

Volum 21 n°3

juny 2003

<b>Editorial</b>	Enguany fem vint anys.	<b>66</b>
<b>Treballs Originals</b>	Estudi de prevalença sobre risc cardiovascular en ancians.	<b>67</b>
<b>Jornada GERMIAF</b>	Actualització del maneig antibiòtic en l'agudització de l'MPOC.	<b>71</b>
<b>La imatge</b>	Dona de 14 anys.	<b>75</b>
<b>De l'evidència científica a la pràctica clínica</b>	Teràpia cognitivo-conductal i insomni primari crònic	<b>76</b>
<b>Casos Clínics</b>	Home de 59 anys amb fractura vertebral.	<b>82</b>
	Camptocòrmia o cifosi lumbar reductible.	<b>83</b>
<b>Fulls d'Informació per a Pacients de l'scmfic</b>	Consells al viatger.	<b>85</b>
	Consejos para el viajero.	<b>86</b>

Butlletí editat per:

**Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària**

Portaferrissa 8, pral. 1a. / 08002 Barcelona • Tel.: 933 011 777 • Fax: 933 181 001

e-mail. scmfic @ scmfic.org

© scmfic Reservats tots els drets

**Junta Permanent:**

*President:* Ramon Morera i Castell  
*Vice-presidents:* Antoni Peris i Grao  
 M. Dolors Forés i Garcia  
*Secretari:* Daniel Ferrer-Vidal i Cortella  
*Vice-secretària:* Mireia Sans i Corrales  
*Tresorer:* Ramon Velayos i Balcells  
*Vocals:* Sandra Pons i Cuevas  
 Mònica Papiol i Rufias  
*Gerent Fundació d'AP:* Santiago Rico de Ros

**Comitè Editorial:**

*Director:* Joan Lozano i Fernández  
*C. Editorial:* Carles Llor i Vila  
 Rosa Pou i Vila  
 Ramon Morera i Castell  
 Xavier Bria i Ferré  
 Ernest Vinyoles i Bargalló  
 Eva Peguero i Rodríguez  
 Isabel Ortiz i Garcia  
 Mènci Benitez Camps  
 Josep Lluís Ballvé i Moreno  
 Mireia Sans i Corrales  
 Mònica Papiol i Rufias  
 Miquel Àngel Martínez i Adell  
 Josep Maria Vidal i Royo  
 Manel Ferran i Mercadé  
 Ester Duran i Navarro  
*Secretaria:* Mercè Déu i Martínez

**Seccions:**

*Recerca:* Jesus Pujol i Salud  
*Docència:* Feliu Aliaga i Felma  
*Comunicació:* Josep Lluís Ballvé i Moreno  
*Residents:* Isabel Ortiz i Garcia

**Vocalies territorials:**

*Anoia:* Josep Alins i Presas  
*Girona:* Josep M. Coll i Benejam  
*Lleida:* Begoña López i Asensio  
*Maresme:* Pere Torán i Monserrat  
*Osona:* Antoni Iruela i López  
*Tarragona:* Josep Basora i Gallissà  
*Terres de l'Ebre:* Francesc Arasa i Panisello  
*Vallès Occidental:* Ferran Galí i Gorina

**Enllaços amb el Butlletí:**

<i>Acreditació Activitats:</i> Albert Josa i Arqué	<i>Gent gran:</i> Mònica Papiol i Rufias
<i>Adolescència:</i> Rosario Jiménez i Leal	<i>Hipertensió arterial:</i> Joan Bayó i Llibre
<i>Alcohol:</i> Gregorio Pizarro i Romero	<i>Infeccioses (GERMIAP):</i> Isabel González i Saavedra
<i>Anticoagulació oral:</i> Mercè Botinas i Martí	<i>Malalties del cor:</i> Valeria Pacheco i Huerdo
<i>APOC:</i> Isabel Montaner i Gomis	<i>MBE:</i> Mènci Benitez i Camps
<i>Asma:</i> Anna Moretó i Reventós	<i>Osteoporosi:</i> Pilar Orozco i López
<i>ATDOM:</i> Antonio Aranzana i Martínez	<i>Patologia digestiva:</i> Gerard Martínez i Sánchez
<i>Comitè de prova:</i> Elisenda Florensa i Claramunt	<i>Patologia prostàtica:</i> Elisenda Sant i Arderiu
<i>Comunicació i salut:</i> Josep Massons i Cirera	<i>Qualitat:</i> Miquel Reguant i Fosas
<i>Cooperació internacional</i>	<i>Reumatologia:</i> Xavier Mas i Garriga
<i>(COCCOPSI):</i> Lluís Valerio i Sallent	<i>Risc Cardiovascular:</i> Josep Franch i Nadal
<i>Diabetis (GEDAPS):</i> Pilar Roura i Olmeda	<i>Salut mental:</i> Albert Grau i Ruvireta
<i>Dislipèmies:</i> César Asenjo i Vázquez	<i>Tabaquisme (GRAPAT):</i> M. Carmen Cabezas i Peña
<i>Exercici Físic i Salut:</i> Oscar Peda i Chimenis	<i>Urgències:</i> Jordi Martínez i Roldán
<i>Farmàcia:</i> Julio González i Algas	<i>VIH:</i> José Manuel Castillejo i Medina

**Producció:***Realització:* Javaloyes*Publicitat:* **Fundació d'Atenció Primària***Impressió:* PT Graf S.L.

Tel. 933 011 777 • Fax 933 181 001

D.L. B-17664-1988 Suport vàlid

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

## Editorial

## Enguany fem vint anys.

*"Ara que tinc vint anys,  
Ara que encara tinc força  
i no tinc l'ànima morta  
i em sento bullir la sang"*

*JM Serrat*

Enguany fem 20 anys i això només passa un cop a la vida. Això ens ha de fer sentir més orgullosos que mai de la nostra professió. Poques societats mèdiques poden dir que només amb 20 anys han tingut un creixement tant espectacular de socis, d'activitats formatives, de projectes innovadors..., i amb la qual hem fet sentir la nostra veu, i ho hem fet gràcies a una àmplia participació altruista dels socis i mantenint la màxima independència.

Des que va ser fundada, l'SCMFiC s'ha caracteritzat per ser una Societat participativa, integradora de tots els seus socis, on treballem, des de fa 20 anys per a la transformació de l'atenció primària, per fer-la més propera i professional. Crec que ningú pot negar que l'SCMFiC ha participat activament en la transformació de la sanitat i ha ajudat en l'avenç i millora de l'atenció primària a Catalunya.

Tenim, doncs, motius per estar força satisfets de la feina feta, però encara tenim molts projectes de futur que han d'esperonar-nos per treballar, amb més ganes si cal i implicar-nos en la millora de la Sanitat a Catalunya, i comprometre'ns a què l'atenció primària de salut sigui resolutiva, accessible i amb un alt nivell competencial que respongui a les necessitats de la societat i on els professionals hi poden treballar a gust. Però, tot i les dificultats, a l'SCMFiC hem apostat i seguim fent-ho per una atenció primària digna i treballar per fer-la arribar al nivell que la societat del nostre país es mereix.

I en el futur més immediat no hem d'oblidar el gran compromís que ens suposa organitzar aquest hivern el XXIIIè Congrés de la semFYC i XVIIIè Congrés de l'SCMFiC a Barcelona, amb la participació de 6.000 metges de tot l'Estat Espanyol. Una responsabilitat molt important que des de l'SCMFiC assumim amb l'experiència dels divuit congressos que ja hem organitzat. Aquest Congrés, que com sabeu presentarà grans innovacions temàtiques i funcionals, també coincideix amb els 25 anys de la creació de la nostra especialitat.

Tots hem treballat per fer gran l'SCMFiC, per esdevenir-la en referent i tots ens hi trobem "en família". La nostra història, la de l'SCMFiC, és mèrit de totes les persones que hi han treballat. Us convido a tots vosaltres, socis i familiars de socis, que participeu amb nosaltres en el sopar dels 20 anys, una data que ens il·lusiona, que ens enorgulleix i que ens ha d'unir més que mai.

A tots vosaltres, que heu treballat i treballeu per l'SCMFiC us vull donar les gràcies pel vostre esforç, per les hores dedicades, per tenir il·lusió en el futur, per creure en la nostra feina, en la sanitat pública, per voler fer de la nostra especialitat un motiu d'orgull.

Ramon Morera i Castell  
President de l'SCMFiC

# Estudi de prevalença sobre risc cardiovascular en ancians.

M. José García Serrano\*,

Marisol Oliva i Segura\*\*.

\*Metgessa de família d'atenció primària

\*\* Infermera d'atenció primària  
EAP Vilanova del Camí. SAP Anoia.

## Resum

**Objectius:** Conèixer el risc cardiovascular (RCV) dels pacients de 65 anys o més i relacionar-lo amb la presència de diversos factors de risc modificables o no. Calcular el percentatge de registre del RCV a les històries clíniques d'atenció primària (HCAP) d'aquests usuaris, identificant el o els factors de risc cardiovascular (FRCV) en què es constata un millor registre.

