

Volum 21 n°4

juliol 2003

Editorial	L'avaluació de la RAP i dels models de gestió de l'atenció primària.	90
Treballs Originals	Cercant informació a Internet: No és or tot el que llueix.	91
Entrevista a...	Manel Ferran.	97
Revisions	Aportacions del 7è informe del Joint National Committee. Sis anys després.	99
De l'evidència científica a la pràctica clínica	Tractament de la varicel·la en l'adult immunocompetent amb aciclovir oral.	104
Casos Clínics	Infecció per <i>Mycobacterium kansasii</i> en un pacient immunocompetent.	108
	Dolors ossis incontrolables d'inici brusc.	110
La imatge	Home de 64 anys.	113
Activitats de la Societat	Lliurament dels premis de l'ACMCB.	113
Fulls d'Informació per a Pacients de l'scmfic	Consells per a la diarrea aguda de l'adult.	117
	Consejos para la diarrea aguda del adulto.	118

Editorial

L'avaluació de la RAP i dels models de gestió de l'atenció primària

Per fi un estudi avaluatiu de l'Administració sobre alguns aspectes de l'atenció primària catalana! Limitat, perquè els sistemes d'informació de l'atenció primària són molt rudimentaris, però un primer estudi sobre el que cal fer-ne una lectura atenta.

Són molts els aspectes remarcables de l'estudi però els següents són els que considero especialment destacables:

Els professionals que treballem al sistema sanitari públic som conscients dels progressius avenços per a la salut de la població que ha suposat la creació de la nostra especialitat i de la reforma de l'atenció primària (RAP), però poder-ho objectivar en un estudi no està de més. En primer lloc ens hem de felicitar perquè els resultats de control sobre els processos crònics són bons. Un 43,7% dels hipertensos i un 38,7% dels diabètics tipus II tenen criteris de bon control. Resultats impensables fa pocs anys, i que ben segur anirem superant. Aquests resultats són independents al model de gestió al qual estiguin sotmesos els CAP.

Un altre resultat que cal destacar és que els companys que treballen en el model no jerarquitzat tenen pitjors resultats en diversos indicadors, que es tradueixen en menys oportunitats de salut per a la població que tenen. Això reforça la idea de que cal avançar cap a la RAP completa i per això caldria aplicar mesures extraordinàries.

En aquest estudi s'han comparat tres models de gestió: l'ICS, les EBA i els altres proveïdors no ICS. El model amb millors resultats és el format pels Equips de Base Associativa. És veritat que són pocs i que han tingut unes condicions especials d'implantació, però és innegable que els resultats de salut i en eficiència estan entre els millors. Quan als professionals ens deixen implicar-nos en la gestió dels nostres EAP els resultats són millors. No em sorprèn que els resultats de l'ICS són en molts aspectes millors que els dels nous models de gestió, molts d'ells vinculats als hospitals.

Quant a l'enquesta de satisfacció professional cal assenyalar que és generalitzada la percepció de sobrecàrrega de feina i la falta de prou temps, amb un alta càrrega de responsabilitat que fa que l'estrès o esforç emocional final sigui elevat, mantenint, malgrat tot, un bon grau de motivació per la feina.

Quant a la farmàcia la millora progressiva de la prescripció és innegable. El resultat dels tres indicadors recollits en l'estudi són bons però podem seguir millorant. El 88,1% dels fàrmacs que utilitzem són de valor intrínsec elevat, només un 6,5% dels fàrmacs utilitzats tenen una baixa experiència d'ús i el percentatge de prescripció de genèrics quan es va realitzar l'estudi (novembre de 2002) era d'un 8%.

Per últim, una dada que coneixem tots però que il·lustra l'insuficient nivell d'equipament dels nostres centres: només el 38,5% de les consultes dels CAP de l'ICS disposen d'ordinador, contrastant amb el 100% dels equips de base associativa. O que encara un terç dels CAP de Catalunya no tenen maletí d'aturades amb desfibril·lador i que espiròmetre només en disposen el 64% dels CAP. En aquest sentit, la Societat està elaborant un nou document sobre l'equipament de què han de disposar tots els equips d'atenció primària de Catalunya.

Pot haver diverses lectures de l'estudi, però segons el meu parer hi ha dues idees clares. D'una banda, la RAP i la creació de l'especialitat de medicina familiar i comunitària ha aportat millores importants en l'atenció de la salut dels ciutadans i en la utilització dels recursos sanitaris.

D'altra banda, és innegable que cal reflexionar a fons sobre els resultats dels diversos models de gestió, abans de prendre mesures que no aportin millores al sistema.

