-White Syndrome in Olmsted County, Minnesota. *Circulation* 1993; 87:866-73.
3. Almendral Garrote A., et al. Tratamiento de taquicardias mediante ablación por catéter y radiofrecuencia. En: Tratado de Terapéutica Cardiológica. Andrés Iñiguez Romo. ed. ELA, 1995; 381-404.
4. Castillo Arrojo S, Sierra Santos L. Valoración y diagnóstico del Síndrome de Wolff Parkinson White en Atención Primaria. *MEDIFAM* 2001; 11: 373-82.
5. Klein GJ, Bashore TM, Sellers TD et al. Ventricular fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome. *N Engl J Med* 1979;301:1980-1987
6. Klein GJ, Yee R, Sharma AD. Longitudinal electrophysiologic assessment of asymptomatic patients with the Wolff-Parkinson-White electrocardiographic pattern. *N Engl J Med* 1989;320: 1229
7. Almendral Garrote J, Martín Huerta E, Medina Moreno O, Peinado Peinado R, Pérez Álvarez L, Ruiz Granell R, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardíacas. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 307-67.

...

DEPRESSIÓ RESISTENT AL TRACTAMENT PSIQUIÀTRIC

AUTORS > Peñarribia María MT^a, Blanco García E^a, Ruiz Blanes D^a, Serrano Blanco A^b.

CENTRE DE TREBALL I TITULACIÓ ACADÈMICA DELS AUTORS >

^a Metge de Família. ABS Gavà II. Unitat Docent Costa de Ponent. Barcelona

^b Psiquiatria. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA >

M^a Teresa Peñarribia María
C/ General Palafox, 22, 3er 2^a
08860 Castelldefels (Barcelona)
Tel 93-664 04 84
Mail : 32829mpm@comb.es

RESUM

La depressió és una patologia molt prevalent a l'atenció primària de salut. Davant de qualsevol trastorn depressiu és important descartar una possible etiologia orgànica. Algunes malalties endocrines, neurològiques, infeccioses o farmacològiques, entre d'altres, poden ser l'etiologia orgànica de trastorns depressius. Per això, s'ha de pensar sempre en descartar-les. L'hipotiroïdisme i la depressió són patologies molt prevalents a l'atenció primària, que moltes vegades es presenten concomitantment. Està documentada àmpliament la seva relació causa-efecte i la importància que té la instauració del tractament hormonal substitutiu. El cas clínic tracta d'una dona de 36 anys que consulta per símptomes psicòtics d'aparició brusca. S'inicia tractament antipsicòtic amb escassa millora clínica. Les alteracions analítiques d'un control rutinari fan sospitar un quadre d'hipotiroïdisme. Amb la instauració del tractament hormonal substitutiu l'evolució del quadre depressiu ha estat satisfactòria. Aquesta presentació atípica d'hipotiroïdisme en forma de trastorn depressiu amb símptomes psicòtics fa pensar en la necessitat de reflexionar per no infra-diagnosticar etiologies orgàniques.

CAS CLÍNIC:

ANTECEDENTS FAMILIARS

Pare amb síndrome depressiu. Resta sense interès.

ANTECEDENTS PERSONALS

Sense al·lèrgies medicamentoses, fumadora de 10 cigarretes/dia, dislipèmia sense tractament i afonia en estudi.

MALALTIA ACTUAL

Dona de 36 anys que va consultar, acompanyada per un familiar, per conductes estranyes i inhabituals en ella.

EXPLORACIÓ FÍSICA

Aspecte físic desarreglat amb cara inexpressiva. Disminució de la motricitat i gesticulació lenta. Semblava absent però responia a les preguntes de forma coherent. Discurs lent, entretallat, amb dificultats per mantenir un ritme d'entrevista normal i amb latència de resposta augmentada. Hipotímia franca i severa, astènia, apatia, abúlia i anhedònia. Anorèxia sense pèrdua de pes. Dificultat per pensar amb claredat. Ideació delirant autoreferencial de temàtica paranoide (la televisió parlava d'ella i amb ella).

Negava idees autolítiques. L'orientació diagnòstica va ser de depressió major amb símptomes psicòtics. Es va iniciar tractament amb clorazepat dipotàssic 10 mg/8h, venlafaxina 75 mg/12h, olanzapina 10 mg/24h i lormetazepam 2 mg/24h. Durant els controls al CSM es va evidenciar una lleu millora sense una resposta franca al tractament. Posteriorment va tornar a la nostra consulta per a control de la seva dislipèmia. A l'anàlisi destacava un augment de velocitat de sedimentació globular (65 mm/h), colesterol (13,7 mmol/L), LDL (11,41 mmol/L), AST (1,23 µkat/L), ALT (1,23 µkat/L) i gammaGT (0,48 µkat/L). A partir d'aquests resultats es va sospitar un quadre d'hipotiroïdisme. Al reexplorar es va observar: pal·lidesa cutània, fàscia mixedematosa, veu ronca, macroglòssia, depilació del terç distal de les celles i ungles trencadisses. Resta d'exploració física anodina.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

Perfil tiroïdal: TSH 377,9 mUI/l (normal 0,48-4,36), T₄ 0,9 pmol/m (normal 9,7-30,9), la T₃ < 0,3 nmol/L (normal 1-3) i anticossos antiperoxidasa 40,3 UI/mL (normal 0-2) i antitiroglobulina 22336 UI/mL (normal 0-1). Ecografia tiroïdal: sense troballes patològiques.

EVOLUCIÓ I TRACTAMENT

Davant l'evidència d'hipotiroïdisme autoimmunitat greu es va iniciar tractament amb levotiroxina 25 µg/dia, augmentant progressivament la dosi fins arribar a 150 µg/dia. A l'anàlisi de control TSH era de 236 mUI/l, T₄ de 7,3 pmol/L, T₃ de 0,7 nmol/L, transaminases i colesterol normals. Al darrer control TSH era 29,59 mUI/l i T₄, T₃, colesterol i hemograma s'havien normalitzat. Un cop començat el tractament amb levotiroxina va començar a millorar lentament dels símptomes psicòtics, per la qual cosa es varen disminuir els antipsicòtics fins la seva retirada. Els símptomes depressius van millorar lleugerament però es manté un ànim depressiu, possiblement degut a altres esdeveniments de la seva vida familiar (problemes amb la parella i detecció de malaltia greu al seu pare). Així doncs, es van disminuir les dosis d'antidepressius però sense arribar a suspendre'ls. Tot i que no està totalment restablerta del quadre tiroïdal la seva evolució està essent favorable. Actualment segueix controls amb l'endocrí i psiquiatria de zona.

DISCUSSIÓ

Alguns autors descriuen una prevalença del 40% de clínica depressiva en pacients hipotiroïdeus. És ben coneguda la relació entre hipotiroïdisme i depressió, per la qual cosa vam sospitar que el greu hipotiroïdisme que patia aquesta pacient va poder ser el responsable de la clínica psiquiàtrica. L'hipotiroïdisme s'ha descrit com una de les etiologies exògenes o orgàniques de la depressió¹ (taula 1). Els casos d'hipotiroïdisme que cursen amb simptomatologia psicòtica acostumen a estar infradiagnostocats i incorrectament tractats².

En aquest cas, la simptomatologia que presentava la pacient va fer pensar en un quadre d'etiologia purament psiquiàtrica, la qual cosa va provocar un endarreriment al diagnòstic correcte. Una de les dades que va fer pensar en la possible organicitat del quadre va ser la hipercolesterolèmia². Davant la presència de símptomes depressius s'ha de realitzar un diagnòstic diferencial entre patologia mèdica, causes farmacològiques i patologia mental². Es desconeixen les bases fisiopatològiques de la relació entre hipotiroïdisme i símptomes depressius. Han sorgit diverses teories però cap d'elles ha estat concloent. Una d'elles suggereix una disminució del flux sanguini cerebral i una concomitant disminució de la utilització de glucosa i oxigen. Tot això provocat per un augment de les resistències vasculares. A més, a causa de l'elevada sensibilitat del sistema nerviós central davant de les hormones tiroïdals apareixen canvis metabòlics que poden provocar símptomes

psiquiàtrics²⁻³. L'altra teoria es basa en la rellevància de l'eix hipotàlam-hipofisari-tiroïdal com a etiologia dels desordres afectius. A la depressió existeix un augment de la disponibilitat de les hormones tiroïdals per l'augment de la funció dels receptors betaadrenèrgics. Això promou la transmissió de les vies noradrenèrgiques centrals i s'accelera la recuperació dels símptomes depressius. Una mobilització inadequada de les hormones tiroïdals predisposa cap a un quadre depressiu, o si ja el pateix, cap a una recuperació enrederida o un quadre resistent als tractaments habituals⁴⁻⁵.

La instauració del tractament substitutiu ha de ser precoç però de forma progressiva en el temps. D'altra banda existeix el risc de quadres psiquiàtrics associats a un augment ràpid de les dosis⁶ i si el quadre s'allarga sense tractament pot aparèixer dany cerebral irreversible². Amb relació al cas que ens ocupa la majoria d'autors aconsellen el cribratge de la funció tiroïdal en pacients amb símptomes psiquiàtrics per descartar l'organicitat²; ja que ens trobem davant d'una patologia molt prevalent i de fàcil diagnòstic i tractament.

Volem remarcar la importància de considerar al pacient de forma integral. El metge de família és la figura dins del sistema sanitari que gaudeix d'una posició privilegiada a causa de la seva formació multidisciplinària i la seva situació en el primer nivell assistencial per poder detectar precoçment aquesta patologia.

Taula 1. Causes mèdiques i farmacològiques dels símptomes depressius.

Endocrinològiques:	
· Hipertiroïdisme (28%)	· Malaltia d'Addison (50%)
· Hipotiroïdisme (40%)	· Hiperprolactinèmia (33%)
· Hiperparatiroidisme (32%)	· Diabetis (15-20%)
· Hipoparatiroidisme (13%)	· Hipoglucèmia
· Síndrome de Cushing (70%)	· Hiperaldosteronisme
Neurològiques:	
· Traumatisme cranioencefàlic (7-77%)	· Epilèpsia (40%)
· Accident vascular cerebral (30-50%)	· Altres:
· Malalties extrapiramidals:	· Hidrocefàlia
· Parkinson (25-70%)	· Tumors cerebrals
· Corea de Huntington (50%)	· Narcolepsia
· Paràlisi supranuclear progressiva (30%)	· Encefalitis
· Esclerosi múltiple (42%)	· Miastènia gravis
· Demències: Malaltia d'Alzheimer (1-86%)	· Malaltia de Wilson (50-65%)
· Epilèpsia (40%)	· Cefalees (20%)
Deficiències de vitamines, electròlits i minerals:	
· Folats	· Hipopotassèmia
· Vitamina B12 (20%)	· Hipomagnesèmia
· Altres vitamines del complex B	· Hipocinèmia
· Vitamina C	· Hiponatrèmia (d'instauració lenta)

Taula 1. Continuació

Neoplàstiques:	
Especialment carcinoma de cap de pàncrees (50%)	
Infeccioses:	
· Sèpsis	· Mononucleosi infecciosa
· Tuberculosi	· Grip
· Febre tiroïdal	· Hepatitis
· Infeccions por colibacils	· Sida (22-61%)
· Infeccions del tracte urinari	
Reumatològiques:	
· Lupus eritematós sistèmic (11%)	· Arteritis de la temporal
· Artritis reumatoide (17.5%)	· Síndrome d'Sjögren
Intoxicacions:	
· Plom	· Bismut
· Benzè	· Quinina
· Mercuri	· Monòxid de carboni
Miscel·lània:	
· Malaltia cardiopulmonar	· Anèmies
· Urèmia i altres nefropaties	· Policitemia vera
· Porfíria	· Postoperatori
Farmacològiques:	
· Analgèsics i antiinflamatoris: ibuprofèn, indometacina, opiacis, fenacetina	
· Antibacterians i fungicides: ampicil·lina, cicloserina, etionamida, griseofulvina, metronidazole, àcid nalidíxic, nitrofurantoina, estreptomina, sulfametoxazole, sulfonamides, tetraciclina	
· Antihipertensius i fàrmacs per al cor: alfametildopa, betanidina, betablocadors (propranolol), clonidina, digitalis, guanetidina, hidralacina, lidocaina, prazosina, procainamida, guanabenzacetat, rescinamina, reserpina, veratrum	
· Antineoplàstics: C-aspariginasa, azatioprina, 6-azauridina, bleomicina, trimetoprim, vincristina	
· Neurològics i psiquiàtrics: amantadina, baclofèn, barbitúrics, benzodiazepines, bromocriptina, butirofenes, carbamazepina, clorhidrat, fenitoina, fenotiazines, levodopa, oxindols, tetrabenacina	
· Esteroides i hormones: corticosteroides, danazol, contraconceptius orals, prednisona, triamcinolona	
· Altres: acetazolamida, amfetamines, colina, cimetidina, ciproheptadina, difenoxilat, disulfiram, fenfluramina, metisergida	

BIBLIOGRAFIA

- Gunnarsson T, Sjöberg S, Eriksson M, Nordin C. Depressive symptoms in hypothyroid disorder with some observations on biochemical correlates. *Neuropsychobiology* 2001; 43(2): 70-4
- McGaffee J, Barnes MA, Lippmann S. Psychiatric presentations of hypothyroidism. *Am Fam Physician* 1981; 23(5): 129-33
- Torras MT, Bernat MJ, García A, Roig I, Catalá M. Prevalencia de trastornos mentales diagnosticados en un centro de salud de la asistencia primaria. *C Med Psicosom* 1998; 45: 70-73
- Engum A, Bjoro T, Mykletun A, Dahl AA. An association between depression, anxiety and thyroid function—a clinical factor an artefact?. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(1): 27-34
- Davis AT. Psychotic states associated with disorders of thyroid function. *Int J Psychiatry Med* 1989; 19(1): 47-56
- Irwin R, Ellis PM, Delahunt J. Psychosis following acute alteration of thyroid status. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31(5): 762-4

...

ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

AUTORS > Marta Sorribes Capdevila, M^a Teresa Alzamora Sas
Nicolás Vila Moriente

EAP Riu Nord-Riu Sud .Santa Coloma de Gramenet

ANTECEDENTS

Pacient de 38 anys, solter, amb adequat suport familiar, sense al·lèrgies conegudes. Fumador de 20 cig/dia. Hàbit enòlic de 80 gr/dia. Apendicectomia a la infància.

MALALTIA ACTUAL

Pacient que al 8è dia de ser donat d'alta després d'un accident de trànsit, amb els diagnòstics d'hematoma subdural temporal esquerre, contusió-atelèctasi pulmonar dreta i dubtós falcament T11, presenta dispnea i hemianòpsia homònima esquerra severa amb hemiparèsia esquerra. A l'exploració física es veu una temperatura de 36,8°C, una TA de 115/65, un pols de 152 batecs per minut i una freqüència respiratòria de 24 per minut. L'auscultació cardiorespiratòria presentava una taquicàrdia de 152 per minut i l'exploració abdominal fou anodina. Neurològic: hemianòpsia homònima esquerra amb parèsia faciobraquiorural esquerra 3/5. Davant l'alta sospita de tromboembolisme pulmonar (TEP) i embolisme cerebral ingressa a l'hospital per a exploracions complementàries i tractament adient. Judici clínic: tromboembolisme pulmonar i embolisme cerebral en home de 38 anys que ha estat enllitat sense anticoagulació per haver patit un hematoma subdural. Pel que fa a les proves complementàries cal esmentar una radiografia de tòrax amb atelèctasi del LID i ECG amb taquicàrdia sinusal i S1Q3 T3. En l'anàlisi destaca un hemograma amb hemoglobina de 8,3%, hematòcrit del 25% i 506.000 plaquetes; T de protombina 61%, TTPA 39 seg (ratio 1,2) i la resta de paràmetres normals. TAC cranial: hematoma subdural temporal esquerre i infart parietooccipital dret (territori ACM i ACA). (fig 1) Ecocardiograma: trombus filiforme en trànsit a través del foramen oval amb imatge voluminosa que es situa a aurícula esquerra i s'introdueix a ventricle esquerre. (fig 2) Angiografia compatible amb TEP. El quadre s'orienta com a comunicació interauricular permeabilitzada segurament per hipertensió pulmonar brusca deguda al TEP amb embolisme cerebral paradògic.