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

**Emplaçament:** Àrea Bàsica de Salut, que atén una població de 10.970 habitants amb 1.247 usuaris de 65 anys o més (44,03% homes i 55,97% dones), que representen un 11,37 % de la població.

**Subjectes:** Mostra aleatòria de 230 subjectes del total d'usuaris de 65 anys o més, dels quals 44,3% són homes i 55,72% dones. La mitjana d'edat és de 73,8 anys.

**Resultats:** S'obtingué un RCV inferior al 10% als 10 anys en el 30,9%, un RCV entre l'11 i el 20% en un 27,8% i > 20% en el 27,4% dels casos. El RCV estava calculat abans de l'estudi en el 27,8% dels casos. Els pacients diabètics, fumadors, amb cardiopatia isquèmica, amb arteriopatia perifèrica, amb colesterol-HDL baix i amb consum moderat-sever d'alcohol, es relacionen de forma estadísticament significativa ( $p < 0,05$ ) amb el RCV > 20%.

**Conclusions:** Baix càlcul de RCV a la implantació de l'estudi. Bon percentatge de subjectes amb RCV calculat baix malgrat l'edat (30,9%). Infrarregistre d'alguns FRCV a les HCAP. El tabac i la diabetis mellitus són els factors que més es relacionen ( $p < 0,05$ ) amb un augment del RCV global. L'acumulació de FRCV provoca un efecte sinèrgic en l'augment del RCV total.

## Introducció

El Programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) recomana la detecció de factors de risc cardiovascular integrat amb la resta d'activitats preventives<sup>1</sup>; això ha provocat que des de diversos àmbits sanitaris s'hagin intentat validar un bon nombre de taules per estudiar l'impacte que diferents factors de risc cardiovascular (FRCV), tradicionals o no, tenen per augmentar el risc cardiovascular (RCV) global mirant-ho cap al futur a una perspectiva de 5 o bé 10 anys<sup>2-7</sup>. D'altra banda, es busquen factors predictors de malaltia coronària que ens orientin de cara al pronòstic dels nostres pacients<sup>5,8</sup>.

S'ha de realitzar un abordatge multifactorial dels nostres usuaris i per tant és molt necessari ponderar els diferents factors de risc i fer una intervenció adequada segons l'índex de risc cardiovascular, com conclou l'estudi de Framingham<sup>9-11</sup>. Les molt diverses intervencions que es resulten d'aquest abordatge provenen tant de les consul-

tes dels metges de família com de les infermeres que atenen adults, en certa manera intervencions complementàries però cadascuna dins del seu marc de competències, amb la finalitat única de procurar una millor qualitat de vida (present i/o futura) als usuaris que s'atenen.

Espanya, a igualtat de risc cardiovascular, es troba en els últims llocs de mortalitat per causa cardiovascular dels països desenvolupats. La causa no és clara, tot i que existeixen diverses hipòtesis<sup>12</sup>, com el fet que en el nostre medi els antioxidants de la dieta mediterrània fan les lipoproteïnes de baixa densitat (LDL) menys aterogèniques.

Donat que en atenció primària a Europa s'utilitza de forma estandarditzada el mètode Framingham per al càlcul del RCV global, malgrat que aquest mètode estigui basat en estudis americans i per tant no sigui del tot comparable (possiblement sobreestimi el risc dels nostres usuaris), es va decidir realitzar el següent estudi.

El propòsit principal de l'estudi és conèixer les xifres de RCV dels usuaris de 65 anys o més, calculat segons la taula de Framingham, i relacionar-les amb la presència de diferents factors de risc per veure quins tenen més pes específic en el càlcul del RCV a aquesta franja d'edat. Com a objectius secundaris vam mirar el registre del RCV a les històries clíniques dels usuaris adscrits a les consultes, identificant el o els FRCV en què es constata un millor registre.

## Material i mètodes

Es va realitzar un estudi descriptiu transversal en una Àrea Bàsica de Salut semi-urbana. El Centre d'Atenció Primària atén una població de 10.970 habitants (cens del 2003) amb 9.133 usuaris més grans de 14 anys i 1.247 usuaris de 65 anys o més, que representen l'11,37% de la població. Es va obtenir una mostra de 230 subjectes del total d'usuaris de 65 anys o més, de forma aleatòria (un de cada cinc, escollint l'immediatament anterior i sinó el posterior o successivament, si l'escollit complia algun criteri d'exclusió, com s'explica més endavant).

Els criteris d'exclusió foren:

- No visitat durant l'any 2001 (l'anterior a l'estudi)
- Hipercolesterolemia familiar aterogènica
- Exitus (que no coneguèssim prèviament)
- Ingressats a centre de llarga estada
- Falta d'alguna dada per al càlcul del RCV

Les pèrdues (que varen ésser substituïdes per un altre subjecte) foren 64 (un 28% de la mostra), dels quals:

- 28 perquè faltaven dades per al càlcul del risc (el colesterol en un 94% dels casos)
- 25 per no haver estat visitats durant l'any anterior, 10 dels quals eren usuaris desplaçats d'altres municipis que ja no vivien al municipi d'estudi
- 9 per ser èxits
- 2 per estar ingressats en centres de llarga estada.

S'ha de tenir en compte que la població diana no inclou els usuaris que viuen al municipi però que són visitats per la metgessa de Montepio Tèxtil, els quals només són atesos al centre d'atenció primària per visites de caire urgent. El càlcul de la mostra es va fer amb una precisió del 0'5 i un error alfa del 5%.

En cada subjecte es va registrar la xifra de RCV que constava a l'HCAP o es va calcular quan no hi constava. El mètode de càlcul del RCV utilitzat va ser la taula de risc cardiovascular de Framingham<sup>9-11</sup>.

Es recolliren també les següents variables: edat, sexe, hipertensió arterial (HTA), diabetis mellitus tipus 2 (DM2), dislipèmia (DSL), arteriopatia perifèrica, obesitat, cardiopatia isquèmica (CI), xifra de colesterol-HDL, consum de tabac i consum d'alcohol.

Pel que fa a les malalties cròniques, el criteri ha estat considerar-les presents si constava el diagnòstic a la història clínica d'atenció primària (HCAP), aplicant els criteris corresponents:

- Per a l'HTA  $\geq 140/90$ <sup>13,14</sup>.
- Per a l'obesitat :  $IMC \geq 30$ .
- Per a la dislipèmia: colesterol total  $> 250$  mg/100 ml.
- Per a la DM: (criteris ADA) (15) dues glucèmies basals  $\geq 126$  mg/100 ml o bé glucèmia a l'atzar superior a 200 mg/100 ml.
- El criteri per al tabaquisme és: mínim una cigarreta al dia en el darrer mes, i
- Per a la xifra d'HDL discriminàvem si era inferior a 35 mg/100 ml

El criteri per al consum d'alcohol ha estat: abstemi (no consum o bé només dos o tres cops l'any), lleu (menys de 168 g/setmana dones i 280 g/setmana homes), moderat (entre els límits anteriors i 500 g/setmana) i sever ( $> 500$  g/setmana).

Els resultats es van processar pel programa DBASEVI amb què es va elaborar la base de dades i es van analitzar amb els paquets estadístics Epiinfo i SPSS per a Windows. Es va utilitzar el test de la khi quadrat i el test exacte de Fisher per a l'anàlisi de les variables qualitatives. Es va utilitzar un nivell de confiança del 95%. Amb finalitat descriptiva es va analitzar l'associació entre la presència d'una xifra de RCV elevada o no (major a 20, o menor o igual a 20) com a variable dependent i la resta de variables recollides.

## Resultats

Els 230 pacients estudiats es distribueixen de la següent manera: 55,7% de dones i un 44,3% d'homes; una edat mitjana de  $73,8 \pm 7,08$  anys, amb presència de malalties cròniques i factors de risc com segueix:

- 34,8 % de diabètics (n=80)
- 54,3 % d'hipertensos (n=125)
- 37,8 % de dislipèmics (n=87)
- 43,5 % d'obesos (n=100)
- 7,4 % de fumadors (n=17) i 2,6 % exfumadors del darrer any (n=6)
- 12,2 % amb cardiopatia isquèmica (n=28)
- 4,8 % amb arteriopatia perifèrica (n=11)
- 4,8 % amb una xifra de colesterol-HDL inferior a 35 mg/dl (n=11)
- 30,9 % amb consum d'alcohol en algun grau, dels quals tenim 21,7% consumidors lleus (n=50), 7,8% consumidors moderats (n=18) i un 1,4% de consumidors severos (n=3)

El RCV és superior a 20% als 10 anys en el 27,4% dels casos (63 subjectes).

De la resta, un 30,9% tenen un RCV inferior al 10% als 10 anys (risc baix) i 27,8% RCV entre 11 i 20 (risc moderat). A la taula 1 es poden observar aquestes xifres, així com la relació entre elles i el sexe dels subjectes: el 52,3% de les dones estan dins el grup de RCV molt baix mentre només hi són el 3,9% dels homes; per contra, el 51% dels homes tenen RCV  $> 20$  mentre que només el tenen el 8,6% de les dones.

Donat que el RCV és un càlcul de probabilitat a llarg termini (10 anys), es va voler avaluar independentment aquell grup de subjectes que tenen encara una esperança de vida més llarga, per la qual cosa es va efectuar un tall als 75 anys per conèixer si entre ambdós grups hi havia diferències significatives pel que fa a la xifra de RCV, comparant els de RCV  $> 20$  entre els dos grups; la prova estadística va confirmar que no, com es pot apreciar a la taula 2.

La xifra de RCV estava calculada abans de l'estudi en el 27,8% dels casos. En els subjectes fumadors o amb arteriopatia perifèrica, el percentatge de registre de la xifra del RCV era més elevat, 53% i 45'5% respectivament, en comparació amb la resta de factors de risc estudiats.

La distribució dels diferents factors de risc estudiats, modificables o no, es relacionen amb el RCV global com s'observa a taula 3. En la taula 4 observem la relació dels quatre factors de risc amb major pes dins la taula de càlcul, independentment de l'edat que no és modificable. Tenint en compte que hi ha 35 subjectes sense cap d'aquests quatre FRCV principals (un 15,2% dels subjectes de la mostra), s'ha estudiat per a la resta (n=195) també l'efecte que provoca l'acumulació de factors de risc en l'augment del RCV total (comparant-ho amb els subjectes amb RCV  $> 20$ ), que és el que s'observa a la taula 4.

## Discussió

No hi ha cap estudi sobre risc cardiovascular fet exclusivament en gent anciana, potser pel fet que aquest càlcul sigui a un termini llarg (deu anys) que s'aproxima en

**Taula 1** Descripció de la mostra segons el RCV obtingut.

RCV % als 10 anys	Homes	Dones	Total
0 a 10	4 (3,9%)	67 (52,3%)	71 (30,9%)
11 a 20	23 (22,5%)	41 (32%)	64 (27,8%)
> 20	52 (51%)	11 (8,6%)	63 (27,4%)

RCV: risc cardiovascular: risc de sofrir un event cardiovascular en 10 anys.

**Taula 2** Descripció de la xifra RCV segons l'edat.

RCV % als 10 anys	< 75 anys	$\geq 75$ anys
0 a 10	42 (29,8%)*	29 (32,6%)*
11 a 20	38 (27%)*	26 (29,2%)*
> 20	41 (29,1%)	22 (24,7%)

\*p = 0,88

**Taula 3** Distribució dels diferents FRCV en relació amb el RCV global.

	RCV (n=230)		P
	°20%	>20%	
<b>Diabetis mellitus</b>			
Sí	32 (51%)	31 (49%)	P=0.0005293*
No	92 (76%)	29 (24%)	
<b>Hipertensió arterial</b>			
Sí	74 (70%)	32 (30%)	p=0.5972
No	61 (66%)	32(33%)	
<b>Dislipèmia</b>			
Sí	52 (73%)	19 (27%)	p=0.2532
No	83 (65%)	44 (35%)	
<b>Tabac</b>			
Sí	3 (20%)	12 (80%)	p=0.0000585*
No	128(74%)	46 (26%)	
<b>Obesitat</b>			
Sí	58 (58%)	42(42%)	p=0.97
No	53 (58%)	38 (42%)	
<b>Arteriopatia perifèrica</b>			
Sí	2 (18%)	9 (82%)	p=0.01*
No	133(61%)	86 (39%)	
<b>Xifra de colesterol-HDL baixa</b>			
Sí	1 (9%)	10 (91%)	p=0.0021*
No	111(61%)	71 (39%)	
<b>Consum d'alcohol</b>			
No lleu	123 (61%)	79 (39%)	p=0.014*
Moderat sever	7(33%)	14(66%)	
<b>Sense FRCV</b>			
Sí	26 (74%)	9(26%)	P=0.0419*
No	109(56%)	86 (44%)	

**Taula 4** Relació dels FRCV amb la xifra RCV.

	n	RCV 0-10	RCV 11-20	RCV>20	p
<b>Sense FRCV*</b>	35	13	13	9	
<b>Tabac</b>	17	1	2	12	< 0'05
<b>DM</b>	80	8	24	31	< 0'05
<b>HTA</b>	125	38	36	32	0'059
<b>DSL</b>	87	29	23	19	0'25

\* Sense FRCV: no tabac, no DM, no HTA, no DSL.

alguns casos a l'esperança de vida d'aquestes persones. Tot i això, l'estudi ha proporcionat les següents conclusions:

- Baix càlcul de RCV a les HCAP a la implantació de l'estudi (27,8%), quan ja feia més d'un any de l'activitat formativa al respecte. De totes maneres, es registra més en aquells pacients amb major nombre de FRCV.
- Existeix un bon percentatge de gent gran (30,9%) amb RCV baix malgrat que l'edat, especialment en els homes, tingui un pes tan gran en el càlcul de la xifra de RCV, i malgrat la sobreestimació del risc que la taula de Framingham té en el nostre entorn. De totes maneres, no sempre aquesta xifra baixa de risc va relacionat amb una millor qualitat de vida ja que, especialment en aquest moment de la vida (ancians),

la percepció de la qualitat de vida pot estar molt influenciada per altres factors com la presència de dolors (especialment osteo-musculars), la sensació de solitud, els problemes de relació amb la família o altres grups de suport,...

- El RCV està calculat d'una manera bastant uniforme segons les patologies cròniques o factors de risc aïllats que presenti el pacient. El major percentatge de registre és en els fumadors (registre d'un 53%), però la quantitat de subjectes fumadors no és alta, i a més aquests presenten alhora altres FRCV.
- És prou acceptable el registre a les HCAP de les diferents patologies cròniques i FRCV considerats en l'estudi. Per a aquells en què el registre és del 100% cal tenir en compte que si no constava TA o xifra de colesterol no s'inclouia el subjecte a l'estudi; les pèrdues per aquest motiu no varen ésser pas menyspreables (28 subjectes). De totes maneres, en algunes de les variables hi ha un infraregistre encara important, sobretot si tenim en compte que el centre d'atenció primària ja fa gairebé quinze anys que funciona en xarxa reformada.
- Dels quatre FRCV principals, el tabac i la DM són els factors que de forma estadísticament significativa més es relacionen amb l'augment del RCV en el nostre estudi. Possiblement també ho seria la HTA si la mostra hagués estat més gran.
- No hem trobat significació estadística per a l'obesitat en l'augment del RCV en el nostre estudi, però sí per a l'arteriopatia perifèrica, el colesterol-HDL o el consum d'alcohol, aquesta darrera troballa ja suggerida per un altre estudi però amb resultats no comparables amb el nostre ja que es tractava de població de 35 a 65 anys<sup>2</sup>.
- L'acumulació de FRCV provoca un efecte sinèrgic en l'augment del RCV total, concepte ja desenvolupat en algun altre estudi<sup>3</sup>.
- Si considerem que la xifra de RCV és una predicció per als propers 10 anys de vida, en alguns casos (quan l'edat d'esperança de vida es va fent més propera) aquesta dada tindria un valor més aviat anecdòtic. Per això s'ha contemplat l'anàlisi separada dels subjectes entre 65 i 75 anys, que són els que més es podrien beneficiar d'una prevenció derivada del càlcul dels seu risc cardiovascular. Cal considerar que avui dia l'esperança de vida a Catalunya se situa en 75,3 anys per als homes i 82,9 per a les dones i l'esperança de vida sense incapacitat era l'any 1986 de 7,68 anys en general per a les persones de 65 anys d'edat<sup>16</sup>. Aquest tall als 75 anys ja l'ha fet algun altre estudi<sup>17</sup>.
- Una limitació de l'estudi ha estat no registrar quants subjectes tenien hipertròfia del ventricle esquerre, que és una de les variables amb molt de pes a la taula de Framingham, però tot i no conèixer-ne la prevalença aquest factor s'ha considerat a cada subjecte individual per al càlcul de la seva xifra de risc. En un futur seria convenient utilitzar les dades d'aquest estudi per a dues possibles ampliacions:
  - Mirar si en els pacients amb dislipèmia o hipercolesterolèmia, i aquells amb cardiopatia isquèmica, hi ha una adequació de tractament, ja que el tractament farmacològic està indicat especialment en els pacients amb un major nivell de risc (que situaríem a la xifra de 20%) o bé que ja estiguin en prevenció secundària. Això ha estat ja desenvolupat en múltiples estudis<sup>12, 17-20</sup>.