EVOLUCIÓ

Al pacient se li col·loca un filtre de cava inferior i tractament anticoagulant amb heparina de baix pes molecular a dosis plenes, presentant una recuperació gairebé *ad integrum* de l'hemiparèsia esquerra, restant únicament hemianòpsia esquerra.

Figura 1. Hematoma subdural temporal esquerre i infart parietooccipital dret



Figura 2. Trombus filiforme en trànsit a través del foramen oval amb imatge voluminosa que es situa a aurícula esquerra i s'introdueix a ventricle esquerre



DISCUSSIÓ

Es tracta d'un pacient jove enllitat que presenta hipertensió pulmonar secundària al tromboembolisme pulmonar i com a conseqüència el foramen oval que presentava es fa permeable i un trombus filiforme passa a través de la comunicació interauricular com podem observar a l'ecocardiografia (fig. 1) que es desprèn a la circulació general i provoca una oclusió en el territori de l'artèria cerebral mitja i anterior (fig. 2).

Els ictus isquèmics representen la tercera causa de mort al nostre país, la primera causa específica de mort en dones i la primera causa de incapacitat després dels 65 anys.

Després d'un estudi exhaustiu quant a la seva etiologia en el 20-25% dels casos no podem determinar la seva etiologia i els etiquetem de indeterminats (ictus criptogènics). La persistència de foramen oval permeable ha estat implicada com a causa potencial d'embòlia paradoxal i d'ictus d'origen indeterminat. La presència del shunt dreta-esquerra és per si mateix un factor poc fiable per predir el risc d'ictus. Les característiques associades a un major risc d'ictus isquèmic són la grandària del foramen oval i especialment el grau de shunt. Si el shunt és massiu, el risc d'ictus isquèmic es multiplica per 3,5 i el d'ictus criptogènic es multiplica per 12.

Bibliografia

1. Serena J, Dávalos A. Ictus de causa desconocida y foramen oval permeable: una nueva encrucijada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 57 (7): 649-51.
2. De Castro S, Caroni D, Fiorelli M, Rasura M, Anzini A, Zanette EM et al. Morphological and functional characteristics of patent foramen ovale and their embolic implications. *Stroke* 2000; 31: 2407-13.
3. Homma S, Sacco RL, Di Tullio MR, Sciacca RR, Mohr JP, for the PFO in Cryptogenic Stroke Study (PICSS) investigators. Effect of medical treatment in stroke patients with patent foramen ovale. Patent foramen ovale in cryptogenic stroke study. *Circulation* 2002; 105: 2625-31.

...

LESIÓ D'UN MES D'EVOLUCIÓ A LA PLANTA DEL PEU

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

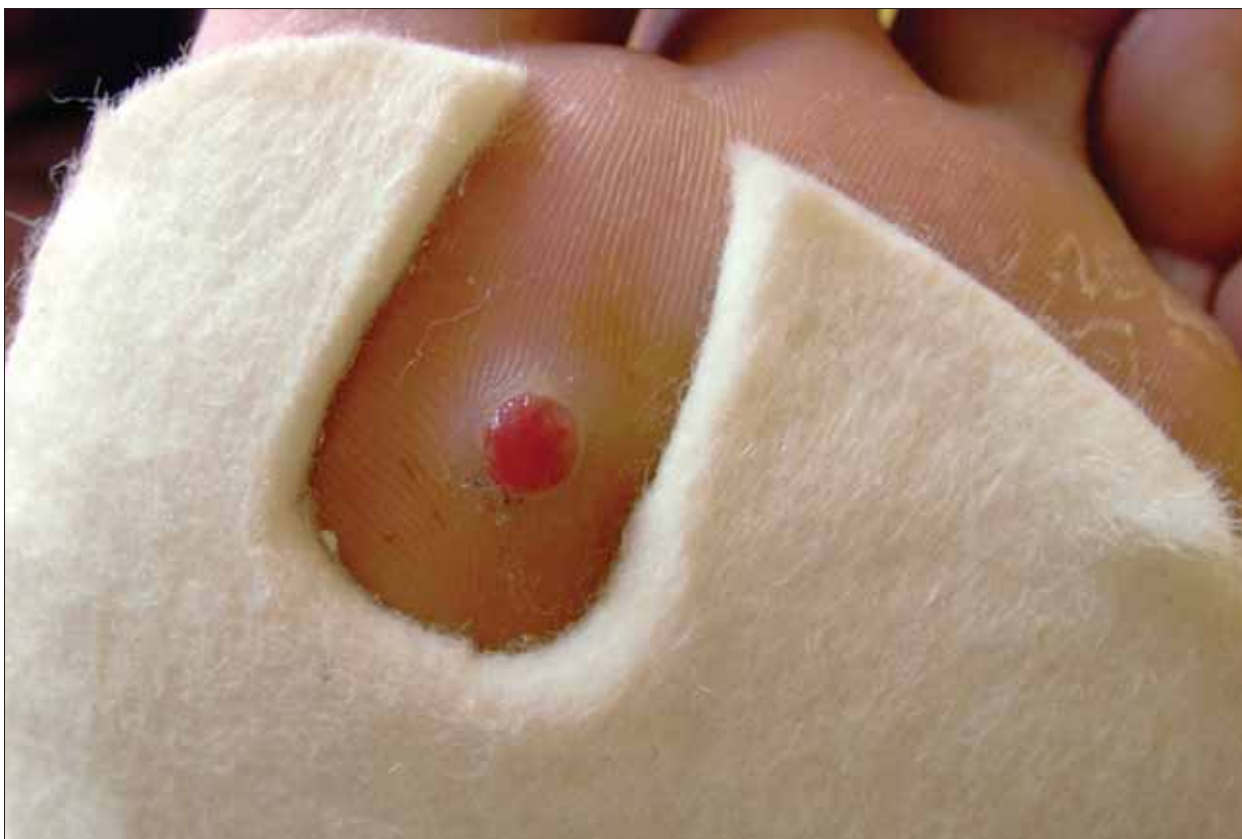
CAS CLÍNIC

Una dona de 23 anys sense antecedents destacables va consultar per una lesió d'un mes d'evolució a la planta del peu (figura 1). La lesió era dolorosa i referia sagnat amb facilitat. A l'exploració es va evidenciar un nòdul de superfície llisa i tova de color roig brillant d'1 cm de diàmetre.

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL

- 1) Melanoma maligne
- 2) Carcinoma espinocel·lular
- 3) Hemangioma
- 4) Botriomicoma
- 5) Tumor glòmic

Figura 1. Lesió d'un mes d'evolució a la planta del peu



COMENTARI

La resposta correcta és la 4. La pacient presentava un botriomicoma o granuloma piogènic, diagnòstic que es va confirmar amb la biòpsia cutània. El botriomicoma és un nòdul de coloració habitualment roig brillant, encara que de vegades es pot presentar de forma violàcia, marronosa o negra. Aquesta lesió creix ràpidament i sagna amb facilitat. Pel seu aspecte pot confondre's amb un melanoma, motiu pel qual requereix d'una biòpsia per tal d'assegurar el diagnòstic. La grandària és menor d'1,5 cm i normalment és pedicular o sèssil. La localització més freqüent són els dits de les mans, llavis, boca, tronc i dits dels peus. A la histopatologia es veu una proliferació de capil·lars amb cèl·lules endotelials de forma prominent dintre d'un estroma edematós o gelatinós. Aquesta lesió no desapareix espontàniament, així que s'ha d'electrocoagular després de la biòpsia.

PONÈNCIA 1: Perquè no es conté la despesa farmacèutica?

AUTORS > Joan-Ramon Laporte. Fundació Institut Català de Farmacologia

En general, l'increment de la despesa en medicaments s'atribueix a la combinació d'un increment de la demanda per motius demogràfics i culturals, i a un increment del cost de les noves tecnologies.¹

Des de fa més de vint anys es posen en pràctica mesures de contenció que tenen efectes de curta durada, que són constantment compensats per modificacions de l'estructura del consum. A la figura següent es pot apreciar com, malgrat l'aplicació de diverses mesures administratives, el consum de medicaments ha augmentat de manera accelerada i ininterrompuda des dels anys vuitanta.²

Per tant, convé examinar el que s'ha fet i el que no s'ha fet per influir de manera positiva sobre la decisió de prescriure, la qual, al cap i a la fi, és la que determina el consum. El SNS és una empresa de coneixements; les decisions que s'hi prenen per assolir els objectius es basen en coneixements. Durant els 40 anys que dura una vida professional, els coneixements necessaris per exercir la pràctica mèdica es multipliquen per 8-12 vegades. La formació continuada és, per tant, un element estratègic de primer ordre. No obstant això, a Espanya el SNS ha deixat la formació continuada en mans de la indústria de les tecnologies sanitàries, les quals dediquen una gran part del seu pressupost a promoció (2-3 vegades el que dediquen a I+D). Cada any més de 100 nous productes són incorporats a la prestació farmacèutica del SNS, amb la intensa pressió comercial que això implica. El SNS no necessita tots aquests fàrmacs, i a més no té capacitat per gestionar-ne el coneixement.

Els medicaments són una de les principals "matèries primeres" de l'empresa: representen un 64% de tota la despesa en atenció primària). No obstant això, les decisions per adquirir aquesta "matèria primera" (que a Catalunya donen lloc a 120 milions de decisions de prescriure a l'any) estan "descentralitzades" en milers de prescriptors. El SNS ha d'orientar els seus prescriptors sobre els seus objectius prioritaris i sobre les seves estratègies per assolir-los.

Gairebé un 80% de la despesa farmacèutica del SNS s'origina a l'atenció primària, on hi ha abundant incertesa terapèutica sobre moltes situacions clíniques freqüents. La meitat dels pacients d'atenció primària no presenten malalties evolucionades "amb criteris diagnòstics" com en els hospitals (o com en els llibres de text o com en els assaigs clínics). A comparació de l'hospital, a l'atenció primària hi ha més incertesa sobre la conveniència de prescriure i sobre els efectes esperats dels medicaments i això implica que és més difícil establir un estàndard de qualitat. A més, els prescriptors estan sotmesos per una banda a una intensa pressió comercial per prescriure, i per l'altra a una creixent pressió per moderar la despesa. La institució no els orienta ni protegeix.

Tal com proposa l'OMS, convé considerar tres nivells de selecció dels medicaments: el del registre (que determina si entren al mercat), el del SNS (que determina si són finançats) i el de centre o àrea (que determina si són inclosos en els protocols i pràctiques habituals de l'PEAP o l'Àrea de Salut). El primer es basa sobretot en criteris d'eficàcia i seguretat, i depèn de l'agència reguladora (l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris, AEMPS). El segon és actualment inexistent; s'hauria de basar en l'eficàcia, la seguretat i el cost, per comparació entre les diferents alternatives terapèutiques. El tercer nivell de selecció ha de considerar, a més, qüestions com la familiaritat amb els medicaments per part del personal del centre. Aquesta estratègia s'aplica des de fa anys als hospitals

del SNS, en els quals hi ha una llista d'uns pocs centenars de medicaments, escollits sobre la base dels problemes (i no sobre la base del fàrmac), que són els que es poden prescriure a cada centre. Aquesta selecció de medicaments s'acompanya de l'establiment de mecanismes per poder prescriure medicaments de fora de la llista en situacions específiques. (A l'Hospital Vall d'Hebron, per exemple, menys d'un 1% del cost de la prescripció anual es situa fora d'aquesta llista).

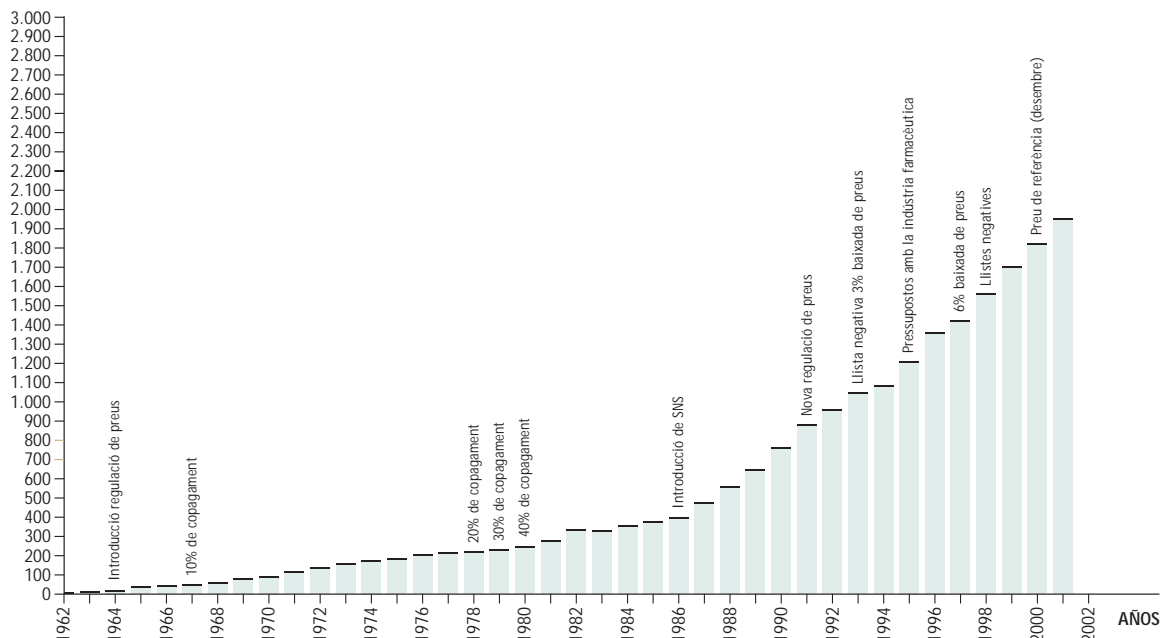
Qualsevol empresa ha d'avaluar els resultats de la seva activitat. El SNS disposa de sofisticats mecanismes per tal de conèixer amb detall el consum farmacèutic (el mercat), però no avalua els resultats d'aquest consum (la salut), és a dir, que no s'interessa per conèixer si les intervencions (de qualsevol tipus) que aplica tenen algun impacte sobre la salut de la població: no sols gastem malament; sembla com que no ens interessés conèixer-ne els resultats. El SNS hauria de promoure la recerca sobre l'efecte de la seva activitat. En relació amb el consum de medicaments, el SNS n'ha d'avaluar els efectes sobre la salut. Altrament, és impossible conèixer l'efectivitat i l'eficiència de la despesa en medicaments. Per altra banda, a Espanya l'actual estructura del SNS (transferit a les Comunitats Autònomes) suposa un risc de minvament de posició negociadora davant de qualsevol proveïdor de tecnologia sanitària. Caldrà potenciar la coordinació i col·laboració entre les diferents Comunitats Autònomes.

En el mercat global de les tecnologies els sistemes de salut són compradors nats. La recerca és la principal creadora de coneixement, no sols per reforçar la posició de venedor (patents), sinó també la de comprador (per tal de no comprar fum a preu d'or). Fóra més difícil que un SNS amb prioritats d'investigació de resultats i de formació continuada centrades en l'interès del pacient es deixés seduir per arguments d'escassa validesa científica (per ex., sobre la suposada superioritat d'un nou fàrmac, en absència d'assaigs comparatius amb els fàrmacs més ben coneguts). Fins ara, la investigació clínica del SNS ha estat majoritàriament deslligada de l'activitat assistencial i ha estat no sols minoritària, sinó en gran part al servei de la indústria farmacèutica. La investigació promoguda per la indústria té per objecte el desenvolupament de nous fàrmacs i l'acompliment d'exigències reguladores, però el seu objecte no és la salut de la població. La indústria investiga fonamentalment sobre la salut dels medicaments, però no sobre la de pacients o poblacions. Cal dotar al SNS d'autonomia pròpia, de manera que deixi d'ésser un receptor passiu d'informacions per ser un productor de coneixement i el principal generador de la informació necessària per a la presa de decisions.

La prescripció de medicaments és indicativa de la qualitat assistencial. La qualitat en la prescripció necessita sistemes d'informació, formació continuada i investigació de resultats i sobre les múltiples incerteses freqüents de la pràctica clínica, sobretot a atenció primària. La formació continuada i la investigació tendents a crear coneixement útil per als objectius del SNS han de ser activitats rutinàries dels professionals, de manera que els incentius professionals i la carrera professional han d'anar lligades a aquests objectius. Cal abandonar la idea que formació continuada equival a "anar a classe". La formació continuada en un equip de salut consisteix a desenvolupar activitats tendents a millorar la qualitat assistencial a través de l'actualització continuada i el seguiment dels resultats. Els contractes professionals i la carrera professional haurien de donar la mateixa importància a la formació continuada i la investigació, que a la labor assistencial.

...

Figura 1. Augmentació del consum de medicaments als anys vuitanta



PONÈNCIA 2: Cal gastroprotecció per al pacient en tractament amb àcid acetilsalicílic a dosis antiagregants?

AUTORS > Sara Bonet. Farmacòloga.

EFFECTES GASTROLESIUS DE L'ÀCID ACETILSALICÍLIC I ELS ANTIINFLAMATORIS NO ESTEROÏDALS¹⁻⁷

L'àcid acetilsalicílic (AAS) i la resta d'antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) s'han associat a toxicitat gastrointestinal. D'aquests efectes adversos descrits, en destaquen per llur gravetat: l'hemorràgia gastrointestinal, l'ulcus gàstric i el duodenal. En diferents estudis epidemiològics (majoritàriament cas control), el risc (*odds ratio*) d'hemorràgia gastrointestinal per AAS s'ha descrit entre 2 i 7.

Els factors de risc associats a hemorràgia gastrointestinal dels AINE i de l'AAS a dosis analgèsiques o antiinflamatòries han estat: 1) edat avançada (> 60 i > 75 anys; multiplica el risc per 3 i 9 respectivament); 2) antecedents d'hemorràgia gastrointestinal o úlcera pèptica; 3) dosis elevades (a més dosis, més risc), múltiples dosis de diferents AINE, o tractament combinat d'AINE i AAS a dosis antiagregants; 4) ús concomitant d'anticoagulants o glucocorticoides; 5) malaltia cardiovascular; i 6) infecció per *Helicobacter pylori*. Factors de risc considerats possibles han estat l'hàbit de fumar i el consum elevat d'alcohol.

EFFECTES GASTROLESIUS DE L'AAS A DOSIS BAIXES (ANTIAGREGANTS)⁸

En estudis endoscòpics i de rentat gàstric, amb l'administració d'AAS a dosis baixes, s'ha descrit aparició de petèquies, erosions, úlceres endoscòpiques, i hemorràgies subclíniques de la mucosa gàstrica.⁹⁻¹³ Més important esdevé, però, el fet que les lesions agudes de mucosa gàstrica no es correlacionen, ni amb els símptomes ni amb evolució a lesions més greus. Així mateix, la dispèpsia tampoc no es correlaciona amb el risc d'hemorràgia gastrointestinal i en el 50% dels casos, la mucosa gastrointestinal és normal.⁶⁻¹⁴

El risc d'hemorràgia gastrointestinal quan s'utilitza l'AAS a dosis baixes per a la prevenció d'esdeveniments cardiovasculars ha estat avaluat en diferents assaigs clínics,¹⁵⁻¹⁶ diversos estudis de cas control¹⁷⁻¹⁹ i metaanàlisis²⁰⁻²². A partir d'aquests estudis podríem dir que:

1. L'AAS a dosis profilàctiques augmenta el risc relatiu d'hemorràgia gastrointestinal entre 1,7 i 2,4 vegades, increment tres cops inferior al dels AINE o AAS a dosis més elevades.
2. Cal avaluar la relació benefici/risc d'aquesta intervenció. En la prevenció cardiovascular secundària, està clar que hi ha més benefici que risc d'aquesta intervenció, tot i que probablement s'ha infraestimat el risc, ja que en la majoria d'assaigs clínics s'han exclòs els pacients amb elevat risc de sagnat. Aquesta relació benefici/risc s'hauria de tenir en compte sobretot en la prevenció primària de l'infart, en la qual el benefici del tractament amb AAS és petit. En aquest sentit, és molt interessant la metaanàlisi de Sanmuganathan et al.,²² en la qual avaluen, en funció del risc cardiovascular del pacient, el benefici net de la intervenció amb AAS a dosis antiagregants.
3. Els factors de risc descrits d'hemorràgia gastrointestinal associats a l'AAS a dosis baixes han estat:
 - En relació a l'edat: si bé per als AINE queda clara una relació amb l'edat, els estudis en AAS a dosis profilàctiques no han estat tan conclouents. Així, per exemple, en el cas control de De abajo et al., el risc va ser similar en les diferents franges d'edat.¹⁹
 - El risc es veu molt incrementat quan existeixen antecedents d'hemorràgia gastrointestinal o úlcera (x 6,5).¹⁸

- En relació amb la dosi: tot i que en estudis inicials, s'observava una major incidència d'efectes gastrointestinals en funció de la major dosi profilàctica emprada, els estudis realitzats més recentment amb AAS a dosis baixes han descrit un risc similar per a diferents dosis profilàctiques (de 50 a 325 mg).¹⁷⁻¹⁹⁻²³
- En relació amb la formulació de l'AAS: no s'han corroborat els resultats inicials de major protecció enfront els efectes gastrointestinals de l'AAS amb recobriment entèric o formulacions tamponades. Els darrers estudis realitzats han descrit un risc similar per a les diferents formulacions, tant en la incidència d'hemorràgia gastrointestinal com d'úlceres gàstriques o duodenals.¹⁷⁻¹⁹⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁷
- La coinfecció per *Helicobacter pylori*, incrementaria el risc intestinal.²⁸⁻²⁹
- La coadministració d'AAS a dosis baixes, amb AINE, potencia el risc gastrointestinal d'ambdós fàrmacs, sobretot si l'AINE s'administra a dosis altes.⁷⁻¹⁹⁻²⁷
- En un cas control, la coadministració d'AAS a dosis baixes amb anticoagulants, ha estat associada a un major efecte gastrointestinal, fet però, que no s'ha descrit amb la coadministració d'AAS i esteroides.¹⁹

PEL QUE FA A LA PROFILAXI DE LA TOXICITAT GASTROINTESTINAL DELS AINE

(recomanable la revisió de Jacobsen EB et al. 2004).

Sabem que:⁶⁻³⁰⁻³⁶

El misoprostol redueix la incidència tant d'úlceres gàstriques com duodenals i les possibles complicacions d'aquestes quan es pren concomitantment amb un AINE, però presenta un nombre no menyspreable d'efectes adversos. La ranitidina redueix la incidència d'úlceres duodenals i la famotidina a dosis altes també la de les gàstriques. L'omeprazole redueix la incidència d'úlceres gàstriques i duodenals en pacients amb antecedents de lesions prèvies per AINE amb una eficàcia superior a la de la ranitidina i el misoprostol i millor tolerat que el misoprostol. Les dades disponibles per a l'acexamat de zinc són menys consistents que les disponibles per a les altres alternatives.

PEL QUE FA A LA PROFILAXI DE LA TOXICITAT GASTROINTESTINAL DE L'AAS A DOSIS BAIXES

Ara per ara, no es disposa d'assaigs clínics que hagin avaluat si l'administració de misoprostol, antihistamínic H₂O inhibidors de la bomba de protons, redueixen la toxicitat gastrointestinal de l'AAS, quan s'administra a dosis baixes en pacients sense antecedents de complicacions gastrointestinals, en la prevenció dels esdeveniments cardiovasculars. Diversos estudis endoscòpics o de rentat gàstric han mostrat que tant la ranitidina com l'omeprazole o el lanzoprazole reduïen enfront placebo el dany de la mucosa gàstrica.¹³⁻³⁷⁻³⁹ Aquests estudis no han aportat dades sobre complicacions per sagnat gastrointestinal o úlcera gàstrica o duodenal i com s'ha comentat anteriorment, el dany de la mucosa gàstrica no té una bona correlació amb l'evolució a complicacions greus. En diversos estudis epidemiològics (casos controls o cohorts de pacients amb història d'HGI) el tractament amb omeprazole, ha estat avaluat com a factor protector de les complicacions gastrointestinals de l'AAS a dosis baixes.¹⁸⁻⁴⁰⁻⁴¹

En quatre assaigs clínics s'ha avaluat el tractament amb un inhibidor de la bomba de protons, en pacients d'alt risc de complicacions gastrointestinals per AAS a dosis baixes, per haver presentat o sagnat previ o úlcera gàstrica o duodenal.^{28-42,44} Dos d'aquests estudis s'han realitzat, en pacients amb infecció per *Helicobacter pylori*:¹⁸⁻⁴²

- En el primer d'aquests, els pacients amb antecedents de sagnat gastrointestinal associat a l'administració d'AAS a dosis baixes o a AINE, un cop curada l'úlcera amb omeprazole durant 8 setmanes, aquests pacients eren separats en dos grups, un dels quals va rebre durant sis mesos AAS a 80 mg (si prèviament havien pres AAS), i l'altre, naproxèn a 500 mg/12 hores (si havia pres AINE). Cadascun d'aquests dos grups va ser aleatoritzat a dues estratègies diferents: una branca rebia omeprazole 20 mg/dia durant els 6 mesos de l'assaig, i l'altre branca rebia una setmana de tractament eradicador de l'*Helicobacter pylori*. La variable principal de l'estudi va ser la recurrència de sagnat. No es varen trobar diferències en el percentatge de recurrències en els pacients que varen prendre AAS a dosis baixes més omeprazole, o més teràpia eradicadora (1,9% en la branca d'eradicació i un 0,9% en la de tractament amb omeprazole). Sí, però, es van trobar diferències en els pacients que varen rebre naproxèn (18,8% recurrències en la branca d'eradicació, enfront al 4,4% en el grup tractat amb omeprazole).⁴²
- En el segon assaig en pacients amb complicació d'úlcera per AAS a dosis baixes i coinfecció per *Helicobacter pylori*, tera la curació de l'úlcera i l'eradicació de l'*Helicobacter pylori*, tots els pacients varen rebre AAS a dosis de 100 mg i varen ser aleatoritzats a lansoprazole 30 mg o placebo (62 i 61 pacients, respectivament). La recurrència de les complicacions per úlcera als 12 mesos van ser de 1,6% i 14% per lansoprazole i placebo (diferència estadísticament significativa). No va haver diferències en les dades de mortalitat.¹⁸

Les característiques dels altres dos assaigs, eren les següents: pacients amb malaltia ulcerosa induïda per AAS a dosis baixes, aleatoritzats a clopidogrel + omeprazole (n=69), o AAS a dosis baixes + omeprazole (n=60). Quant a la variable principal de guariment de l'úlcera o erosió a les 8 setmanes, no varen trobar-se diferències entre les dues branques de tractament (94% i 95% respectivament). Sí, però, es detectaren un 4% de rash

en els pacients tractats amb clopidogrel⁴³; pacients amb sagnat per úlcera en tractament amb AAS per prevenció cardiovascular i negatius per *Helicobacter pylori*, aleatoritzats a rebre clopidogrel (n=161), o AAS a dosis baixes + esomeprazole (n=159). La variable principal va ser recurrència de sagnat de l'úlcera als 12 mesos i va trobar-se un major percentatge de recurrències en la branca de clopidogrel (8,6%), contra AAS a dosis baixes + esomeprazole (0,7%).⁴⁴

CONCLUSIÓ

L'ús d'AAS a dosis baixes per a la prevenció d'esdeveniments cardiovasculars, s'associa a un risc de toxicitat GI. Risc però, de menor magnitud al descrit pels AINE o AAS a dosis més elevades. En la prevenció cardiovascular secundària, aquest risc s'ha considerat inferior al benefici que se n'obté. Els factors que s'han associat a un major risc de complicacions gastrointestinals han estat: l'antecedent d'hemorràgia gastrointestinal o úlcera, l'associació amb AINE o anticoagulants orals, i la infecció per l'*Helicobacter pylori*. Tot i que en estudis inicials, s'havia associat un major risc a les dosis antiagregant més altes i un efecte protector a les formulacions de l'AAS amb cobertura entèrica o tamponada, estudis més recents no han corroborat aquestes dades.

Pel que fa a dades d'eficàcia de la profilaxi de la gastrotoxicitat, la majoria d'autors no recomanen l'administració sistemàtica d'antiulcerosos quan s'administra AAS a dosis profilàctiques. En aquest sentit, disposem de dades de pocs assaigs clínics que hagin avaluat l'eficàcia d'aquesta intervenció (inhibidors de la bomba de protons), i només s'ha avaluat en pacients de molt risc que ja havien presentat hemorràgia gastrointestinal o úlcera secundària a l'AAS. En aquests pacients, els inhibidors de la bomba de protons tindrien un efecte preventiu. Cal, però, la realització de més assaigs per avaluar l'eficàcia d'aquesta intervenció i l'eficàcia en altres pacients sense antecedents d'hemorràgia gastrointestinal o úlcera o altres factors de risc. En cas que es detectés infecció per l'*Helicobacter pylori*, també podria ser útil l'eradicació de la infecció. Tenint en compte que probablement el tractament haurà de ser per vida, les dades de major experiència d'ús i seguretat a llarg termini de l'omeprazole, ens decantarien per aquest principi actiu.

Bibliografia

1. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. N Engl J Med 1999; 340: 1888-1899.
2. Gabriel SE, Jaakkimainen L, Bombardier C. Risk for serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A meta-analysis. Ann Intern Med 1991; 115: 787-796.
3. Willet LR, Carson JL, Strom BL. Epidemiology of gastrointestinal damage associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Drug Safety 1994; 10: 170-181.
4. Silverstein FE, Graham DY, Senior JR, et al. Misoprostol reduces serious gastrointestinal complications in patients with Rheumatoid Arthritis receiving non-steroidal anti-inflammatory drugs. A randomized, double-blind, placebo controlled trial. Ann Intern Med 1995; 123: 241-249.
5. Huang J-Q, Sridhar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic ulcer disease: a meta-analysis. Lancet 2002; 14359:14-22.
6. Jacobsen RB, Phillips BB. Reducing Clinically Significant Gastrointestinal Toxicity Associated with Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. Ann Pharmacother 2004; 38: 1469-81.
7. Laporte JR, Ibañez L, Vidal X, Vendrell L, Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Newer Versus Older Agents. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420.
8. Lanás A, Ferrández A. ¿Deben administrarse protectores gástricos a los pacientes coronarios que toman dosis bajas de aspirina de forma crónica?. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1361-1364.
9. Simon B, Elsner H, Muller P. Protective effect of omeprazole against low-dose acetylsalicylic acid. Endoscopic controlled double-blind study in healthy subjects. Arzneimittelforschung 1995; 45: 701-703.
10. Muller P, Fuchs W, Simon B. Studies on the protective effect of lansoprazole on human gastric mucosa against low-dose acetylsalicylic acid. Arzneimittelforschung 1997; 47: 758-760.
11. Kordeki H, Kurowski M, Kosik M, Pilecka D. Is *Helicobacter pylori* infection a risk or protective factor for mucosal lesions development in patients chronically treated with acetylsalicylic acid? J Physiol Pharmacol 1997; 48: 85-91.
12. Prichard PJ, Kitchingman GK, Prichard PJ, Daneshmandi TK, Hawkey CJ. Human gastric mucosa bleeding induced by low dose aspirin, but not warfarin. Br Med J 1989; 298: 493-496.