– Estudiar al llarg dels propers 10 anys la cohort de 63 subjectes que presenta ara un risc cardiovascular superior a 20%, per veure si desenvolupen algun esdeveniment cardiovascular, i també la cohort de 35 subjectes que actualment no tenen cap dels quatre factors de risc més importants

## Bibliografia

- Programa de Actividades preventivas y de Promoción de la Salud. Guía de Prevención Cardiovascular. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 1996.
- Maiques A et al. Cálculo del riesgo coronario de los pacientes incluidos en el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. *Aten Primaria* 1995; 15: 30-36
- Córdoba R, Lou S, Jimeno A, Sanz C. Validación de un método de cálculo del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 30-37
- Casi A, Aizpuru F, Ibáñez F, Mugica J, Torradella S. Efectividad de los protocolos sobre riesgos cardiovasculares en el País Vasco. *Aten Primaria* 2000; 26: 287-292
- Saito I, Folsom AR, Brancati FL, Duncan BB, Chambless LE, Mc Govern PG. Nontraditional risk factors for coronary heart disease incidence among persons with diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Ann Intern Med* 2000; 133(2): 81-91
- Montgomery AA, Fahey T, Mackintosh C, Sharp DJ, Peters TJ. Estimation of cardiovascular risk in hypertensive patients in primary care. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 127-128
- Montgomery AA, Fahey T, Peters TJ, Mackintosh C, Sharp DJ. Evaluation of computer based clinical decision support system and risk chart for management of hypertension in primary care: randomised control trial. *BMJ* 2000; 320: 686-690
- Iribaren C, Sidney F, Sternfeld B, Browner WS. Calcification of the aortic arch. Risk factors and association with coronary heart disease, stroke, and peripheral vascular disease. *JAMA* 2000; 283 (21): 2810-2815
- Kannel MB. Factores de riesgo de coronariopatía: actualización del estudio de Framingham. *Hospital Practice*. (edición española) 1991; 1: 45-55
- Kannel MB; McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham study. *JAMA* 1979; 241: 2035-2038.
- Bonné MV, González O, Charques E, Alonso MM. Riesgo coronario y prescripción en pacientes con hipercolesterolemia en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 209-213
- Vilaseca J et al. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con fármacos hipolipemiantes? *Aten Primaria* 1997; 20: 49-53
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona. 1998.
- Sheps SG, Dart RA. New guidelines for prevention, detection, evaluation, and treatment of hypertension: Joint National Committee VI. *Chest* 1998; 113: 263-265.
- Monclus JF, Alvarez JJ, Arasa MJ, Aguilar C, Viñas JJ, Curto C; Grup de Recerca de l'Àrea Bàsica de Salut Tortosa-Est. Criterios de la ADA-97, prevalencia de diabetes mellitus y las comarcas del sur de Cataluña. *Aten Primaria* 2001; 27: 178-182.
- Gispert R, Forés M. L'esperança de vida sense incapacitat a Catalunya, 1986. *Salut Catalunya* 1991; 5(2): 53-58.
- Martínez G et al. Adecuación del tratamiento farmacológico a las recomendaciones de un protocolo de actuación ante la hipercolesterolemia en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 176-181.
- Smith GD, Song F, Sheldon TA. Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. *BMJ* 1993; 306: 1367-1373.
- Cid M. et al. ¿Modificamos el riesgo cardiovascular interviniendo sobre la hipercolesterolemia? *Aten Primaria* 1997; 20 (Supl.1): 365. ■

# Actualització del maneig antibiòtic en l'agudització de l'MPOC.

*Grup de respiratori GERMIAP*

## Etiologia

- Viral en un terç dels casos, principalment per Rhinovirus i Myxovirus. En estudis serològics s'obtenen resultats de fins a un 50% d'infeccions virals.
- Creixement de bacteris que colonitzen normalment les vies aèries baixes d'aquests pacients, principalment causat per soques d'*Haemophilus influenzae* (30-35% de los casos), seguit d'*Streptococcus pneumoniae*, que és el segon en freqüència (15-30)
- Altres gèrmens menys freqüents són *Haemophilus parainfluenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* i *Chlamydia pneumoniae* (menys 10% de totes les superinfeccions). *Pseudomonas aeruginosa* ha de sospitar-se en els pacients afectats de bronquièctasis i s'aïlla en el 5-7% de les exacerbacions.

## Actitud terapèutica

Cal recomanar mesures generals. Les metaanàlisis publicades fins ara demostren una millora petita encara que significativa amb l'ús dels antibiòtics en les exacerbacions infeccioses en la limitació crònica al flux aeri. L'administració d'antibiòtics no es recomana de forma sistemàtica pel simple augment de la secreció mucosa o per discrets augments de la dispnea sense tos ni expectoració. S'ha comprovat que no és eficaç a l'hora d'eliminar els contaminants permanents de l'arbre bronquial ni aconsegueix millorar el progressiu empitjorament del FEV<sub>1</sub> d'aquests pacients. Està proscrit administrar-los de forma profilàctica.

Cal tenir en compte que les infeccions són causants només del 50% de les aguditzacions. Es recomana l'administració d'antibiòtics quan es donen dues o més d'aquestes situacions:

- Augment clar de la dispnea
- Augment clar de la quantitat de l'esput
- Augment en la purulència de l'esput

Aquestes recomanacions haurien de ser vàlides únicament en aquells casos quan el FEV<sub>1</sub> fos menor del 60% ja que el FEV<sub>1</sub> mig dels pacients inclosos en l'estudi d'Anthonisen era del 33,9% ± 13,7 del teòric. A més, els pocs assaigs clínics que han avaluat en paper de l'antibiòteràpia en l'MPOC lleu, mai no han demostrat cap benefici del tractament antibiòtic.

## Maneig

Durant els darrers dos anys s'han publicat diverses recomanacions per al tractament de l'agudització en el pacient amb MPOC, algunes de les quals han tingut la participació de diverses societats científiques. Lluny de posar ordre en el tractament d'elecció la profusió de recomanacions fa més complex l'abordatge a fer des de l'atenció primària.

Probablement, les recomanacions signades per diverses societats científiques que més ressò han tingut són els documents de consens, el primer signat per tres societats científiques del nostre país, la Societat Espanyola de Pneumologia i Cirurgia Toràctica (SEPAR), la Societat Espanyola de Quimioteràpia (SEQ) i la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària (SEMFYC), publicat a finals de l'any 2001. Recentment s'ha publicat un segon document, en la que han participat cinc societats científiques: la Societat Espanyola de Medicina Rural i Generalista (SEMERGEN), la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències i Emergències (SEMES), la Societat Espanyola de Medicina General (SEMG), a més de les citades SEPAR i SEQ del primer document de consens; en canvi, en aquest segon document no participa la SemFYC. Ambdós documents són molt semblants i l'únic afegit important del segon document és la inclusió de telitromicina com a tractament d'elecció ensems amb els quatre antibiòtics que ja apareixien en el primer document: associació d'amoxicil·lina i àcid clavulànic, levofloxacina, moxifloxacina i azitromicina.

Es cert que els metges d'atenció primària utilitzem una àmplia varietat d'antimicrobians per al tractament de les aguditzacions d'aquests pacients a Espanya. En un estudi recent s'observà que l'associació d'amoxicil·lina i àcid clavulànic, els macròlids i les cefalosporines eren els antibiòtics més emprats en aquests casos. Tanmateix, cal assenyalar segons els resultats d'aquest mateix estudi que la gravetat dels pacients no determinava pas l'elecció de l'antibiòtic.