13. Kitchingman GK, Prichard PJ, Kitchingman GK, Daneshmend TK, Walt RP, Hawky CJ. Enhanced gastric mucosal bleeding with doses of aspirin used for prophylaxis in patients with dits reduction by ranitidine. *Br J Clin Pharmacol* 1989; 28: 581-585.
14. Pounder R. Silent peptic ulceration: deadly silence or golden silence?. *Gastroenterology* 1989; 96 (2 Pt 2 Suppl): 626-631.
15. Goldstein JL, Agrawal NM, Silverstein FE, Verburg KM, Burr AM, Hubbard RC, et al. Influence of H. Pylori (HP) infection and/or low dose aspirin (ASA) on gastroduodenal ulceration in patients treated with placebo, celecoxib, or NSAIDs. *Gastroenterology* 1999; 116: A174.
16. Slattery J, Warlow CP, Shorrocks CJ, Langman MJ. Risks of gastrointestinal bleeding during secondary prevention of vascular events with aspirin - analysis of gastrointestinal bleeding during the UK-TIA trial. *Gut* 1995; 37: 509-511.
17. Weil J, Colin Jones D, Langman MJS, Lawson D, Logan R, Murphy M et al. Prophylactic aspirin and risk of peptic ulcer bleeding. *BMJ* 1995; 310: 827-830.
18. Lanas A, Bajador E, Serrano P, Fuentes J, Carreño S, Guardia J, et al. Nitrovasodilators, low-dose aspirin, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and the risk of upper gastrointestinal bleeding. *N Engl J Med* 2000; 343: 834-839.
19. De Abajo FJ, García Rodríguez LA. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with low-dose aspirin as plain and enteric-coated formulations. *BMC Clinical Pharmacology* 2001; 1:1.
20. Roderick PJ, Wilkes HC, Meade TW. The gastrointestinal toxicity of aspirin: an overview of randomised controlled trials. *Br J Clin Pharmacol* 1993; 35: 219-226.
21. Guslandi M. Epidemiological aspects of NSAID gastropathy. *Ital J Gastroenterol*. 1996; 28 Suppl 4: 6-8.
22. Sanmuganathan PS, Ghahramani P, Jackson PR, Wallis EJ, Ramsay LE. Aspirin for primary prevention of coronary heart disease: safety and absolute benefit related to coronary risk derived from meta-analysis of randomised trials. *Heart* 2001; 85: 265-271.
23. Silagy CA, McNeil JJ, Donnan GA, Tonkin AM, Worsman B, Champion K. Adverse effects of low dose aspirin in healthy elderly population. *Clin Pharmacol Ther* 1993; 54: 84-89.
24. Savon JJ, Allen ML, DiMarino AJ. Gastrointestinal blood loss with low dose (325 mg) plain and enteric-coated aspirin administration. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90: 581-585.
25. Hawthorne AB, Mahida YR, Cole AT, Hawkey CJ. Aspirin-induced gastric mucosa damage: prevention by enteric-coating and relation to prostaglandin synthesis. *Br J Clin Pharmacol* 1991; 32: 77-83.
26. Kelly JP, Kaufman DW, Jugelon JM, et al. Risk of aspirin associated major upper-gastrointestinal bleeding with enteric-coated or buffered product. *Lancet* 1996; 348: 1413-1416.
27. Sorensen HT, Mellekjær L, Blot WJ, Nielsen GL, Steffensen FH, McLaughlin JK, Olsen JH. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with the use of low-dose aspirin. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2218.
28. Lai KC, Lam SK, Chu KM, Wong BCJ, Hui WM, Hu WHC, et al. Lansorazole for the prevention of recurrence of ulcer complications from long-term low-dose aspirin use. *N Engl J Med* 2002; 346: 2003-2038.
29. Lanas A, Martín-Mola E, Ponce J, Navarro F, Pique JM, Blanco FJ. Estrategia clínica para la prevención de los efectos adversos sobre el tracto digestivo de los antiinflamatorios no esteroideos. Recomendaciones de la Asociación Española de Gastroenterología y de la Sociedad Española de Reumatología. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 485-502.
30. French PC, Darekar BS, Mills JG, Wood JR. Ranitidine in the prevention of non-steroidal anti-inflammatory drug-associated gastric and duodenal ulceration in arthritic patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1994; 6: 1141-1147.
31. Taha AS, Hudson N, Hawkey CJ, Swannell AJ, Trye PN, Cottrell J, et al. Famotidine for the prevention of gastric and duodenal ulcers caused by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med* 1996; 334: 1435-1439.
32. Raskin JB, White RH, Jaszewski R, Korsten MA, Schubert TT, Fort JG. Misoprostol and ranitidine in the prevention of NSAID-induced ulcers: a prospective, double-blind, multicenter study. *Am J Gastroenterol* 1996; 1: 223-227.
33. Ekstrom P, Carling L, Wetterhus S, Wingren PE, Anker-Hansen O, Lundegårdh G et al. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving continuous non-steroidal anti-inflammatory drug therapy. *Scand J Gastroenterol* 1996; 31: 753-758.
34. Cullen D, Bardhan KD, Eisner M, Kogut DG, Peacock RA, Thomson JM, et al. Primary gastroduodenal prophylaxis with omeprazole for nonsteroidal anti-inflammatory drug users. *Aliment Pharmacol Ther* 1998; 12: 135-140.
35. Hawkey CJ, Karrasch JA, Szcepański L, Walker D, Burkun A, Swannell AJ, et al, for the Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-Induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *N Engl J Med* 1998; 338: 727-734.
36. Yeomans ND, Tulassay Z, Juhász L, Rác I, Howard JM, van Rensburg J et al, for the Acid Suppression Trial: Ranitidine versus Omeprazole for NSAID-Associated Ulcer Treatment (ASTRONAUT) Study Group. *N Engl J Med* 1998; 338: 719-726.
37. Muller P, Damman HG, Marinis E, Simon B. Ranitidine protects the human stomach and duodenal mucosa against low-dose acetylsalicylic acid. *Z gastroenterol* 1989; 27: 722-724.
38. Hawkey CJ, Somerville KW, Marshall S. Prophylaxis of aspirin-induced gastric mucosal bleeding with ranitidine. *Aliment pharmacol Ther* 1988; 2: 245-252.
39. Simon B, Elsner H, Muller P. Protective effect of omeprazole against low-dose acetylsalicylic acid. Endoscopic controlled double-blind study in healthy subjects. *Arzneimittelforschung*. 1995; 45: 701-703.
40. Lanas A, on behalf of the EMPHASIS study group. Low frequency of upper gastrointestinal complications in the high risk patient taking low-dose aspirin and omeprazole. *Gastroenterology* 2001; 120: A596.
41. Lanas A, Rodrigo L, Marquez JL, Bajador E, Perez-Roldan F, Cabrol J, Quintero E, Montoro M, Gomollon F, Santolaria S, Lorente S, Cucala M, Nuevo J; EMPHASIS Study Group. Low frequency of upper gastrointestinal complications in a cohort of high-risk patients taking low-dose aspirin or NSAID and omeprazole. *Scand J Gastro* 2003; 38: 693-700.
42. Chan FKL, Chung SCS, Suen BY, Lee YT, Leung WK, Leung VKS, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *Helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *N Engl J Med* 2001; 344: 967-973.
43. Ng FH, Wong BCY, Wong SY, Chen WH, Chang CM. Clopidogrel plus omeprazole compared with aspirin plus omeprazole for aspirin-induced symptomatic peptic ulcers/erosions with low to moderate bleeding/re-bleeding risk - a single-blind, randomized controlled study. *Alimentary pharmacol & Therapeut* 2004; 19: 359-365.
44. Chan FK, Ching J, Hung L, Wong V, Leung V, Kung N, et al. Clopidogrel versus Aspirin and Esomeprazole to Prevent Recurrent Ulcer Bleeding. *N Engl J Med* 2005; 352: 238-244.

...

PONÈNCIA 3: Tiotropi i dosis fixes de broncodilatadors en l'MPOC

AUTORS > Maria Antònia Llauger. EAP Maragall. Grup de Patologia respiratòria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Es planteja el cas de la tria de fàrmacs més adequada per a un pacient afectat d'una malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) estable. El primer pas, no per obvi evitable, és valorar quin estadi de la malaltia té el pacient, si està realment ben controlat, si és correcte el tractament actual, el compliment d'aquest tractament i, finalment, si cal fer un canvi de tractament. Aquest procés reflexiu farà més científiques i incertades les decisions i les allunyarà de la pressió que sovint es rep en relació a la tria de fàrmacs. Els broncodilatadors representen el grup de fàrmacs fonamental per al control de la malaltia, ja que han demostrat en nombrosos estudis el seu benefici en la disminució dels símptomes, la reducció del nombre d'exacerbacions, la millora de la funció pulmonar i de la qualitat de vida [nivells d'evidència A] (Sovani 2004). La via d'elecció és la inhalada. Els β_2 -agonistes de vida mitja curta (salbutamol, terbutalina, bromur d'ipratropi) s'utilitzen a demanda davant de l'aparició dels símptomes [nivell A], mentre que els de vida mitja llarga (salmeterol, formoterol i bromur de tiotropi) estan indicats per al control dels símptomes persistents [nivell B]. Avui en dia, hi ha prou evidències de que la combinació de diferents broncodilatadors augmenta l'eficàcia del tractament sense augmentar els efectes secundaris (efecte additiu) (Campbell 1999).

La teofil·lina no està indicada en l'MPOC no greu estable, per la seva menor eficàcia broncodilatadora i la major toxicitat en front dels altres broncodilatadors (Ram 2005). El bromur de tiotropi és el darrer broncodilatador aparegut al mercat, i ha suscitat una forta polèmica, derivada bàsicament pel seu cost i la dubtosa qualitat d'alguns dels estudis que l'avalen. Es tracta d'un broncodilatador de la família dels anticolinèrgics, dels que fins aleshores només es disposava del bromur d'ipratropi, fàrmac prou conegut en el tractament de l'MPOC, amb la limitació de la seva curta durada d'acció (unes 6 hores). L'efecte anticonstrictor del bromur de tiotropi és de 24 hores, cosa que permet la seva administració una vegada al dia; això s'ha assimilat a un millor compliment, fet probable tot i que no compta amb una demostració científica clara. El fàrmac està avalat per nombrosos estudis en front de placebo, ipratropi, salmeterol i també estudis de valoració econòmica, que demostren la disminució dels símptomes i de les exacerbacions i l'augment del FEV1 i la qualitat de vida, tot i que alguns d'ells tenen algunes limitacions metodològiques (comentades en la Jornada del passat any) (Vincken 2002). Això va motivar que la valoració del CANM de l'any 2004, destaqués que té una eficàcia semblant al salmeterol i que, malgrat el possible avantatge de la pauta, els seus majors efectes colinèrgics i el seu cost, es tracta d'un fàrmac que aporta poca o nul·la millora terapèutica. Durant l'any 2004 i inicis de 2005 continuen apareixent estudis demostrant la seva eficàcia (Gross 2004, Keam 2004). Es tracta de situar el fàrmac en el lloc més precís en l'esquema terapèutic d'una malaltia en què la gamma de pacients i de la seva gravetat és molt àmplia.

La utilització dels corticoides inhalats és un altre aspecte controvertit i llargament debatut en l'MPOC. El seu paper en el control de la malaltia ha estat motiu de nombroses publicacions i investigacions, fet que fa que ara es disposi de metaanàlisis, revisions i documents de consens que ajuden a clarificar el seu lloc. Sembla que la resposta dels pacients amb MPOC als corticoides no és ni molts menys universal, i que només un 15-25% d'ells, segons les sèries, responen al seu ús. Fins l'any 2000 alguns assaigs clínics molt publicitats demostraven un efecte molt positiu dels corticoides inhalats, però l'anàlisi més pregona dels resultats va permetre detectar que no s'havien diferenciat pacients amb trets que

podien fer pensar que es tractés d'asmàtics; l'exclusió d'aquests pacients va deixar el resultat en una discreta millora del FEV1 de dubtosa significació clínica. A partir de l'any 2000, importants estudis amb metodologies més estrictes (Euroscop 2000; ISOLDE, Burge 2000 i 2003, Copenhagen City Lung Study) no van trobar diferències significatives en el FEV1 amb tractament i amb placebo. Se sap que els corticoides no modifiquen la història natural de la malaltia a mig i llarg termini, si bé a curt termini sí s'ha destacat la disminució del nombre d'exacerbacions en l'MPOC moderada i severa i la millora de la qualitat de vida en el grup més sever de pacients.

Tot això ha portat a que el seu lloc en el tractament de l'MPOC s'hagi situat, en els consensos actuals (GOLD, SEPAR, sem-FyC-SEPAR) en l'MPOC greu, o en la moderada-greu en què el control dels símptomes i de les aguditzacions sigui francament difícil. Aquesta recomanació està lluny d'acomplir-se en l'actualitat donada la gran generalització de l'ús d'aquests fàrmacs.

Seguint en la línia anterior, s'ha generalitzat també la utilització de la combinació de corticoides inhalats amb β_2 -adrenèrgics de vida mitja llarga, afavorida per la seva disposició en un únic inhalador. Aquesta associació, clarament demostrada en l'asma moderada i severa, s'ha traspassat a l'MPOC i s'ha pretès avalar pel resultat de múltiples estudis de combinacions de fluticasona/salmeterol i budesonida/formoterol (TRISTAN, Calverley 2003; Szafranski 2003; Cochrane 2003), amb més 5.000 pacients inclosos, que demostren la millora del FEV1 i la disminució de símptomes i exacerbacions, però en els que no es distingeix entre els nivells de gravetat de la malaltia. Tot i així, hi ha estudis molt recents (Aaron 2004, Fenton 2004) i encara en marxa, i una recent revisió Cochrane (Nanini 2004) que pretenen seguir investigant quina és la millor combinació de fàrmacs en el tractament de l'MPOC estable. Tot i que com es demostra per les breus anotacions anteriors, l'esquema terapèutic es basa en evidències encara sovint variables.

ESQUEMA TERAPÈUTIC DE L'MPOC ESTABLE

MPOC estable no greu:

- Pocs símptomes: β_2 -agonista d'acció curta inhalat a demanda o bromur d'ipratropi inhalat
- Pacients simptomàtics: anticolinèrgics i/o β_2 d'acció curta inhalat en pauta fixa
- Com a segona opció, i només en pacients pròxims a MPOC greu, en què no es controlen els símptomes i/o múltiples exacerbacions: associar anticolinèrgics i β_2 -agonistes de vida mitja llarga i valorar clínicament i espiromètricament la bondat de la introducció de corticoides inhalats

MPOC estable greu

- β_2 d'acció curta inhalat, β_2 agonistes de vida mitja llarga pautats, bromur de tiotropi/24 hores
- Valorar teofil·lina si es demostra la seva eficàcia
- Valorar corticoides inhalats
- Si persisteix mal control, valorar corticoides orals fent un assaig terapèutic i deixant les mínimes dosis

Bibliografia

1. Aaron SD, Vandemheen K, Fergusson D, Fitzgerald M, Bourbeau, Goldstein R et al. The Canadian Optimal Therapy of COPD Trial. *Can Respir J* 2004; 11: 581-585.
2. Campbell S. For COPD a combination of ipratropium bromide and albuterol sulfate is more effective than albuterol base. *Arch Intern Med* 1999; 159: 156-160.
3. Burge PS, Calverly PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. *BMJ* 2000; 320: 1297-1303.
4. Burge PS, Calverly PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA. Prednisolone response in patients with chronic obstructive pulmonary disease: results from the ISOLDE study. *Thorax* 2003; 58: 654-658.
5. Calverly P, Pawels R, Vestbo J, Lones P, Pride N, Gulsvik A et al, for the TRISTAN study group. Combined salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 449-456.
6. Casaburi R, Mahler DA, Jones PW, Wanner A, San PG, ZuWallack RL, Menjoge SS, Serby CW, Witek T Jr. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2002; 19: 217-224.
7. GOLD. NHLBI / WHO. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Publication Number 2701. April 2001, update 2004 (www.goldcopd.com)]
8. Fenton C, Keating GM. Inhaled salmeterol/fluticasone propionate: a review use in COPD. *Drugs* 2004; 64: 1975-1996.
9. Gross NJ. Tiotropium bromide. *Chest* 2004; 126: 1946-1953.
10. The Lung Health Study Research Group. Effect of inhaled triamcinolone on the decline in pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000; 343: 1902-1909.
11. Keam SJ, Keating GM. Tiotropium bromide: A review of its use as maintenance therapy in patients with COPD. *Treat Respir Med* 2004; 3: 247-268.
12. Nanini L, Cates CJ, Lasserson TJ, Poole P. Combined corticosteroid and long acting beta-agonists one inhaler for COPD. *Cochrane Database Syst Rev* 2003 (4): CD003794.
13. Ram FS, Jardim JR, Atallah A, Castro AA, Mazzini R, Lacasse Y, Cendon S. Efficacy of theophylline in people with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review meta-analysis. *Respir Med* 2005; 99: 135-144.
14. Ram FS, Sestini P. Regular inhaled short acting beta2 agonists for the management of stable chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and metaanalysis. *Thorax* 2003; 58: 580-584.
15. Sovani MP, Whale CI, Tattersfield AE. A benefit-risk assessment of inhaled long-acting beta agonists in the management of obstructive pulmonary disease. *Drug Saf* 2004; 27: 689-715.
16. Sutherland ER, Cherniack RM. Management of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 2689-2697.
17. Tashkin DP, Cooper CB. The role of long-acting bronchodilators in the management of stable COPD. *Chest* 2004; 125: 249-259.
18. Vincken W, van Noord JA, Greefhorst APM, Bantje T, Kesten S, Korducki L et al, on behalf of the Dutch/Belgian Tiotropium Study Group. Improved Health Outcomes In Patients With COPD During 1 yr's Treatment With Tiotropium. *Eur Respir J* 2002; 19:209-16.

...

PONÈNCIA 4: Quin és el substitut de la teràpia hormonal substitutiva ara ?

AUTORS > Dolores Rodríguez. Fundació Institut Català de Farmacologia

INTRODUCCIÓ

La publicació de l'assaig clínic *Women's Health Initiative (WHI)* ha obert un gran debat on es qüestiona quin seria el lloc terapèutic de la teràpia hormonal substitutiva (THS). L'Agència Espanyola de Medicaments y Productos Sanitarios, en una nota informativa dirigida a metges i usuàries (www.agemed.es), s'ha pronunciat al respecte i declara que les indicacions recomanades són per al control dels símptomes del climateri quan aquests alteren la qualitat de vida de les pacients i, per a l'osteoporosi, en casos d'intolerància o falta d'eficàcia a les altres alternatives que també han mostrat la seva eficàcia en la reducció de fractures.

Per respondre a la pregunta sobre *Quin és el substitut de la THS ara?* s'ha d'analitzar en quines indicacions s'està utilitzant i quines són les alternatives terapèutiques existents per a aquestes indicacions.

INDICACIONS DE LA THS

Les dades sobre THS amb estrògens han mostrat la seva eficàcia en la millora de símptomes típics de la menopausa com els canvis vasomotors (sufocacions) i complicacions urogenitals (atròfia vaginal i infeccions urinàries). En dones postmenopàusiques, el tractament hormonal substitutiu amb estrògens i/o progestàgens s'ha mostrat eficaç per prevenir les fractures de coll de fèmur, de cossos vertebrals i d'avantbraç. A més, en dones que ja han patit una fractura osteoporòtica, la THS pot prevenir l'aparició de noves fractures.¹

No obstant aquests beneficis, les xifres de consum de THS en dones de més de 40 anys en Espanya, s'han estimat baixes comparades amb altres països. Un informe de la *Asociación Española para el Estudio de la Menopausia* estimava aquest en un 4,7% d'usuàries i considerava que la THS hauria estar indicada en un 30-40% de dones amb menopausa. En un estudi d'utilització de la THS publicat en l'any 2002 es va documentar però, un augment en el percentatge de dones usuàries en 10 anys (0,7% en el 1989 a un 3,4% en el 1999). En aquest estudi es va fer una enquesta a les dones sobre els motius d'utilització. Un 57% van declarar que almenys un dels motius va ser les sufocacions, el va seguir la prevenció de l'osteoporosi en un 47,8%, els símptomes psicoafectius en un 27,1%, la sequedat vaginal un 24,7%, l'ooforectomia en un 22,3%, la dispareúnia en un 12,7%, la prevenció de la malaltia cardiovascular en un 9,6% i el tractament de l'osteoporosi en un 5,8%.²

Bibliografia

1. Anònim. Tractament hormonal substitutiu. Butlletí d'Informació Terapèutica 2001;13:1-3.
2. Benet Rodríguez M, Carvajal García-Pando A, García del Pozo J, Álvarez Requejo A, Vega Alonso T. Tratamiento hormonal substitutivo en España. Un estudio de utilización. Med Clin (Barc) 2002; 119: 4-8.
3. Delmas PD. Treatment of postmenopausal osteoporosis. Lancet 2002; 359: 2018-2026.
4. Rodríguez D, Aguilera C, Vallano A, Carbonell C. Avances y controversias en el tratamiento farmacológico de la osteoporosis. Aten Primaria 2004;34:202-5.

ALTERNATIVES PER A L'OSTEOPOROSI

En dones amb antecedents de fractures, els fàrmacs que han mostrat, en assaigs clínics, reducció de fractures vertebrals han estat els bifosfonats (etidronat, alendronat, risendronat), el raloxifè i l'associació de vitamina D amb calci. L'alendronat, a més, té una metanàlisi en què es mostra la seva eficàcia en la reducció de fractures no vertebrals i el risendronat té un assaig clínic en què es mostra eficaç en la reducció de fractures de maluc.³

Recentment s'han desenvolupat dos fàrmacs que poden augmentar la massa òssia per un augment en la formació d'os: l'hormona paratiroidal recombinant humana (teriparatida) i el ranelat d'estranci. La teriparatida, en els assaigs clínics, s'ha mostrat eficaç en la reducció de la incidència de les fractures vertebrals, però no de les de maluc. En els assaigs clínics en què s'ha avaluat l'associació de teriparatida i alendronat, els resultats suggereixen que la combinació té efectes antagonics.⁴ El ranelat d'estranci, encara no comercialitzat al nostre país, s'ha mostrat eficaç en la reducció de fractures vertebrals en dones postmenopàusiques.⁵

ALTERNATIVES PER ALS SÍMPTOMES DEL CLIMATERI

Dels diferents símptomes que es poden associar a la menopausa, les sufocacions són les més estudiades. A més de la THS, disposen informació d'assaigs clínics comparats amb placebo sobre tibolona, veraliprida, clonidina, antidepressius (venlafaxina, fluoxetina i paroxetina), gabapentina que mostren una reducció discreta de les sufocacions. Informació més contradictòria tenim dels fitoestrògens en aquesta indicació. Per a altres símptomes com les complicacions urogenitals i els trastorns psicoafectius, no disposem gairebé d'alternatives a la THS.⁶⁻⁷

REFLEXIÓ

Podríem fer una reflexió final sobre que la menopausa no és una malaltia, sinó un estat fisiològic. En cada dona hauríem de poder valorar les implicacions dels símptomes associats a la menopausa en la seva qualitat de vida. Per a la prevenció de la malaltia cardiovascular o de l'osteoporosi disposem d'alternatives terapèutiques. Entre aquestes alternatives no ens hem d'oblidar de la introducció d'hàbits de vida saludables.

5. Meunier PJ, Roux C, Seeman E, Ortolani S, Badurski JE, Spector TD, Cannata J, Balogh A, Lemmel E-M, Pors-Nielsen S, Rizzoli R, Genant HK, Reginster J-Y. The effects of strontium ranelate on the risk of vertebral fracture in women with postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med 2004; 350: 459-468.
6. Rymer J, Morris EP. Menopausal symptoms. BMJ 2000; 321: 1516-1519.
7. Anònim. Treatment of menopausal vasomotor symptoms. Med Lett Drugs Ther 2004; 46: 97-99.

...

PONÈNCIA 5: Embarassada amb vòmits i insomni. Què pot donar-se? Paper de l'àcid fòlic

AUTORS > Josep M. Casacuberta. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Cristina Aguilera. Fundació Institut Català de Farmacologia.

CAS CLÍNIC

Dona de 26 anys que està embarassada de 5 setmanes i que acudeix a la consulta perquè té nàusees i vòmits. Refereix que pren ocasionalment una benzodiazepina per l'insomni des de fa uns mesos.

Aquest cas representa tres situacions freqüents durant l'embaràs: l'abordatge del tractament d'una simptomatologia pròpia com són les nàusees i els vòmits, d'una malaltia associada i l'adopció de mesures preventives com la suplementació d'àcid fòlic. La prescripció farmacològica durant l'embaràs presenta unes característiques diferenciades determinades, entre d'altres pel limitat coneixement dels efectes de molts fàrmacs, fent que la seva prescripció vagi acompanyada de molta incertesa, per les característiques pròpies de la gestació, que afecten la farmacocinètica i farmacodinàmica dels fàrmacs i la seva vulnerabilitat davant el risc de teratogenicitat. Tanmateix, en tot embaràs existeix un risc de malformacions congènites majors al voltant del 2 al 5%. Per tant, l'administració d'un fàrmac durant l'embaràs ha de ser conseqüència d'una acurada valoració de la seva indicació, dels avantatges que esperem obtenir i dels riscos que el seu ús representa, en funció de criteris de benefici i seguretat.

SUPLEMENTACIÓ AMB ÀCID FÒLIC

Els defectes del tub neural (anencefàlia, espina bífida, encefalocele) tenen una prevalença de 8 de cada 10.000 nascuts vius per any, amb un risc unes 10-20 vegades més en dones que han tingut prèviament un fill amb aquestes malformacions. El tub neural es tanca abans del 28 dia després de la concepció. És a dir, abans que la majoria de dones confirmen el seu embaràs. Fet de gran rellevància donat que la major part de dones no planifiquen els seus embarassos i acudeixen al metge quan ja es troben embarassades. El 95% d'embarassos amb defectes del tub neural es produeixen en dones sense cap embaràs previ.

Actualment existeix una clara evidència que la suplementació periconcepcional de folat redueix la prevalença dels defectes del tub neural de forma considerable (RR = 0,28; IC95%: 0,13-0,58), tant per a dones sense antecedents previs de defectes del tub neural (OR = 0,07; IC95%: 0,04-0,13), com per a dones amb casos recurrents (RR = 0,31; IC95%: 0,14-0,66). Les recomanacions actuals són l'administració de 0,4 mg d'àcid fòlic diari per a tota dona que desitgi quedar-se embarassada i que no tingui antecedents personals de defectes del tub neural. Per aquelles dones que hagin tingut un embaràs previ amb un defecte del tub neural se'ls ha de recomanar 4 mg diaris. La suplementació s'ha de fer un mes abans de la concepció i fins a 12 setmanes després. El grau de compliment d'aquestes mesures en el nostre àmbit és baix. Tan sols un 10,62% a 17% de les dones embarassades el prenen de forma adequada (periconcepcional).

TRACTAMENT DE LES NÀUSEES I ELS VÒMITS DURANT L'EMBARÀS

Les nàusees i els vòmits són símptomes freqüents durant l'embaràs. Segons diferents estudis les nàusees poden aparèixer en el 50-89% dels embarassos i els vòmits en el 37-57%. Ambdós són molts més freqüents durant el primer trimestre, però un petit percentatge de dones continua tenint símptomes després de la 14ava setmana: un 10% presenta símptomes fins al segon trimestre i un 3% fins al tercer. La principal conseqüència és el disconfort i rarament (0,5-2%) es manifesten en formes greus que poden ocasionar trastorns hidroelectrolítics,

metabòlics i nutricionals. En la majoria dels casos els símptomes s'autolimiten o són suficients les mesures no farmacològiques. Quan aquestes no ho són s'han avaluat diversos tractaments farmacològics:

- La doxilamina (combinada amb piridoxina) és la que disposa de més dades d'eficàcia i seguretat. Una metaanàlisi de 12 estudis de cohorts i 3 de casos i controls que va incloure a 17.427 pacients no va demostrar risc de malformacions majors o menors: RR = 0,98 (IC95%: 0,93-1,03). Per a altres antihistamítics, les dades d'aquesta metaanàlisi són menys conclouents degut a l'heterogeneïtat dels estudis (7 estudis amb diferents antihistamítics), però tampoc es va suggerir un increment del risc de malformacions (RR = 1,02; IC95%: 0,94-1,12). La seguretat dels antihistamítics (inclosa la doxilamina) es va confirmar en una altra metaanàlisi de 24 estudis controlats (més de 200.000 dones incloses): OR = 0,76 (IC95%: 0,60-0,94)
- La metoclopramida, àmpliament utilitzada com antiemètic en la població general, no ha estat correctament avaluada durant l'embaràs, no hi ha estudis específics d'eficàcia en dones embarassades i les dades de seguretat són limitades. No obstant això, les que hi ha no suggereixen que sigui un teratogen important (OR = 1,11; IC95%: 0,6-2,1). S'ha de tenir en compte el risc de reaccions extrapiramidals

Les dades sobre les teràpies alternatives no són conclouents. El gingebre pot millorar la simptomatologia però les dades sobre la seguretat per al fetus són escasses. El disseny propi dels estudis amb acupuntura fa difícil el fet de poder extreure alguna conclusió i recomanació sobre aquest tipus de tractament.

SEGURETAT DELS FÀRMACS HIPNÒTICS DURANT L'EMBARÀS

La utilització de benzodiazepines durant el primer trimestre de la gestació s'ha associat, en alguns estudis, a un augment del risc de dismorfogènesi (fenedura labial i palatina, defectes cardíacs, estenosi pilòrica, sindactílies, espina bífida). Es desconeix el grau real d'implicació dels fàrmacs en cadascun dels casos comunicats. S'ha publicat una metaanàlisi dels estudis de cohorts i dels de casos i controls en què s'avalua si l'ús de benzodiazepines durant el primer trimestre de l'embaràs incrementa el risc de malformacions majors o de defectes de tancament de la cavitat oral en particular (fenedura palatina, llavi fes). Es van revisar 1.400 estudis. Els estudis de cohorts no van mostrar associació entre l'ús de benzodiazepines i les malformacions majors (odds ratio 0,90; IC95%: 0,61-1,35) ni tampoc amb els defectes orals en concret (1,19; 0,34-4,15). Pel contrari, la metaanàlisi dels estudis de casos i controls va mostrar una associació significativa entre l'ús de benzodiazepines durant el primer trimestre i les malformacions majors (OR = 3,01; IC95%: 1,32-6,84, p=0,008), com també amb els defectes de tancament de la cavitat oral (OR = 1,79; IC95%: 1,13-2,82; p=0,01). L'ús de benzodiazepines durant el tercer trimestre de la gestació pot produir problemes d'intoxicació fetal i també de dependència fetal a benzodiazepines i síndrome d'abstinència neonatal. No hi ha dades sobre la seguretat de zolpidem o zopiclona durant l'embaràs.

Bibliografia

1. MRC Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338: 131-137.
2. Czeizel AE, Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med* 1992; 327:1832-1835.
3. Berry RJ, Li Z, Erickson JD, Li S, Moore CA, Wang H et al. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. *N Engl J Med* 1999; 341: 1485-1490.
4. Lumely J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural. En: *La Chocrane Library plus en español*. Oxford: Update Software. Abril 2001.
5. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Comissioned by the National Institute of Clinical Excellence. Clinical Guideline. Octubre, 2003
6. Martínez-Frías ML, Rodríguez Pinilla E, Bermejo E. Análisis de la situación en España sobre el consumo de ácido fólico/folinato cálcico para la prevención de defectos congénitos. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 772-775
7. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of its frequency, intensity, and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 931-937.
8. Mazzota P, Magee LA. A risk-benefit assessment of pharmacological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. *Drugs* 2000; 59: 781-800.
9. Sorensen HT, Nielsen GL, Christensen K, Tage-Jensen U, Ek-bom A, Baron J. Birth outcome following use of metoclopramide. *J Clin Pharmacol* 2000; 49: 264-268.
10. Murphy PA. Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 149-155.
11. Dolovich LR, Addis A, Vaillancourt JMR, Power JDB, Koren G, Einarson TR. Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies. *BMJ* 1998; 317: 839-843.
12. Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatric services* 2002; 53: 39-49.

...

PONÈNCIA 6: Clopidogrel i àcid acetilsalicílic. Junts en el *bypass* aortocoronari ?