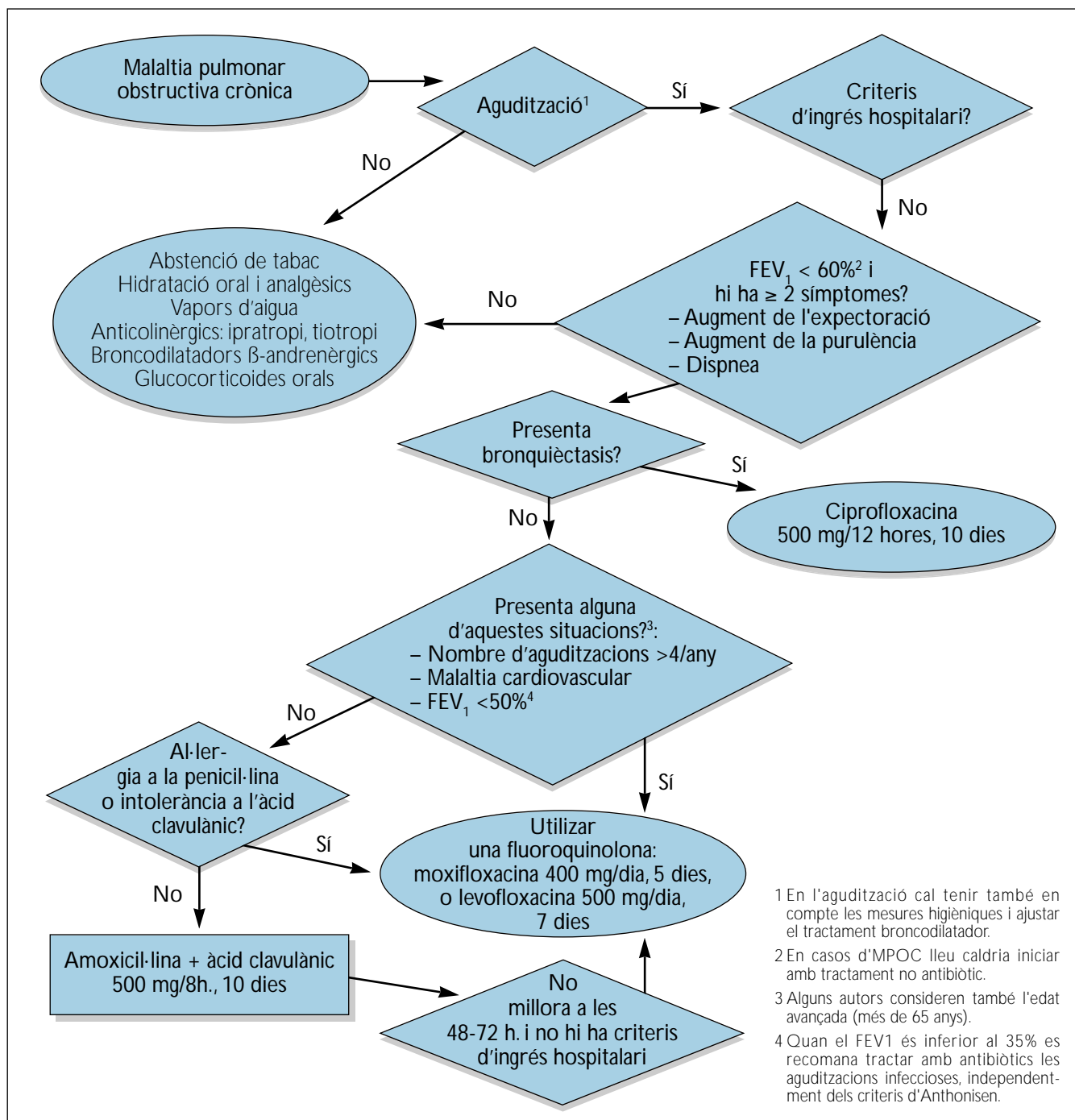
Un cop decidit el fet d'administrar un tractament antimicrobià a un pacient amb agudització d'MPOC, l'elecció de la pauta antibiòtica empírica cal que es basi en 4 punts clars: etiologia de les aguditzacions, la gravetat de l'MPOC establerta en funció del valor del FEV<sub>1</sub>, l'existència o no de comorbiditat significativa i el risc d'infecció per *Pseudomonas aeruginosa*, establert pel nombre de cicles de tractament antibiòtic en l'any previ i per l'alteració funcional respiratòria. Encara que alguns autors consideren també l'edat del pacient com un criteri que influeix en l'elecció del tractament antibacterià, l'evidència científica no és concloent puix que en els models multivariants l'edat avançada no es tradueix en un major fracàs terapèutic i el fet que no es vegi aquesta significació es deu molt probablement al fet que els pacients més ancians presenten alhora més comorbiditat. Aquest últim inclou cirrosi hepàtica, insuficiència renal crònica i cardiopatia; principalment cardiopatia isquèmica i insuficiència cardíaca.

A la taula 1 es detallen les resistències actuals dels gèrmens respiratoris als antibiòtics tradicionals i en l'algorisme es descriu la pauta d'actuació en l'agudització de l'MPOC. És important que el metge de família identifiqui els criteris de derivació hospitalària (taula 2) i els factors de gravetat, principalment quan se sospiti infecció per *Pseudomonas aeruginosa*, que ve determinat pel nombre de tandes prè-





## Algoritme Conducta a seguir en una agudització en un pacient amb MPOC.



## Bibliografia

1. Saint S, Bent S, Vittinghoff E, Grady D. Antibiotics in chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. A meta-analysis. JAMA 1995; 273: 957-960.
2. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren PW, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Ann Intern Med 1987; 106: 196-204.
3. Huchon GJ, Gialdroni-Grassi G, Léophonte P, Manresa F, Schaberg T, Woodhead M. Initial antibiotic therapy for lower respiratory tract infection in the community: an European survey. Eur Respir J 1996; 9: 1590-1595.
4. Miravittles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbation in general practice. Respir Med 1999; 93: 173-179.

5. Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mayer MA, Mensa J, Monsó E et al. Uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Aten Primaria 2001; 28: 415-423.
6. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Terapèutica de las infecciones de las vías aéreas bajas. En: Recomendaciones sobre el uso de antimicrobianos en atención primaria. Cuarta edición. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. EdiDé: Barcelona, 2001: 31-48.
7. Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Monsó E, Picazo JJ, Sobradillo V et al. Segundo documento de consenso sobre uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Esp Quimioter 2002; 15: 375-385.
8. Rohde G, Wiethage A, Borg I, Kauth M, Bauer TT, Gillissen A, et al. Respiratory viruses in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease requiring hospitalisation: a case-control study. Thorax 2003; 58: 37-42.
9. Sethi S. Infectious etiology of acute exacerbations of chronic bronchitis. Chest 2000; 117: 380S-385S.

Dona de 14 anys,  
sense antecedents d'interès i com a antecedent familiar  
destaca que el seu pare té psoriasi.  
Consulta per inici sobtat d'erupció cutània generalitzada,  
amb afectació d'un 10% de la superfície corporal,  
amb discret prurit.  
Hi ha antecedent de faringoamigdalitis  
fa 1 setmana.



A l'exploració  
s'observen unes erupcions cutànies  
maculars de formes ovalades de vores irregulars  
amb discreta descamació, que no afecta ni a mans ni a peus.

*Quina és l'orientació diagnòstica?*



# Teràpia cognitivo-conductual i insomni primari crònic.

Dr. Xavier Bria,

EAP Torreforta-La Granja.

## Introducció i hipòtesi de recerca

L'insomni crònic primari, sobretot en la gent gran, representa un problema de salut molt prevalent. Es calcula que aproximadament un terç de la població atesa en atenció primària, pot tenir dificultats ocasionals per conciliar el son i un 10% d'ells podrien tenir insomni crònic. Les intervencions farmacològiques, malgrat ser efectives en algunes circumstàncies, no estan lliures d'efectes adversos, la qual cosa pot convertir els fàrmacs en perjudicials en alguns casos. No obstant això, és la mesura terapèutica més utilitzada entre els professionals de l'atenció primària. És per tot això que ens fem les següents preguntes: És efectiva la teràpia cognitivo-conductual per al tractament de l'insomni crònic primari?, Seria una bona opció terapèutica en atenció primària?

## Elements de les preguntes clíniques

Problema de salut: Insomni primari crònic.

Característiques dels pacients: Humans, ambdós sexes.

Intervenció d'estudi: Teràpia cognitivo-conductual.

Mesura del resultat: Temps despert al llit després d'iniciat el son (*time awake after sleep onset*), eficiència del son (temps despert/ temps al llit), satisfacció del pacient.

## Estratègia de recerca i resultats

La recerca bibliogràfica es va fer el 29 de març de 2003. En primer lloc, es va utilitzar la base de dades MEDLINE mitjançant el programa Pubmed de la *National Library of Medicine*, tractant d'identificar els elements fonamentals de la pregunta clínica. En l'estratègia de recerca la mesura dels resultat s'acotà en funció del tipus d'estudi. En primer lloc, vàrem buscar assaigs clínics controlats, després meta-anàlisis i finalment articles de revisió. No es van posar límits en el sexe ni idioma. L'acotació temporal es va fer des de 1997 a 2003, ja que vàrem considerar que d'aquesta forma obtindríem el volum suficient d'articles per a respondre a la nostra pregunta.

L'estratègia fou la següent:

	Resultats
• Search behavioral AND treatment AND insomnia Limits: Publication Date from 1997 to 2003, Review	41
• Search "cognitive behavioral treatment" AND insomnia Field: All Fields, Limits: Publication Date from 1997 to 2003, Review	16
• Search behavioral AND treatment AND insomnia Field: All Fields, Limits: Publication Date from 1997 to 2003, Meta-Analysis	1
• Search "cognitive behavioral therapy" AND "primary chronic insomnia" Limits: Publication Date from 1997 to 2003, Randomized Controlled Trial	6
• Search "cognitive behavioral therapy" AND insomnia Limits: Publication Date from 1997 to 2003, Randomized Controlled Trial	13
• Search behavioral AND treatment AND insomnia Limits: Publication Date from 1997 to 2003, Randomized Controlled Trial	20

Evidentment, del total d'articles obtinguts vàrem eliminar tots aquells que no estaven relacionats amb les preguntes clíniques originals i ens vàrem quedar amb un total d'una meta-anàlisi, 5 assaigs clínics i 2 revisions. Per completar la nostra recerca vàrem consultar altres bases de dades: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, i dues bases de dades de medicina basada en l'evidència (*ACP Journal club*, *Tripdatabase*). A totes tres bases de dades l'estratègia de recerca fou la mateixa: *insomnia AND behavioral AND cognitive AND treatment*. A la Cochrane vàrem obtenir una meta-anàlisi diferent a l'obtinguda mitjançant Medline, i a les altres bases de dades obtinguérem un assaig clínic a cadascuna d'elles, que ja s'havien localitzat prèviament al Medline. En resum, el total d'articles amb els quals basarem la nostra discussió són 9.

## RESPOSTA

**Orientació diagnòstica:** *Psoriasis gutata*.

**Diagnòstics diferencials:** Pitiriasi alba, pitiriasi versicolor, èczemes, pitiriasi rosada de Gibert.

**Diagnòstic:** Punch-biòpsia, per confirmar diagnòstic per anatomia patològica.

**Tractament:** Es recomana tractament simptomàtic, mitjançant cremes hidratants o emolients i un corticoide tòpic amb crema. Hi ha autors que recomanen tractament antibiòtic durant 7 dies.

**Curs:** Autolimitat, blanquejant les lesions en 15-30 dies; encara que existeixen casos progressius de curs més crònic.

## Discussió

El primer treball que comentarem és un assaig clínic publicat el gener d'aquest any, en el que es comparen dues intervencions de teràpia conductual per al tractament de l'insomni en gent  $\geq 60$  anys<sup>1</sup>. El nombre total de participants en aquest estudi fou de 60, els quals es varen aleatoritzar a dos grups diferents. Un dels grups va rebre informació sobre higiene de la son + control d'estímuls, i l'altre va rebre higiene de la son + tècniques de relaxació. Les variables que es varen mesurar foren el temps de latència de la son, el temps total dormit, la satisfacció general i l'estat d'alerta diürn del pacient. L'estudi conclou dient que en ambdós grups va haver una millora en la majoria de paràmetres estudiats, però que els resultats foren millors per a les variables nocturnes que les diürnes i no es varen trobar diferències significatives entre tots dos grups. El principal problema d'aquest estudi és que compara dues intervencions de teràpia conductual entre sí sense tenir un grup control amb placebo o amb fàrmacs. Només fa referència a un període previ a l'estudi on es van mesurar les mateixes variables a 30 dels 60 participants i utilitzen aquests valors per comparar-los amb els que s'obtenen a l'aplicar les intervencions. Hauria estat molt més comparable haver creat un grup control de 30 pacients i que aquests haguessin estat sotmesos a idèntic seguiment que la resta dels grups intervenció.

El segon assaig clínic que comentarem va ser publicat el gener de 2002<sup>2</sup>. Curiosament, al llegir l'article, un se n'adona que no es tracta d'un assaig clínic, sinó que es tracta d'un treball en què a partir dels resultats d'una enquesta feta a 90 participants que completaren una intervenció de teràpia cognitivo-conductual, els autors tracten de relacionar les respostes dels pacients amb els resultats obtinguts després de la intervenció. Els autors pregunten als pacients quins components de la teràpia continuaven aplicant a casa seva i intentaven establir una relació entre aquestes actituds persistents i els paràmetres que havien millorat en l'estudi previ. D'una forma clara es veu que els autors, el que intentaven, no era establir l'eficàcia de la teràpia conductual, sinó esbrinar quin o quins dels components de la teràpia són els responsables de la millora. Per si fora poc, els propis autors argumenten les limitacions metodològiques del seu estudi. Potser fóra millor fer grups d'intervenció amb diferents combinacions cognitivo-conductuals per establir quina de les combinacions és més efectiva.

Un dels assaigs clínics de més qualitat fou publicat al JAMA durant l'any 2001. En aquest assaig es va comparar l'eficàcia d'una intervenció de teràpia cognitivo-conductual vers tècniques de relaxació i placebo<sup>3</sup>. Es va fer un seguiment a 75 pacients que havien presentat insomni primari durant una mitjana de 14 anys. L'estudi va durar 6 setmanes, amb un contacte setmanal d'una hora amb el pacient. Al primer grup se li van aplicar tècniques d'higiene de la son + discretes restriccions de son adaptades a seva eficiència. Al segon grup se li van ensenyar tècniques de relaxació muscular per combatre els despertars i al tercer grup se'ls hi proposà que imaginessin situacions mentalment neutres per eliminar els condicionants de l'insomni. Després de les 6 setmanes en va fer un seguiment dues setmanes després i 6 mesos després. Totes les variables que es varen mesurar foren adequades: polisomnografia, temps total dormit, temps total despert durant la nit, eficiència de la son, canvis subjectius percebuts i alteracions

anímiques. Els resultats presentats foren que la teràpia cognitivo-conductual va ser superior als altres dos grups. El temps despert per la nit es va reduir en un 54% vs. 16% i 12% respectivament als altres grups ( $p=0,02$ ), i varen haver millores subjectives dels pacients, així com un augment del temps total de son segons la polisomnografia. Finalment, els autors conclouen que la teràpia cognitivo-conductual és un mètode efectiu per tractar l'insomni primari crònic.

Tot i tractar-se d'un estudi ben fet (potència adequada, assaig conduït correctament, aleatoritzat i a doble cec), té moltes limitacions que dificulten la credibilitat de molts dels resultats, així com la seva extrapolació a l'atenció primària:

- La mostra fou massa petita, la qual cosa, impedeix que els resultats s'ajustin a la realitat.
- Els pacients foren reclutats per avisos als diaris i des de clíniques de la son, la qual cosa, fa que els pacients no siguin representatius.
- Els resultats a les 6 setmanes són més creïbles que als 6 mesos, ja que es varen perdre un 36% dels pacients.
- La reducció del temps despert al llit només va ser de 16,7 minuts comparat amb el grup de relaxació.

Així doncs, no és tot tan bonic com sembla. No obstant això, sembla vàlid concloure que la teràpia cognitivo-conductual produeix una petita millora clínicament significativa a les sis setmanes, però no és apropiat dir que les millores es varen mantenir als 6 mesos.

El quart assaig clínic que comentarem també és de lo millor que s'ha fet. Va ser publicat al JAMA el març de 1999 i compara l'eficàcia de la teràpia cognitivo-conductual amb el temazepam i amb la combinació d'ambdós vers placebo<sup>4</sup>. En aquest meravellós assaig, es varen distribuir a 78 pacients en els 4 grups comentats i es varen seguir durant 8 setmanes. Es feien sessions de 90 minuts setmanals en el grup cognitivo-conductual. Posteriorment, es va fer un seguiment als 3, 12 i 24 mesos. Les variables mesurades foren les mateixes que en l'assaig comentat anteriorment i els resultats demostren que tots tres grups d'intervenció milloren significativament els paràmetres estudiats, però la teràpia cognitivo-conductual millora significativament més que els altres la qualitat de la son mesurada mitjançant els diaris de son. Per si això fóra poc, la teràpia cognitivo-conductual va mantenir la millora dels paràmetres als 2 anys de seguiment, i aquesta millora fou superior al tractament combinat o amb fàrmacs sols (tot i que el seguiment fins al final només fou del 63% sembla suficientment sensible). Un altre punt important a tenir en compte és que els tractaments conductuals van ser valorats subjectivament pels pacients com a més efectius que la resta d'intervencions, i a més a més, els pacients se sentien més satisfets. En aquest assaig, el reclutament també es va fer per anuncis i des d'un únic centre privat i les tècniques emprades en la teràpia cognitivo-conductual no s'ajusten a les possibilitats reals del nostre dia a dia.

L'últim assaig clínic que comentarem és un assaig publicat el 1997 en una revista mexicana<sup>5</sup>. En aquest estudi, es va comparar l'eficàcia de donar un llibret amb les recomanacions d'higiene de la son vers placebo i fàrmacs. Es va fer una assignació aleatòria de 150 pacients a qualsevol dels 3 grups i a les tres setmanes varen ser entrevistats. L'error fonamental d'aquest assaig rau en la mesura dels resultats; sembla ser que els resultats varen ser classificats

en exitosos o en fracàs, sense especificar quines eren les variables que tenien en compte per considerar un resultat com a èxit o fracàs, la qual cosa desqualifica l'estudi.

El gener del 2002 es va publicar una meta-anàlisi que tenia com a objectiu comparar l'eficàcia a curt termini de la teràpia conductual vers fàrmacs en el tractament a curt termini de l'insomni primari<sup>6</sup>. Aquests autors varen reclutar 21 estudis amb un total de 470 pacients, per arribar a la conclusió que totes dues opcions milloren per un igual totes les variables mesurades en el tractament a curt termini de l'insomni primari, però que amb la teràpia conductual hi ha una millora significativa respecte els fàrmacs quant a la reducció de la latència de la son.