AUTORS > Antònia Agustí. Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

El tractament amb àcid acetilsalicílic està indicat per a la prevenció de la trombosi coronària en diferents fases de la malaltia isquèmica coronària; malgrat això, el risc de presentar esdeveniments isquèmics en algunes situacions continua essent important. El clopidogrel i la ticlopidina són dos antiagregants plaquetaris derivats de la tienopiridina que inhibeixen l'agregació de les plaquetes induïda pel difosfat d'adenosina. S'ha proposat que combinant un d'aquests fàrmacs amb l'àcid acetilsalicílic que inhibeix l'agregació per la via del tromboxà, es podrien aconseguir efectes additius.¹

En l'assaig clínic CAPRIE² (*Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischemic Events*) 19.185 pacients amb antecedents recents d'infart agut de miocardi (IAM), accident vascular cerebral (AVC) isquèmic o isquèmia d'extremitats inferiors van ser aleatoritzats a rebre tractament amb clopidogrel (75 mg al dia) o àcid acetilsalicílic durant un temps mitjà d'1,6 anys. La freqüència de la variable principal combinada (mort vascular, IAM o AVC isquèmic) va ser lleugerament inferior en els pacients tractats amb clopidogrel que amb àcid acetilsalicílic (5,32% en comparació amb 5,83%, reducció relativa del 8,7%, interval de confiança [IC] del 95%, 0,3-16,5). En una subanàlisi dels pacients de l'estudi amb antecedents de *bypass* coronari es suggereix que el benefici del tractament amb clopidogrel en comparació amb l'àcid acetilsalicílic podria ser superior en aquests pacients de risc.³ La freqüència de la variable composta de mort vascular, IAM, AVC o rehospitalització va ser del 22,3% en els tractats amb àcid acetilsalicílic i del 15,9% en els tractats amb clopidogrel (reducció relativa del 28,9%, IC95%: 13,1-44,8). De tota manera aquesta subanàlisi no estava inicialment prevista en l'estudi CAPRIE i, per tant, els resultats s'han d'interpretar amb precaució.

D'altra banda, en l'assaig clínic CURE (*Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent Events*)⁴, l'addició de clopidogrel (300 mg de càrrega seguit de 75 mg al dia) durant un temps mig de nou mesos al tractament de base amb àcid acetilsalicílic (de 75 a 325 mg al dia) s'ha comparat amb placebo en 12.562 pacients ingressats per síndrome coronària aguda sense elevació del segment ST. La freqüència de la variable principal combinada (mort vascular, IAM no mortal o AVC) va ser menor en els tractats amb clopidogrel que amb placebo (9,3% en comparació amb 11,4%, RR=0,80, IC95%: 0,72-0,90), però el risc de sagnar major va ser superior amb clopidogrel (3,7% en comparació amb 2,7%, RR=1,38, IC95%: 1,13-1,67). En l'anàlisi per subgrups d'aquest estudi es va observar un major benefici del tractament amb clopidogrel en els pacients que havien estat prèviament sotmesos a revascularització coronària (RR=0,56, IC95%: 0,43-0,72) que en els que no ho havien estat (RR=0,80, IC95%: 0,78-0,99).

Bibliografia

- Schulman SP. Antiplatelet therapy in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *JAMA* 2004; 292: 1875-1882.
- CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of Clopidogrel versus Aspirin in Patients at Risk of Ischaemic Events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329-1339.
- Bhatt DL, Chew DP, Hirsch AT, Ringleb PA, Hacke W, Topol EJ. Superiority of clopidogrel versus aspirin in patients with prior cardiac surgery. *Circulation* 2001; 103: 363-368.
- The Clopidogrel in Unstable Angina to prevent Recurrent Events trial investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2001; 345: 494-502.
- Fox KAA, Mehta SR, Peters R, Zhao F, Lakkis N, Gersh BJ, et al. Benefits and risks of the combination of clopidogrel and aspirin in patients undergoing surgical revascularization for non-ST-elevation acute coronary syndrome. The Clopidogrel in Unstable angina to prevent Recurrent ischemic Events (CURE) trial. *Circulation* 2004; 110: 1202-1208.
- The Seventh ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Antithrombotic therapy in patients with saphenous vein and internal mammary artery bypass grafts. *Chest* 2004; 126: 600s-608s.

...

PONÈNCIA 7: Diabetis amb colesterol baix. Estatines?

AUTORS > Manel Mata. Grup de Diabetis (GEDAPS) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Dislipèmia en la diabetis tipus 2. Guia Gedaps 2004. La dislipèmia s'observa en aproximadament la meitat dels diabètics tipus 2. L'augment de triglicèrids i el descens del colesterol-HDL constitueixen les alteracions més constants. En general, el colesterol-LDL està en el rang normal però predominen les partícules petites i denses (altament aterogèniques). La majoria dels laboratoris determinen la LDL per la fórmula de Friedewald, no per mètode directe.

· En els casos en què no es pot aplicar la fórmula de Friedewald (hipertriglicèridèmia) es proposa calcular el colesterol no-HDL, ja que engloba a totes les lipoproteïnes aterogèniques i es correlaciona amb la malaltia cardiovascular.

Càlcul Colesterol no-HDL: Colesterol no-HDL = Colesterol total - HDL
 · Pot calcular-se amb TG > 400 mg/dl
 · Per a fixar objectius de control els valors de tall són 30 mg/dl superiors als del LDL

OBJECTIUS DE CONTROL

· Pacient amb malaltia cardiovascular	LDL < 100 mg/dl (2,6 mmol/l)
· Sense malaltia cardiovascular però RCV aixecat	LDL < 130 mg/dl (3,4 mmol/l)
· Sense malaltia cardiovascular i RCV no aixecat	LDL < 160 mg/dl (4,1 mmol/l)

PLA TERAPÈUTIC

- **Alimentació.** Reducció de colesterol (< 200 mg/dl) i greixos (< 30% del total kcal) amb substitució dels àcids grassos saturats per monoinsaturats i poliinsaturats. Es recomanarà dieta hipocalòrica en cas de sobrepès o obesitat. En cas d'hipertriglicèridèmia cal abstenir-se d'alcohol.
- **Exercici físic.** Augmenta les concentracions de colesterol-HDL de manera més intensa que la dieta sola. També disminueix els triglicèrids i el colesterol no-HDL.
- Abandonament de l'hàbit tabaquic. El consum de tabac disminueix el colesterol-HDL.
- Control de la glucèmia. Disminueix els nivells de triglicèrids de colesterol-LDL i millora el perfil aterogènic en disminuir la glicació de lipoproteïnes.
- Fàrmacs. Si amb mesures higiènico-dietètiques i la millora del control glucèmic no s'aconsegueix un control lipídic adequat s'instaurarà tractament farmacològic. En prevenció primària s'ha de calcular el risc coronari a 10 anys (a Catalunya la CAMFiC recomana utilitzar la taula de Framingham calibrada a la població catalana o REGICOR).
- Els fàrmacs amb beneficis demostrats sobre la morbimortalitat són les estatines i els fibrats. No és recomanable el probucol. Les resines i l'ezetimibe s'han de reservar per la seva associació amb estatines.

PROTOCOL DE DETECCIÓ

- Colesterol total, colesterol-HDL i triglicèrids després de 12 hores de dejuni
- Càlcul de colesterol-LDL (fórmula de Friedewald) i del colesterol no-HDL.

FREQÜÈNCIA

- En el moment del diagnòstic. Després cada any (o 6 mesos si existeix malaltia cardiovascular).

PRINCIPALS NOVETATS APAREGUDES DURANT L'ANY 2004

Vijan S, Hayward RA; American College of Physicians. Pharmacologic lipid-lowering therapy in type 2 diabetes mellitus: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 140: 650-658.

Comentari: La metaanàlisi de 6 estudis de prevenció primària va mostrar que els hipolipemians redueixen el risc de malaltia cardiovascular en els diabètics (RR 0,78) amb un NNT de 34 a 35 pacients. La metaanàlisi de 6 estudis de prevenció secundària va mostrar un efecte similar (RR 0,76) però amb un NNT menor (13 a 14). El benefici d'una dosi fixa d'una estatina sembla ser independent dels nivells previs de colesterol. La majoria de pacients, fins i tot els que tenen nivells basals inferiors a 115 mg/dL (i probablement < 100 mg/dL), es poden beneficiar de les estatines. Dosis moderades són suficients en la majoria de pacients amb diabetis.

Grundt SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, Pasternak RC, Smith SC Jr, Stone NJ; National Heart, Lung, and Blood Institute; American College of Cardiology Foundation; American Heart Association. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004; 110: 227-239.

Comentari: Actualització del NCEP a partir de la revisió dels resultats dels 5 estudis més recents d'intervenció en la dislipèmia (ALLHAT, HPS; ASCOT, PROSPER i PROVE-IT). Es confirmen l'objectiu de colesterol-LDL < 100 mg/dl i els beneficis del tractament en diabètics i gent gran. Proposa com a canvis principals que en els pacients de màxim risc (per ex: diabètics amb malaltia cardiovascular) es redueixi l'objectiu de colesterol-LDL a < 70 mg/dl, però també ho fa extensiu als pacients d'alt risc que tenen inicialment un colesterol-LDL < 100 mg/dl. En pacients de risc moderat (RC 5-10% amb la taula REGICOR) recomana un colesterol-LDL < 130 mg/dl però d'acord amb els resultats dels estudis seria opcional baixar-lo també a 100 mg/dl. Per a pacients amb baix risc (< 10%) no es modifiquen les xifres del document previ.

Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, Thomason MJ, Mackness MI, Charlton-Menys V, Fuller JH; CARDS investigators. Prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004; 364: 685-696.

Comentari: Primer assaig sobre el tractament de la dislipèmia amb una estatina en prevenció primària exclusivament en diabètics. 2.838 diabètics amb valors de colesterol-LDL < 160 mg/dl i algun altre factor de risc (tabaquisme, HTA, nefropatia o retinopatia) tractats amb placebo o atorvastatina 10 mg durant 3,9 anys al Regne Unit (finalitzat 2 anys abans del previst). Es van observar reduccions significatives d'events coronaris (RRR 36%), revascularitzacions (31%), AVC (48%) i no significativa de la mortalitat (27%; p=0,059).

Lee CD, Folsom AR, Pankow JS, Brancati FL; Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Investigators. Cardiovascular events in diabetic and nondiabetic adults with or without history of myocardial infarction. *Circulation* 2004; 109: 855-860.

Comentari: Estudi observacional prospectiu nord-americà. 13.790 persones entre 45 i 64 anys seguits durant 9 anys. Els diabètics sense IAM tenen un risc d'events coronaris i mortalitat inferiors als de les persones no diabètiques amb IAM (RR 1,9 i 1,8), però el risc d'AVC va ser similar entre els dos grups (RR 1,05). Aquest estudi reafirma l'opinió dels experts del nostre país que consideren que en prevenció primària en el diabètic s'ha de calcular també el risc coronari (malgrat que l'NCEP o l'ADA consideri que la diabetis mellitus és un equivalent de risc de malaltia coronària -prevenció secundària-).

PONÈNCIA 8: Quina taula de risc cardiovascular?

AUTORS > Eva Comín. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Les malalties cardiovasculars representen una de les principals causes de morbimortalitat a la nostre població. Si bé la incidència d'aquestes malalties al nostre país és de les més baixes del món, la seva incidència va augmentant de forma gradual, degut a l'envelliment de la població. Les malalties cardiovasculars tenen una etiologia multifactorial i els factors de risc per patir-les sovintment es presenten associats; d'aquí la importància d'una valoració conjunta.

En els darrers anys s'han utilitzat diverses variants de les taules de risc de Framingham per estimar el risc cardiovascular (RCV) en la nostra població. Aquestes taules tenen en compte els principals factors de risc associats amb aquestes malalties. En els darrers mesos s'han publicat diversos estudis que proposen utilitzar taules per estimar el RCV adaptades a la nostra població, ja siguin obtingudes a partir de dades de població catalana o europees. Aquests estudis, entre els quals cal destacar el REGICOR i l'SCORE, fan èmfasi en la menor incidència de malaltia cardiovascular en el nostre medi i en la sobreestimació que se'n deriva de calcular el RCV utilitzant les taules de Framingham, tal com s'ha vingut fent fins ara.

A l'estudi **REGICOR** (<http://www.regicor.org>) es va observar una sobreestimació del risc en 2,8 vegades en dones i 2,5 en homes a l'utilitzar la taula Framingham. Per aquest motiu, partint de les dades de l'estudi, es van elaborar unes taules que adapten la funció de Framingham (<http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/girona/taulescat.pdf?id=42>) i que tenen en compte edat, sexe, colesterol total, colesterol-HDL, tensió arterial sistòlica i diastòlica, el consum de tabac i a més calculen el risc en diabètics en taules diferenciades.

L'estudi **SCORE** ha elaborat també unes taules per a la població europea, diferenciant els països del nord i els del sud d'Europa, per la seva diferent incidència de la malaltia. Aquestes taules, recomanades per diverses societats científiques europees i espanyoles, inclouen també edat, sexe, colesterol total o ràtio colesterol/colesterol-HDL, tensió arterial sistòlica i el consum de tabac. No valoren la tensió arterial diastòlica ni l'existència de diabetis (<http://www.escardio.org/initiatives/prevention/SCORE+Risk+Charts.htm>). Atès que la incidència de malaltia cardiovascular del nostre país és de les més baixes del món i que les taules elaborades amb població americana sobreestimen el risc al nostre medi, cal utilitzar taules adaptades a les característiques de la nostra població.

L'Institut Català de la Salut, abans de canviar la recomanació d'utilitzar la taula de Framingham, va posar en marxa l'estudi VERIFICA per tal d'avaluar la validesa de les taules de REGI-

COR i SCORE per estimar el RCV a la població espanyola. Aquest estudi va analitzar dues cohorts, una prospectiva i una altra retrospectiva, durant un període de seguiment de 5 anys. Els resultats de l'estudi no han permès validar les taules de SCORE, però sí les de REGICOR. L'estudi VERIFICA confirma la sobreestimació de la funció de Framingham i mostra que la funció calibrada de Framingham pel REGICOR estima millor la incidència d'esdeveniments coronaris.

Aquells pacients que han presentat esdeveniments coronaris en l'estudi VERIFICA són en major proporció homes, hipertensos, fumadors, diabètics i tenen nivells de colesterol-HDL inferiors; no obstant això, no s'observen diferències rellevants quant a les xifres de colesterol total. Aquest fet posa de relleu la importància de la determinació de la fracció colesterol-HDL per estimar el risc i per establir quins pacients requereixen tractament hipolipemiant.

A partir de les dades de l'estudi VERIFICA s'ha calculat també la sensibilitat i especificitat de les diverses funcions (Framingham, SCORE i REGICOR) amb diferents punts de tall per estimar esdeveniments coronaris. Un punt de tall en el 20% per iniciar tractament farmacològic amb la funció de Framingham original implicaria tractar aproximadament el 22% de la nostra població entre 35 i 74 anys. La utilització de la taula de REGICOR amb un punt de tall del 10% de risc estimat als 10 anys és el que permet trobar un millor equilibri entre sensibilitat i especificitat i equival a etiquetar de risc al voltant d'un 10% de la població en edat diana.

L'ATP (Panel d'Experts en la detecció, avaluació i tractament de les dislipèmies en adults), en la seva darrera publicació, considera que no és cost-efectiu el tractament hipolipemiant si el risc és inferior al 10%. Per altra part, els estudis de seguiment amb estatines mostren que la millora en la supervivència global del tractament amb estatines no està clara per sota del 13% de risc coronari. Cal tenir en compte també que els estudis d'efectivitat amb estatines s'han realitzat en població amb riscos basals entre un 10 i un 15%; per tant, es desconeix l'efectivitat en poblacions amb riscos més baixos. Davant dels resultats de l'estudi Verifica i REGICOR, l'ICS ha decidit canviar les recomanacions de la seva guia sobre *Hipercolesterolemia* per estimar el RCV i recomanar la utilització de la taula REGICOR establint el dintell per instaurar tractament en un risc coronari estimat als deu anys d'un 10%.

Bibliografia

- Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. *J Epidemiol Comm Health* 2003; 57: 634-638.
- Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 253-261.
- Ramos R, Solanas P, Cordon F, Rohlf I, Elosua R, Sala J et al. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *Med Clin (Barc)* 2003; 121: 521-526.
- Sánchez E. Estimación del riesgo cardiovascular a l'atenció primària. Document d'avaluació. Barcelona: AATRM, 2003. Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/ct0302ca.pdf>
- Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades sobre Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Resumen Ejecutivo Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 439-456.

...