Una altra meta-anàlisi publicada per la *Cochrane Database of Systematic Reviews* enguany, va voler verificar l'eficàcia de les intervencions cognitivo-conductuals en la millora de la qualitat de la son, la seva durada i eficiència entre majors de 60 anys<sup>7</sup>. Per aconseguir assaigs clínics de qualitat varen buscar a diverses bases de dades: Medline, Embase, Cinahl, Cochrane 2002 i el National Research Register. Varen incloure 6 assaigs amb un total de 224 pacients inclosos en la meta-anàlisi. Els resultats mostren un efecte moderat de la teràpia cognitivo-conductual sobre l'insomni de la gent gran. Aquesta eficàcia sembla major per a l'insomni de manteniment. Finalment, els autors arriben a la conclusió de que quan ens preocupin els efectes secundaris del hipnòtics, l'ús de la teràpia cognitivo-conductual podria ser una bona opció.

Per concloure la discussió, farem esmena a les conclusions de dues revisions fetes a l'any 2002 i 2003 respectivament, tot i que el grau d'evidència que aporten les revisions és menor que la dels assaigs clínics i meta-anàlisi. A més a més, no disposen de resultats concrets que ens permetin valorar la seva significació estadística.

La revisió publicada el 2002 conclou que la teràpia conductual produeix canvis reals i prolongats en el temps total de son, latència de son, i nombre total de despertars, així com llur durada. Afirma que l'efecte post-tractament és igual al dels hipnòtics i recomana aquestes tècniques en els avis, ja que no produeixen els efectes adversos dels fàrmacs<sup>8</sup>. La darrera revisió publicada el gener de 2003 conclou que el primer que hauriem de fer els metges és avaluar la natura de l'insomni amb els mètodes adequats i que el tractament no farmacològic hauria de ser la primera opció<sup>9</sup>. Per últim, consideren que el tractament no farmacològic és viable i una alternativa efectiva a l'ús de benzodiazepines i que el metge de família hauria de considerar aquest tractament en la gent gran amb insomni.

## Conclusions

### Implicacions pràctiques

Malgrat la diversitat de resultats sobre l'eficàcia de la teràpia cognitivo-conductual en el tractament de l'insomni primari crònic, sembla ser que l'eficàcia d'aquesta intervenció s'ha pogut demostrar. No obstant això, en vista dels resultats no es pot dir el mateix quant a la seva possible efectivitat en l'atenció primària. La majoria d'estudis

s'han fet en centres privats i amb pacients possiblement artefactats pels processos de selecció. A més a més, les classes extenses de teràpia cognitivo-conductual no poden ser generalitzades a l'atenció primària. Potser seria millor que el metge de família estès molt ensinistrat per fer un consell breu i excel·lent sobre la higiene de la son. No obstant això, faltarien estudis per valorar la seva eficàcia. Esperar els mateixos resultats sense comprovar l'eficàcia d'aquesta intervenció seria un acte de fe. Fora diferent que de forma sistemàtica es fés educació sanitària grupal als centres, i que això permetés aplicar la teràpia cognitivo-conductual als pacients insomnes, però avui per avui, no és la realitat de les nostres possibilitats.

### Implicacions per a la recerca

S'haurien de fer assaigs clínics des de l'atenció primària, amb la selecció dels pacients des dels centres. S'haurien de fer assaigs clínics que mesuressin l'eficàcia i efectivitat de la higiene de la son amb metges de família entrenats. No només convindria mesurar variables de qualitat de la son, sinó que també s'haurien de mesurar variables com la somnolència diürna i rendiment laboral. Manquen estudis per establir els factors predictius de l'èxit de la teràpia cognitivo-conductual. Com sembla ser que l'efecte d'aquesta intervenció no és gaire mantingut en el temps, seria bo fer estudis que valoressin l'eficàcia de sessions de reforç.

## Bibliografia

1. Pallesen S, Nordhus IH, Kvale G, Nielsen Gh, Havik OE, Johnsen BH, Skjotskift S. Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions. *Behav Res Ther* 2003 Jan;41(1):31-48.
2. Harvey L, Inglis SJ, Espie CA. Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. *Behav Res Ther* 2002 Jan;40(1):75-83.
3. Edinger J, Wohlgenuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA* 2001;285:1856-64.
4. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. A randomized controlled trial. *JAMA* 1999 Mar 17;282:991-9.
5. Martinez-Manzano C, Levario-Carrillo M. The efficacy of sleep hygiene measures in the treatment of insomnia. *Gac Med Mex* 1997 Jan-Feb;133(1):3-6.
6. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavioral therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002 Jan;159(1):5-11.
7. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60 +. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003161.
8. Adachi Y, Yamagami T. Behavioral treatment for chronic insomnia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2002;104(6):513-28.
9. Petit L, Azad N, Byszewski A, Saranzan FF, Power B. Non-pharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: review of assessment tools and treatments. *Age Ageing* 2003 Jan;32(1):19-25.

# Home de 59 anys amb fractura vertebral.

*Imma Castellà i Dagà\**,

*Montse Carreras Rodríguez\*\**,

*Pamela Barraza Maldonado\*\*\**.

\* Especialista en medicina familiar i comunitària. EAP Girona-1

\*\* Especialista en medicina familiar i comunitària. EAP Blanes

\*\*\* Diplomada en infermeria. EAP Girona-1

## Introducció

L'osteoporosi és una malaltia metabòlica caracteritzada per l'augment de la fragilitat dels ossos i un increment del risc de fractura. L'osteoporosi és més freqüent en la dona, però no n'és exclusiva. En l'home, sol ser secundària i és sovint infradiagnosticada.

## Cas clínic

Presentem el cas d'un senyor de 59 anys que va patir una fractura vertebral a nivell de L1 davant d'un traumatisme mínim, en caure de natges.

## Antecedents

No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Exfumador des de fa 20 anys de 2 paquets/dia. Consum d'alcohol de 40 g/setmana. Hepatitis A en la joventut; HTA; insuficiència venosa; síndrome depressiva. Alçada: 180 cm; pes: 84,100 Kg; índex de massa corporal: 25,96 Kg/m<sup>2</sup>. No antecedents materns de fractura de maluc. Actualment és tractat amb betablocadors i inhibidors selectius de la recaptació de serotonina.

## Proves complementàries

Al presentar una fractura vertebral davant d'un traumatisme mínim es va sol·licitar una densitometria òssia amb els següents resultats: a columna lumbar (L2-L4) de -2,9 DE T-score, clínicament compatible amb osteoporosi i, a la regió del triangle de Wards femoral, de -2,2 DE T-score compatible amb osteopènia.

Es va sol·licitar una analítica general pensant en una causa secundària d'aquesta osteoporosi. Hemograma normal, glucèmia, urats, colesterol i triglicèrids normals, funció hepàtica i renal normal, proteïnes de 7,1 g/dl, albúmina 65,5%, prolactina 8,3 ng/ml (2,7-16,9 ng/ml), TSH 1,6 mUI/L (0,27-4,2 mUI/L), FSH 2,47 mUI/ml (1,6 - 11 mUI/ml), LH 1,1 mUI/ml (0,8 - 6,1 mUI/ml), testosterona 2,2 mg/L (2,62 -15,9 mg/L), androstendiona delta- 4: 2,3 mg/l (0,6 - 3,8 mg/l).

## Discussió

L'osteoporosi augmenta a mesura que augmenta l'expectativa de vida. És correcte cercar-ne el diagnòstic en dones a partir dels 60-65 anys i en els homes a partir dels 70-75 anys. Els criteris de sospita d'aquesta malaltia es troben a la taula 1. Hi ha diferències significatives en la patogènesi d'aquesta malaltia segons el sexe. Els baixos nivells d'estradiol i l'elevació de les proteïnes transportadores de les hormones sexuals juguen un paper en la patogènesi idiopàtica de l'home. Un 20-30% de les dones i

## Taula 1 Criteris de sospita d'osteoporosi.

1. Antecedents familiars d'osteoporosi o fractura de maluc.
2. Dèficit estrogènic:
  - Menopausa precoç (< 45 anys)
  - Ooforectomia bilateral abans de la menopausa fisiològica.
  - Amenorrea perllongada (> 1 any) abans de la menopausa.
3. Hipogonadisme en l'home.
4. Tractaments crònics: corticoides (> 7,5 mg/dia durant 6 mesos o més), antiepilèptics o liti.
5. Fumadors > 1 paquet/dia, 15 paquets/any.
6. Antecedents de fractura per fragilitat després dels 45 anys.
7. Sospita radiològica d'osteopènia i/o deformatat vertebral.
8. IMC < 19 kg/m<sup>2</sup>.
9. Patologies que afecten el metabolisme ossi: anorèxia nerviosa, diabetis mellitus de llarga evolució, malabsorció, hipertiroidisme, hiperparatiroidisme primari, posttransplantament, insuficiència renal crònica, insuficiència hepàtica, immobilització perllongada, Cushing o prolactinoma.

un 50% dels homes tenen osteoporosi de causa secundària, malgrat molts són considerats com a causa primària. En el sexe masculí les principals causes són l'hipogonadisme i el tractament perllongat amb corticoesteroides.

En homes, l'osteoporosi planteja dubtes diagnòstics. Mentre que els criteris definitoris de la malaltia en la dona estan molt ben establerts per la T-score menor de -2,5 per densitometria òssia, segons definició de l'OMS. Fins a l'actualitat, no s'han definit criteris diagnòstics en l'home i, malgrat es poden utilitzar els mateixos, existeixen moltes controvèrsies a l'hora d'utilitzar la T-score en l'home: Aquesta definició és apropiada per a l'home? Com calcular la T-score? Quins valors de referència utilitzar en funció de les diferents proves aplicades i dels diferents llocs mesurats?

En el nostre cas va tractar-se d'una osteoporosi primària, on el tabac fou un factor etiopatogènic. Va ser remès al reumatòleg, que va instaurar tractament amb alendronat, d'elecció en l'home que presenta osteoporosi establerta amb fractures. L'etidronat pot ser-ne una alternativa. En cas d'hipogonadisme s'aconsella la testosterona o la dehidroepiandrosterona, tractaments no absents d'efectes secundaris. En persones grans és preferible el calci i vitamina D. L'osteoporosi masculina és infradiagnosticada i infratractada i sovint oblidem de buscar-ne una causa secundària. Malgrat que el tractament i els posteriors controls s'aconsellen amb l'especialista, els metges de família tenim un paper primordial en la sospita diagnòstica d'aquesta malaltia.

## Bibliografía

1. Diamond T, Lindenberg M. Men and osteoporosis. *Aust Fam Physician* 2002; 30: 781-785.
2. Fitzpatrick LA. Secondary causes of osteoporosis. *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 453-68.
3. Wespes E, Schulman CC. Male andropause: myth, reality, and treatment. *Int J Impot Res* 2002; 14 (Suppl 1): S93-S98.
4. Faulker KG et al. Implications in the use of T-score for the diagnosis of osteoporosis in men. *J Clin Densitom* 2002; 5: 87-93.
5. Diamond T, Sambrook P, Williamson M, Flicker L, Nowson C, Fiatarone-Singh M, Lord S, et al. Guidelines for treatment of osteoporosis in men. *Aust Fam Physician* 2001; 30: 787-791.
6. Blasco M, Carbonell C, Catalán C, Fernández C, Lafuente A, Olmos C et al. Osteoporosis. Guía de abordaje. Recomendaciones de la semFYC, 2001. ■



## Consells al viatger.

# 6

### Abans d'un viatge

#### *Vacunes i medicaments*

En els Centres de Vacunació Internacional o el metge de capçalera ens informaran de les vacunes obligatòries i recomanables per a cada destí de viatge. Cal ser previsor i vacunar-se amb temps. La medicació preventiva per a la malària cal començar-la una setmana abans i continuar-la 4 setmanes després de la tornada.

#### *Què cal portar?*

Per evitar la malària o paludisme cal tenir en compte els repel·lents, les mosquiteres i la roba adequada (pantalons llargs, samarretes de màniga llarga...) que ens ajudaran a evitar les picades del mosquit, que és el principal causant de la malaltia. Avui dia també es recomana portar telèfon mòbil i accessoris.

Portar una farmaciola (gases, antidiarreics, analgèsics, iode...) ens pot ser molt útil.

També cal portar ulleres de recanvi i si es pren algun tractament mèdic, portarem tota la medicació necessària per la durada del viatge.



### Durant el viatge

Normes d'higiene bàsiques: Cal rentar-se les mans abans de cada àpat. S'aconsella no menjar fruita que ja estigui pelada prèviament o sense pelar, verdura crua, amanides, carn i peix crus, gelats comprats al carrer...

Es recomana beure l'aigua sempre embotellada i evitar els glaçons de gel. Les begudes calentes ofereixen més garantia.

La diarrea és una malaltia molt freqüent en els viatgers. És important iniciar una dieta astringent i amb prou líquid, sucre i sals. En cas de febre alta (38°C) cal consultar a un professional sanitari. Si cal prendre antidiarreics i antibiòtics és preferible seguir les pautes d'un metge.

Les malalties de transmissió sexual (hepatitis B, sida i altres) són freqüents. Es poden adquirir durant el viatge i posteriorment es poden transmetre. El preservatiu és el mitjà més eficaç per evitar-ne el contagi. També cal evitar l'ús d'agulles, xeringues i altres materials (fulles d'afaitar, raspall de dents, tatuatges...) que puguin estar contaminats. No fer-se piercings ni tatuatges.

Evitar exposar-se al sol del migdia. Usar barret i ulleres de sol. Cremes de protecció solar, que caldrà tornar a aplicar cada 2 hores si no són resistents a l'aigua, sobre tot a les orelles, el nas i les espatlles.

És important l'ús d'un bon repel·lent, mosquiteres, anar sempre calçat i evitar caminar per zones fosques. Els banyes en llacs i rius d'aigua dolça poden afavorir les infeccions parasitàries. L'ús de botes d'aigua i calçat impermeabilitzat pot evitar-ne el contagi.

### A la tornada

Algunes malalties tropicals no es manifesten immediatament; poden presentar-se força temps després de la tornada. Si apareixen símptomes com febre, diarrea, suor, calfreds... és necessari consultar un centre sanitari i fer esment d'on heu estat en els últims 12 mesos.

Cal recordar que un cop heu tornat cal continuar durant 4 setmanes més el tractament preventiu per la malària. També cal finalitzar les pautes de vacunacions.

Grup COCOOPSI, Comissió de cooperació i salut internacional de l'SCMFIC

# 6

## Consejos para el viajero.

### Antes de un viaje

#### **Vacunas y medicamentos**

En los Centros de Vacunación Internacional o el médico de cabecera nos informarán de las vacunas obligatorias y recomendables para cada destino de viaje. Hay que ser previsor y vacunarse con tiempo. La medicación preventiva para la malaria hay que cal empezarla una semana antes y continuarla 4 semanas después del regreso.

#### **¿Qué hay que llevar?**

Para evitar la malaria o paludismo hay que tener en cuenta los repelentes, las mosquiteras y la ropa adecuada (pantalones largos, camisetas de manga larga...) que nos ayudarán a evitar las picadas del mosquito, que es el principal causante de la enfermedad. Hoy en día también se recomienda llevar teléfono móvil y sus accesorios.

Llevar un botiquín (gasas, antidiarreicos, analgésicos, yodo...) puede ser muy útil.

También hay que llevar gafas de recambio y si se toma algún tratamiento médico, llevaremos toda la medicación necesaria para el viaje.



### Durante el viaje

Normas de higiene básicas: Debemos lavarnos las manos antes de cada comida. Se aconseja no comer fruta que ya esté pelada previamente o sin pelar, verdura cruda, ensaladas, carne y pescado crudos, helados comprados en la calle...

Se recomienda beber el agua siempre embotellada y evitar los cubitos de hielo. Las bebidas calientes ofrecen más garantía.

La diarrea es una enfermedad muy frecuente en los viajeros. Es importante iniciar una dieta astringente y con abundante líquido, azúcar y sales. En caso de fiebre alta (38°C) consulte a un profesional sanitario. Si hay que tomar antidiarreicos o antibióticos es preferible seguir las pautas de un médico.

Las enfermedades de transmisión sexual (hepatitis B, sida y otras) son frecuentes. Se pueden adquirir durante el viaje y posteriormente se pueden transmitir. El preservativo es el medio más eficaz para evitar el contagio. También hay que evitar el uso de agujas, jeringas, y otros materiales (hojas de afeitar, cepillo de dientes, tatuajes...) que puedan estar contaminados. No hay que hacerse piercings ni tatuajes.

Evitar exponerse al sol del mediodía. Usar sombrero y gafas de sol. Cremas de protección solar, que hay que volver a aplicar cada 2 horas si no son resistentes al agua, sobre todo en las orejas, la nariz y los hombros.

Es importante el uso de un buen repelente, mosquiteras, ir siempre calzado y evitar caminar por zonas oscuras. Los baños en lagos y ríos agua dulce pueden favorecer las infecciones parasitarias. El uso de botas de agua y calzado impermeabilizado puede evitar el contagio.

### Al regreso

Algunas enfermedades tropicales no se manifiestan inmediatamente; pueden presentarse bastante después de la vuelta. Si aparecen síntomas como fiebre, diarrea, sudor, escalofríos... es necesario consultar a un centro sanitario y decir dónde se ha estado en los últimos 12 meses.

Hay que recordar que después de volver hay que continuar durante 4 semanas más el tratamiento preventivo para la malaria. Acabe de ponerse todas las vacunas.

Grup COCOOPSI, Comissió de cooperació i salut internacional de l'SCMFIC