PONÈNCIA 9: Galactorrea per citalopram. Nous antidepressius

AUTORS > M. Estrella Barceló. Metgessa farmacòloga clínica Elisenda Trias. Pediatra, EAP Sant Andreu. Institut Català de la Salut. Barcelona

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Es presenta el cas d'una noia nata l'any 1986, filla única, amb una mare sobreprotectora que ha requerit tractament psicològic i farmacològic per trastorns de l'humor. Entre els antecedents patològics d'interès destaca l'asma extrínseca tractada amb vacunes hiposensibilitzants fins als 8 anys i problemes d'adaptació a l'escola (personalitat terriblement exigent i responsable, amb autoestima baixa), que han requerit supervisió per un psicòleg. El desembre del 2001 comencen a objectivar-se desordres en els hàbits alimentaris i un trastorn franc en la percepció de la pròpia imatge que deriven en anorèxia nerviosa (pèrdua de 5 kg en pocs mesos fins arribar a 44 kg). La família ha consultat freqüentment diversos especialistes (psicòlegs, psiquiatres, neuròlegs) de la medicina privada. El psiquiatre decideix el juny de 2003 iniciar tractament farmacològic amb citalopram a dosis creixents fins arribar a 30 mg/dia. L'agost de 2003 es consulta la pediatra per coïssor als mugrons i galactorrea. L'anàlisi objectiva hiperprolactinèmia (44 ng/ml) i es procedeix a descartar possibles causes secundàries (resonància magnètica nuclear-RMN amb imatge sospitosa de tumor hipotalàmic no confirmada posteriorment i radiologia cranial amb sella turca normal). Quan es disposa de les proves diagnòstiques (octubre 2003), se suspèn el tractament amb citalopram i es notifica la sospita d'efecte indesitjat a través de la targeta groga. La simptomatologia millora i triga 4 mesos a desaparèixer. El febrer de 2004 els nivells de prolactina són de 10,25 ng/ml (normals entre 1,2 i 30 ng/ml). Mentrestant, en no controlar-se la patologia psiquiàtrica basal, el psiquiatre inicia tractament amb olanzapina el novembre de 2003 i posteriorment amb venlafaxina 150 mg/dia i alprazolam 0,25 mg/dia. Des de febrer de 2004 continua asimptomàtica.

GALACTORREA I HIPERPROLACTINÈMIA PER ANTIDEPRESSIUS

Els inhibidors selectius de la recaptació de serotonina (ISRS) són fàrmacs habitualment utilitzats en el tractament de la depressió en la població adulta en l'atenció primària de salut¹⁻². Entre els efectes indesitjats més freqüents hi ha els neurològics, psiquiàtrics, gastrointestinals i les erupcions cutànies. La fluvoxamina sembla produir més efectes indesitjats gastrointestinals, la sertralina psiquiàtrics i la fluoxetina dermatològics. Els vells semblen més susceptibles de patir parkinsonisme, confusió, al·lucinacions, eufòria, hiponatremia, bradicàrdia i hipotensió, mentre que la urticària, acatisia, les reaccions hematològiques, endocrinològiques, sexuals i visuals semblen més freqüents en els joves. Les convulsions, mania, canvis de personalitat, augments de pes, ginecomàstia i hiperprolactinèmia/galactorrea es descriuen en pacients tractats amb dosis habitualment altes. La hiperprolactinèmia, galactorrea i les alteracions menstruals són efectes indesitjats infreqüents que solen trigar mesos a aparèixer i es produeixen sobretot en gent jove. En pacients amb galactorrea, la prolactina en sèrum no sol ser molt alta (generalment no supera els 50 ng/ml) i pot trobar-se fins i tot dins els dintells considerats normals.

La galactorrea i hiperprolactinèmia han estat descrites també amb altres antidepressius, encara que generalment també de forma anecdòtica. La secreció de prolactina segueix un ritme circadià i pot veure's estimulada per determinats estats fisiològics, patologies i fàrmacs, entre els quals hi trobem: embaràs, lactància, estrès, son, hipoglucèmia, exercici, tumors hipofisaris o hipotalàmics, hipotiroidisme primari, insuficiència renal

crònica, cirrosi o convulsions. Els fàrmacs semblen actuar en molts casos a nivell hipotalàmic, o bé, inhibint l'acció de la dopamina o bé estimulant la serotonina. Caldrà descartar sempre possibles causes secundàries abans d'atribuir-ho al fàrmac³⁻⁸.

EFICÀCIA I SEGURETAT DELS ANTIDEPRESSIUS EN NENS I ADOLESCENTS

S'ha suscitat moltíssima controvèrsia sobretot en els darrers 2 anys tant en la literatura científica com en els mitjans de comunicació (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/programmes/panorama>), entorn de la seguretat dels antidepressius i, especialment, dels ISRS en els nens i els adolescents. També ha generat polèmica objectivar que mentre que se n'ha promogut el consum en nens i adolescents, no es disposa de suficient informació de l'eficàcia i del lloc en terapèutica, no només dels ISRS sinó també dels nous antidepressius com venlafaxina, mirtazapina o escitalopram. Així mateix, les evidències de benefici dels antidepressius tricíclics són marginals i només s'han vist en adolescents. S'ha constatat que no sempre les companyies farmacèutiques posen a disposició pública TOTA la informació disponible d'un determinat producte, especialment quan els resultats de la investigació són negatius. També s'ha posat de manifest que les autoritats reguladores (com la FDA o l'EMEA) no estan desenvolupant les funcions que tenen atribuïdes, quant a conèixer i supervisar les condicions en què s'utilitzen els medicaments i la seva seguretat amb posterioritat a la seva comercialització. A més, el paper d'institucions com el *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) o la *Cochrane Collaboration* que intenten fer recomanacions terapèutiques independents basades en proves, pot arribar a ser qüestionat quan les avaluacions que realitzen es basen en informació esbiaixada que sobrevalora els resultats de les intervencions. Per últim, recentment una publicació que revisa el registre de notificacions espontànies de l'OMS, associa l'ús d'ISRS i especialment de la paroxetina amb símptomes de retirada en neonats, les mares dels quals han estat tractades durant l'embaràs⁹⁻²².

PUBLICACIONS RECENTS D'EFICÀCIA I SEGURETAT DELS ANTIDEPRESSIUS I EN EL TRACTAMENT DE LA DEPRESSIÓ

Recentment han aparegut moltes publicacions amb metodologia diversa que han revisat de nou el risc de suïcidi associat a l'ús d'antidepressius, el potencial d'abús i les síndromes de retirada. En totes elles es reforça la importància de fer una supervisió estricta en el moment d'iniciar i finalitzar els tractaments per poder detectar ràpidament aquests problemes i la necessitat d'introduir i retirar els tractaments de forma esglaonada²¹⁻³⁰. També han aparegut alguns estudis observacionals que han revisat el risc de sagnat digestiu per ISRS, objectivant que aquest és petit (3 episodis de sagnat digestiu per cada 1.000 pacients tractats i any) i que augmenta amb l'ús concomitant d'AAS i/o AINE, en casos d'antecedents de sagnat i en majors de 80 anys³¹⁻³². Quant a la venlafaxina, és recomana reservar-la com a fàrmac de segona línia. El tractament ha de ser introduït i supervisat per l'especialista¹⁻³³.

NOUS FÀRMACS: ESCITALOPRAM I DULOXETINA

Els dos nous antidepressius que han aparegut al mercat són l'escitalopram i la duloxetina. El primer és l'enantiómer S del citalopram. En el tractament de la depressió major, s'ha avaluat en assaigs clínics a curt termini (8 setmanes) i sobretot comparat amb el placebo. L'eficàcia de l'escitalopram 10-20 mg/dia

segons els estudis, ha estat superior al placebo en el canvi en la puntuació de l'escala de Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS. No ha demostrat una superioritat clara enfront citalopram 20-40 mg/dia ni venlafaxina 75-225 mg/dia (pauta diferent segons els estudis). En algun dels assaigs s'ha suggerit que l'inici d'acció podria ser més ràpid que el dels altres antidepressius amb que s'ha comparat. La incidència i el tipus d'efectes indesitjats no sembla diferent al del citalopram i altres ISRS³⁴⁻³⁷. La duloxetina és un antidepressiu inhibidor de la recaptació de la serotonina i la noradrenalina (similar, per tant, a la venlafaxina) que es promou almenys per a tres indi-

cacions: depressió major, neuropatia diabètica i incontinència urinària d'esforç. En el tractament de la depressió a dosis entre 20 i 60 mg/12 hores s'ha comparat fonamentalment amb placebo, però també amb paroxetina (20 mg/dia) i fluoxetina (20 mg/dia) en assaigs de 8-9 setmanes de durada. No s'ha comparat amb venlafaxina ni altres ISRS. No ha demostrat superioritat enfront els comparadors en l'escala de 17 ítems del *Hamilton Depression Rating Scale*. Les dosis recomanades són de 20-30 mg/12 hores o 60 mg/dia^{38,39}.

Bibliografia

- National Institute of Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE, 2004. www.nice.org.uk/pdf/CG023quickrefguide.pdf (accessed 6 jan 2005)
- Ables AZ, Baugham OL. Antidepressants: Update on New Agents and Indications. *Am Fam Physician* 2003; 67: 547-554.
- Spigset O. Adverse Reactions of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. Reports from a Spontaneous Reporting System. *Drug Safety* 1999; 20: 277-287.
- Pae CU, Kim JJ, Lee CU, Chae JH, Lee SJ, Lee C, Paik IH. Very low dose quetiapine-induced galactorrhea in combination with venlafaxine (letter). *Hum Psychopharmacol* 2004; 19: 433-434.
- Lynch A, Madjlessi A. Gynecomastia-galactorrhea au cours d'un traitement par mirtazapine [Gynecomastia-galactorrhea during treatment with mirtazapine] (letter). *Presse Med* 2004; 33: 458.
- Sternbach H. Venlafaxine-induced galactorrhea (letter). *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23: 109-110.
- Peterson MC. Reversible galactorrhea and prolactin elevation related to fluoxetine use (letter). *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 215-216.
- Gonzalez E, Minguez L, Sanguino RM. Galactorrhea after paroxetine treatment (letter). *Pharmacopsychiatry* 2000; 33: 118.
- Anonymous. Are SSRI Safe for Children? *Me Lett Drugs Ther* 2003; 45: 53-54.
- Anonymous. Which SSRI? *Med Lett Drugs Ther* 2003; 45: 93-95.
- The Lancet. Depressing research. *Lancet* 2004; 363: 1335.
- Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004; 363: 1341-1345.
- Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota informativa. Ref: 2004/06 de 29 de junio de 2.004 y Ref: 2004/14 de 17 de diciembre de 2.004.
- FDA Public Health Advisory, 15 October 2004 and <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm>
- Timimi S. Rethinking childhood depression. *BMJ* 2004; 329: 1394-1397.
- Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry D. Fármacos tricíclicos para la depresión en niños y adolescentes. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
- Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team. Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy and Their Combination for Adolescents with Depression. *JAMA* 2004; 292: 807-820.
- Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005; 365: 482-487.
- Ruchkin V, Martin A. SSRIs and the developing brain. *Lancet* 2005; 365: 451-453.
- Wong ICK, Besag FMC, Santosh PJ, Murray ML. Use of Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents. *Drugs Safety* 2004; 27: 991-1000.
- Report of the Committee on Safety of Medicines Expert working group on the safety of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants. December 2004.
- Glass RM. Treatment of Adolescents with Major Depression. Contributions of a Major Trial (editorial). *JAMA* 2004; 292: 861-863.
- Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the Risk of Suicidal Behaviors. *JAMA* 2004; 292: 338-343.
- Wessely S, Kerwin R. Suicide Risk and the SSRIs. *JAMA* 2004; 292: 379-381.
- Cipriani A, Barbui C. Suicide, depression, and antidepressants. Patients and clinicians need to balance benefits and harms. *BMJ* 2005; 330: 373-374.
- Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 2005; 330: 385-389.
- Martinez C, Rietbrock S, Wise L, Ashby D, Chick J, Moseley J, Evans S, Gunnell D. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ* 2005; 330: 389-395.
- Fergusson D, Doucette S, Cranley Glass K, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 330: 396-402.
- Buckley NA, McManus PR. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 2002; 325: 1332-1333.
- Cheeta S, Schifano F, Oyefeso A, Webb L, Ghodse AH. Antidepressant-related deaths and antidepressant prescription in England and Wales, 1998-2000. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 41-47.
- Anonymous. Do SSRIs cause gastrointestinal bleeding? *Dr Ther Bull* 2004; 42: 17-18.
- Dalton SO, Johansen C, Mellekjaer L, Nørgård B, Sørensen HT, Olsen JH. Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding. A Population-Based Cohort Study. *Arch Intern Med* 2003; 163: 59-64.
- Anonymous. Is *Effexor* more effective for depression than an SSRI? *Med Lett Drugs Ther* 2004; 46: 15-16.
- Einaron TR. Evidence based review of escitalopram in treating major depressive disorder in primary care. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19: 305-310.
- Montgomery SA, Huusom AK, Bothmer J. A randomised study comparing escitalopram with venlafaxine XR in primary patients with major depressive disorder. *Neuropsychobiology* 2004; 50: 57-64.
- Masilamani S, Ruppelt SC. Escitalopram (Lexapro) for depression. *Am Fam Physician* 2003; 68: 2235-2236.
- Wagh J, Goa KL. Escitalopram: a review of its use in the management of major depressive and anxiety disorders. *CNS Drugs* 2003; 17: 343-362.
- Anonymous. Duloxetine (Cymbalta): a New SNRI for Depression. *Med Lett Drugs Ther* 2004; 46: 81-83.
- Cymbalta®. Scientific Discussion and Summary of Product Characteristics. EMEA, 2005.

...

PONÈNCIA 10: Nen amb pneumònia

AUTORS > Josep Maria Cots. Grup de Malalties Infeccioses (GERMIAP) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

La pneumònia adquirida en la comunitat en el nen (PAC-N) es defineix per la presència de símptomes i signes respiratoris específics de pneumònia en un nen prèviament sa, que no ha estat hospitalitzat en els darrers 7 dies, degut a la infecció del parènquima pulmonar.

EPIDEMIOLOGIA I ETIOLOGIA

La incidència varia amb l'edat. En nens de 5 a 14 anys es de 10-20 casos /1.000 habitants/any. La PAC-N representa un 1,5% de les infeccions respiratòries. La vacunació enfront *Haemophilus influenzae* sembla haver reduït la incidència de PAC-N per aquest germen. Falta comprovar el mateix supòsit en nens que han rebut la vacuna antipneumocòccica. L'edat és el factor que determina l'etiologia del procés; n'és un bon predictor. El germen varia segons l'edat: els virus són els gèrmens principals en nens petits i en nens grans *Streptococcus pneumoniae* i *Mycoplasma pneumoniae*. Aquest últim és el més freqüent entre els nens majors de 10 anys.

En general el virus representen un 14-35% de les PAC-N. La mortalitat en països desenvolupats és molt baixa. Cal esguardar que en un 20-60% dels casos, el patogen no és identificat.

CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques

Hem de considerar una PAC-N bacteriana en menors de 3 anys davant de febre alta (> 38,5°C) taquipnea (> 50 respiracions/minut) i un distrès respiratori. En nens grans, la dificultat respiratòria presenta major valor predictiu que altres símptomes. En adolescents i nens grans podem classificar la PAC-N en: típica (causa bacteriana) o atípica (causa germen atípic). Les característiques de la síndrome típica són la febre alta amb calfreds, tos productiva, taquipnea, dispnea, dolor toràcic amb afectació important de l'estat general de forma sobtada. La síndrome atípica sol iniciar-se com un quadre de virasi de vies respiratòries altes de forma lleu i progressiva amb tos seca, cefalea, miàlgies, febre moderada, odinofàgia i exantema. En l'epidemiologia es troba antecedents familiars o comunitaris.

L'auscultació en el nen és pot específica. Si apareixen sibilants és molt poc probable l'origen bacterià.

PROVES DIAGNÒSTIQUES

Una radiologia de tòrax no s'ha de demanar de forma rutinària en un nen amb infecció respiratòria baixa no complicada. Les característiques radiològiques no es correlacionen amb l'etiologia. La radiologia de seguiment no s'ha de demanar de forma rutinària sinó davant d'una mala evolució clínica o en cas de col·lapse lobar i afectació extensa.

La proteïna C reactiva, com a reactant de fase aguda, no té especificitat per distingir entre una etiologia viral o bacteriana. Els estudis microbiològics no estan indicats en la PAC-N.

CRITERIS DE DERIVACIÓ HOSPITALÀRIA

- Menors de 6 mesos
- Gravetat clínica: cianosi ($pO_2 < 92\%$), taquipnea (freqüència respiratòria > 50 respiracions/minut), distrès respiratori, deshidratació
- Malalties de base: cardiopatia, malnutrició, immunodepressió, pneumopatia
- Sociopatia: mal control, incompliment terapèutic.
- Afectació radiològica severa
- Fracàs terapèutic

TRACTAMENT ANTIBIÒTIC

- En els nens petits amb símptomes moderats d'infecció del tracte respiratori inferior no és necessari el tractament antibiòtic
- En nens menors de 5 anys, l'antibiòtic d'elecció és l'amoxicil·lina, ja que el patogen més freqüents és l'*S. pneumoniae*. La dosi serà de 80-100 mg/kg/dia, cada 8 hores durant 7-10 dies. En llocs amb alta prevalença de resistències es recomana dosis altes. L'*S. pneumoniae* resistent a la penicil·lina sol ser també resistent als macròlids. La diferència és que la resistència a la penicil·lina és dosi-dependent i la resistència a macròlids dosi-independent
- En nens majors de 5 anys, l'antibiòtic d'elecció és un macròlid; el germen més freqüents en aquests casos és *M. pneumoniae*. Es pot donar eritromicina 40-50 mg/kg/dia cada 6 hores, josamicina 40-50 mg/kg/dia, cada 12 hores, claritromicina 15 mg/kg/dia cada 12 hores tots ells durant 10-14 dies i azitromicina 15 mg/kg/dia cada 24 hores durant 5 dies
- En nens majors de 10 anys la clínica pot orientar el tractament si existeixen símptomes de clínica típica (*S. pneumoniae*), o atípica (*M. pneumoniae*)
- L'associació d'amoxicil·lina i àcid clavulànic o les cefalosporines estarien indicades en una etiologia per *H. influenzae*. Els supòsits serien nens de 3 mesos a 5 anys que no evolucionen bé amb amoxicil·lina sola o que intoleren l'àcid clavulànic i es pauti una cefalosporina

SEGUIMENT

- El control clínic s'ha de realitzar a les 48 hores d'haver iniciat el tractament per avaluar la clínica
- Si l'evolució és favorable no cal fer més controls, ni clínic ni radiològic, fins a la finalització del tractament
- Si persisteix la febre o la clínica empitjora es derivarà a l'hospital

PONÈNCIA 11 : Presa crònica d'antiinflamatoris no esteroidals. Pot associar-se tractament antiagregant ?

AUTORS > Maite Alzamora. Grup de Patologia Cerebrovascular de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Els antiagregants plaquetaris han demostrat ésser el tractament d'elecció per prevenir ictus en pacients que han patit un accident isquèmic transitori (AIT) d'origen aterotrombòtic. Hi ha aproximadament una vintena de fàrmacs que han demostrat inhibir l'agregació plaquetària mitjançant diversos mecanismes d'acció.

Els **antiagregants plaquetaris** que mitjançant estudis clínics aleatoritzats amb una grandària suficientment gran han demostrat eficàcia enfront el placebo són: *l'àcid acetilsalicílic (AAS), ticlopidina, clopidogrel, abciximab, tirofiban i eptifibatida*. Els 3 primers fàrmacs s'administren per via oral i de forma crònica, mentre que els 3 darrers s'administren per via endovenosa i a curt termini.

L'AAS continua essent l'antiagregant que presenta major relació benefici/cost en prevenció secundària de pacients que han patit un AIT. La informació sobre eficàcia i seguretat de l'AAS es basa en 2 grans estudis en la fase aguda de la isquèmia cerebral: *l'International Stroke Trial (IST) i el Chinese Acute Stroke Trial (CAST)* i la metaanàlisi d'ambdós.

En prevenció secundària, la *metaanàlisi del grup Antiplatelet Trialists' Collaboration* va demostrar que en pacients amb AIT o infart cerebral el tractament antiagregant redueix en un 25% el risc d'accidents vasculars. El tractament més evaluat va ser l'AAS a dosi entre 75 i 325 mg/dia. *L'estudi CAPRIE (Clopidogrel vs Aspirin in patients at Risk of Ischemic Events)* va demostrar una lleugera diferència en l'efectivitat entre AAS i clopidogrel (reducció del risc relatiu del 8,7%; IC 95%: 0,3-16,5%; p=0,043). Els antiinflamatoris no esteroidals (AINE) no selectius que inhibeixen la funció plaquetària depenen del TXA-2 mitjançant una inhibició competitiva i reversible de la COX-1 quan els utilitzem a dosis analgèsiques convencionals, només inhibeixen l'activitat de la COX-1 plaquetària entre un 70 i un 90%. Aquest nivell d'inhibició potser insuficient per bloquejar adequadament l'agregació plaquetària *in vivo* perquè les plaquetes humanes tenen una gran capacitat per segregar TXA-2.

Els únics **inhibidors reversibles de la COX-1 d'eficàcia anti-trombòtica** en assaigs clínics aleatoritzats (amb poc poder estadístic) van ser: *trifusal, sulfpirizona, flurbiprofèn i indobufèn* (Patrono C et al. Chest 2001; 119: 39S-63S). Per tant, els AINE sembla que no són prou antiagregants per si mateixos. L'ibuprofèn antagonitza la inhibició plaquetària irreversible induïda per l'AAS. Aquest efecte es produeix tant amb l'administració d'una dosi única d'ibuprofèn abans de l'administració de l'AAS com amb dosis múltiples d'ibuprofèn. Sembla que altres AINE amb baix poder inhibidor de la COX-1 com el diclofenac no interfereixen els efectes antiagregants de l'AAS. El paracetamol tampoc interfereix aquest efecte (*Catella-Lawson F. N Engl J Med 2001*).

El risc de sagnat depèn del tipus d'AINE utilitzat, variant de 1,7 en estudis que utilitzaven ibuprofèn fins el 34,9 si el fàrmac utilitzat era el ketoprofèn (*Br J Clin Pharmacol 2004; 54, 320-326*). Altres factors de risc que augmenten el risc de sagnat serien: durada d'utilització de l'AINE (utilització recent, continuada o a curt termini), dosi d'AINE (baixa, intermitja o alta), història de complicacions ulceroses prèvies, associació a corticoides, edat > 60 anys, malaltia cardiovascular (augmenta el risc x 2). (*Drug Safety 2004; 27: 411-420*). L'associació d'AINE i antiagregant augmenta el risc d'hemorràgia digestiva. En pacients afectes d'artrosi i que precisen tractament antiagregant amb AAS a dosis baixes per haver patit un event vascular, potser l'analgèsic d'elecció seria el PARACETAMOL degut a què no inhibeix l'acció antiagregant de l'AAS i que no augmenta el risc de sagnat digestiu.

...

PONÈNCIA 12: Insuficiència cardíaca: torasemida per furosemida i ara-II per IECA ?

AUTORS > Josep Maria Verdú. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Home de 71 anys que acudeix per a control de la insuficiència cardíaca. Actualment està prenent furosemida i enalapril. Ens comenta que des de fa dos mesos es troba més dispneic. Li canviaries el tractament per torasemida i un ARA II?

- Problema del pacient: Empitjorament funcional de la seva insuficiència cardíaca
- Objectiu terapèutic a curt termini: millora de la simptomatologia
- Objectiu terapèutic a mig i llarg termini: disminució de la morbimortalitat

RESULTATS DE LA REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

Torasemida i furosemida

Assaigs clínics amb doble cec. (Jadad > 3)¹⁻⁴. Es van trobar 4 assaigs clínics. Són estudis fonamentalment farmacològics, de mostra petita, que demostren la millor biodisponibilitat de la torasemida, la seva millor absorció oral i major potència (furosemida 40 mg equivalent aproximadament a 10 mg de torasemida). No diferències significatives en hipotassèmia ni altres efectes secundaris a dosis equipotents.

Assaigs clínics sense cegament. (Jadad < 3)⁵⁻⁸. Es van trobar 4 assaigs clínics. Mostren disminucions significatives d'ingressos hospitalaris, millora de qualitat de vida, disminució de la urgència miccional i millora de l'estadi funcional (Dos dels estudis van ser patrocinats pel laboratori). Com comenten alguns autors en les seves conclusions, si aquests resultats es confirmessin en estudis amb doble cec, la torasemida seria el diürètic d'elecció, no obstant això, no existeix en l'actualitat cap estudi amb aquest disseny, no hi ha doncs evidència suficient.

Estudis econòmics i observacionals. En la mateixa línia dels anteriors, refereixen disminució o igualtat de costos totals (cost del medicament, ingressos, baixes laborals) respecte a la furosemida, resultats que també haurien de ser confirmats amb estudis amb doble cec.

IECA i ARA II

Una metanàlisi⁹ i quatre assaigs¹⁰⁻¹³ clínics que comparen ARA II enfront d'IECA no han demostrat diferències quant a la mortalitat, ingressos hospitalaris ni millora funcional. Pel que fa a efectes secundaris, hi va haver una menor incidència de tos i angioedema en ARA II.

INTERVENCIÓ EN EL CAS A ESTUDI

- No farmacològiques: Identificació i correcció de possibles factors precipitants de l'empitjorament: (tractament incorrecte, falta d'adherència, presa de medicaments que empitjoren la insuficiència cardíaca, cardiopatia isquèmica, consum d'alcohol i tabac, arítmies, infeccions, anèmia, embolisme pulmonar, disfunció tiroïdal, incompliment dietètic, hipertensió arterial no controlada)
- Farmacològiques: un cop descartats o tractats els factors precipitants: Si existeixen signes de congestió esquerra (dispnea, tos, fatiga, cansament, crepitants), o dreta (ingurgitació jugular, augment de pes hepatomegàlia, edema perifèric) doblarem la dosi de diürètic (furosemida 80 mg/dia) fins a la millora dels signes de congestió, disminuint després de l'estabilització fins a la dosi mínima eficaç.

No hi ha evidència suficient (absència d'assaigs clínics amb doble cec) per recomanar la substitució de la furosemida per la torasemida com a diürètic de primera línia en la insuficiència cardíaca, ja que l'àmplia experiència en el seu ús i el fet que la majoria dels pacients inclosos en assaigs clínics amb altres fàrmacs (IECA, β -blocadors) que van demostrar augment de la supervivència estiguessin tractats amb furosemida continuen avalant a aquest fàrmac.

No obstant això, en gairebé la totalitat de guies de pràctica clínica en vigor, davant la possible resistència a diürètics (falta de resposta amb dosis de furosemida > 120 mg/dia), es recomanen diverses estratègies basades en estudis observacionals¹⁴ [Nivell III] com afegir una tiazida al diürètic de nansa, pautar aquest en diverses dosis; en el mateix nivell d'evidència [Nivell III] es trobaria la substitució de furosemida per la torasemida.

- No existeix cap evidència per a la substitució de l'IECA per ARA II, llevat de contraindicació o intolerància al primer [Nivell Evidència Ia] En el cas que ens ocupa es pautaria enalapril a dosi diària 10-20 mg/12 hores
- Si el pacient es trobava en un grau II NYHA i va empitjorar a III o IV, serà obligatori afegir al tractament espirolactona (12,5-25 mg/dia) sempre que tingui un potassi < 5 mEq/l i una creatinina < 2,5 mg/dl, ja que millora el grau funcional i la supervivència [Nivell Ib] (estudi RALES)
- Si malgrat el tractament amb dosis plenes d'IECA i diürètics el pacient continua simptomàtic, l'addició de digoxina pot millorar l'estat funcional [Nivell Ia]. Subanàlisi de l'estudi DIG fan recomanable mantenir la digoxinèmia entre 0,5-0,8 ng/ml i evitar, si no és imprescindible, l'ús de digoxina en dones amb ritme sinusal i insuficiència cardíaca (possible augment de la mortalitat).
- Una vegada el pacient no presenti signes de congestió i romangui en estadi estable durant un mes, s'iniciarà tractament amb algun dels β -blocadors que han demostrat augmentar la supervivència en la insuficiència cardíaca (bisoprolol, carvediol, metoprolol) [Nivell Ia].

CONCLUSIONS

No existeixen evidències suficients per substituir la furosemida per la torasemida com a diürètic de primera línia en el tractament de la insuficiència cardíaca, si bé la torasemida pot representar una alternativa davant la refractarietat al tractament diürètic davant dosi de furosemida > 120 mg/dia, o si el pacient ens planteja possible abandó del tractament diürètic per urgència miccional.

No existeix cap evidència per recomanar la substitució d'IECA per ARA II en la insuficiència cardíaca excepte contraindicacions o efectes secundaris que obliguin a suspendre'ls.

Bibliografia

1. Broekhuysen J, Deger F, Douchamps J, Ducarne H, Herchuelz A. Torasemide, a new potent diuretic. Double-blind comparison with furosemide. *Eur J Clin Pharmacol* 1986; 31 (Suppl): 29-34.
2. Goebel KM. Six-week study of torsemide in patients with congestive heart failure. *Clin Ther* 1993;15: 1051-1059.
3. Herchuelz A, Deger F, Douchamps J, Ducarne H, Broekhuysen. Comparative pharmacodynamics of torasemide and furosemide in patients with edema. *Arzneimittelforschung* 1988; 38: 180-183.
4. Scheen AJ, Vancrombreucq JC, Delarge J, Luyckx AS. Diuretic activity of torasemide and furosemide in chronic heart failure: a comparative double blind cross-over study. *Eur J Clin Pharmacol* 1986; 31 (Suppl): 35-42.
5. Follath F. Do diuretics differ in terms of clinical outcome in congestive heart failure? *Eur Heart J* 1998; 19 (Suppl P): P5-P8.
6. Cosin J, Diez J; TORIC investigators. Torasemide in chronic heart failure: results of the TORIC study. *Eur J Heart Fail* 2002; 4: 667.
7. Murray MD, Deer MM, Ferguson JA, Dexter PR, Bennett SJ, Perkins SM, Smith FE, Lane KA, Adams LD, Tierney WM, Brater DC. Open-label randomized trial of torasemide compared with furosemide therapy for patients with heart failure. *Am J Med* 2001; 111: 577.
8. Stroupe KT, Forthofer MM, Brater DC, Murray MD. Healthcare costs of patients with heart failure treated with torasemide or furosemide. *Pharmacoeconomics* 2000; 17: 429-440.
9. Jong P, Demers C, McKelvie RS, Liu PP. Angiotensin receptor blockers in heart failure: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Coll Cardiol* 2002; 39: 463-470.
10. Gayet JL; Optimal Trial in Myocardial Infarction with the Angiotensin II Antagonist Losartan. The OPTIMAAL trial: losartan or captopril after acute myocardial infarction. *Lancet* 2002; 360: 1884-1885.
11. Pfeffer MA, McMurray J, Leizorovicz A, Maggioni AP, Rouleau JL, Van De Werff F, Henis M, Neuhart E, Gallo P, Edwards S, Sellers MA, Velazquez E, Califf R. Valsartan in acute myocardial infarction trial (VALIANT): rationale and design. *Am Heart J* 2000; 140: 727-750.
12. Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R, Martinez FA, Dickstein K, Camm AJ, Konstam MA, Riegger G, Klinger GH, Neaton J, Sharma D, Thyagarajan B. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial—the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000; 355: 1582-1587.
13. Cohn JN. Improving outcomes in congestive heart failure: Val-HeFT. Valsartan in Heart Failure Trial. *Cardiology* 1999; 91 (Suppl 1): 19-22.
14. Channer KS, Richardson M, Crook R, Jones JV. Thiazides with loop diuretics for severe congestive heart failure. *Lancet* 1990; 335: 922-923.

...

NORMES DE PUBLICACIÓ

INSTRUCCIONS PER A LA PRESENTACIÓ DE TREBALLS PERQUÈ SIGUIN PUBLICATS AL BUTLLETÍ DE L'SCMFIC

L'objectiu d'aquesta revista és la d'èsser 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, diagnòstica, 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 teneu 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'artròsi?). 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 contindrà dades que no es trobin en el text.

A continuació cal indicar tres paraules clau d'acord amb les normes de l'Índex 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'Índex Medicus, any, volum, primera i darrera plana. Exemple: Boj Quesada J.R., Xalabardé Guardia A., Bastida Vila P., Molina Vives M., Quiles Ill L., 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'lur 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 SIMBOLS. 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 tramejar 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.