Ramon Morera i Castell
President de l'SCMFIC

Cercant informació a Internet: No és or tot el que llueix.

Joan Josep Cabré Vila¹,

Francisco Martín Luján²,

Yolanda Ortega Vila³,

Isabel Sánchez-Oro Vallés¹,

Josep Basora Gallisà²,

Miquel A. Belmonte Serrano⁴.

1 EAP Reus-1

2 Servei d'Atenció Primària Reus Reus-Altebrat. Institut Català de la Salut.

3 EAP Reus-4

4 Unitat de Reumatologia i Bioinformàtica. Hospital General de Castelló.

Resum

Objectius: Comprovar la capacitat i qualitat de diversos cercadors (generals i específics, en anglès i castellà) per localitzar continguts d'interès a Internet.

Disseny: Descriptiu transversal.

Emplaçament: Atenció primària.

Participants: Es consideren les propostes de cercadors a les webs de l'Institut Català de la Salut i del Col·legi de Metges de Barcelona i es completa amb altres d'ús comú.

Intervencions i mesuraments: Durant una setmana es realitza una anàlisi quantitativa de les recuperacions de tres sondejos consecutius definits per paraules clau. Qualitativament s'analiza accessibilitat, velocitat, actualització, facilitat d'ús, presentació de la informació i enllaços amb altres cercadors.

Resultats: Globalment, els cercadors generals en anglès varen aconseguir més enllaços que els específics i en castellà. Alguns cercadors populars no varen aconseguir cap referència. No fou possible quantificar-les si truncaven resultats o els indicaven aproximadament. MEDLINE i SUMSearch varen oferir informació rigorosa i estructurada.

Conclusions: La quantitat i qualitat dels enllaços varien segons tipus de cercador i idioma. Convindria desenvolupar estratègies de cerca que assegurin estàndards de qualitat en la recuperació de la informació. Mentrestant és preferible realitzar consultes guiades per enllaços de pàgines web de qualitat contrastada.

Introducció

La pràctica de la medicina exigeix un subministrament constant d'informació. Tradicionalment, la difusió i actualització en els avenços del coneixement biomèdic s'ha realitzat a partir de la publicació periòdica de llibres i revistes científiques. Actualment, la varietat i quantitat de publicacions disponibles fa impensable poder mantenir-se al dia només amb lectures o subscripcions personals, de manera que el metge ha deixat d'ésser un acumulador de dades per esdevenir un cercador de fonts d'informació¹. La celeritat amb què es modifi-

quen les evidències científiques, exigeix mètodes de cerca actualitzats, ràpids i de fàcil accés. És obvi que al model tradicional de premsa escrita li manquen aquests atributs, la distribució és lenta i limitada, àdhuc d'altres consideracions mercantils, espacials o ecològiques². Alguns d'aquests inconvenients queden resolts amb el format electrònic.

Durant les darreres dècades l'ordinador ha desenvolupat un paper cada cop més destacat en el món de la medicina. El maneig del PC com a processador de textos, base de dades, utilitat estadística o font bibliogràfica s'ha generalitzat a la nostra professió³. És indubtable que la informàtica primer i les noves tecnologies de la informació després, concretament Internet i el sistema *World-Wide-Web* (www), han introduït canvis dràstics en la transmissió dels coneixements científics⁴. Per al sanitari, Internet és un dels sistemes de recuperació d'informació més suggerents. La facilitat i rapidesa de connexió, els costos avantatjosos, la universalitat i pràctica ubiqüitat de la xarxa representa una opció altament competitiva, *versus* les biblioteques convencionals, de més difícil accés i subjectes a horaris restringits. Així, s'ha incorporat ràpidament com a eina d'ús quotidià entre els professionals sanitaris i, afortunadament, l'atenció primària no n'és una excepció¹⁻³.

Mitjançant Internet és possible accedir a multitud de productes d'interès per al metge de família. Les bases de dades destaquen com a valuosos recursos per localitzar informació científica. Permeten recuperar coneixements classificats, agrupats i seleccionats. També és possible connectar amb la pàgina web de societats científiques i revistes mèdiques. En qualsevol cas serà imprescindible conèixer abans la seva adreça a la xarxa o URL (*uniform resource locator*). De no ésser així, altres opcions faciliten la cerca i l'accés a la informació: els cercadors. Es tracta de potents bases de dades que aporten llocs d'informació en relació amb un o més termes introduïts prèviament. Bàsicament es poden catalogar dos tipus, generals i específics, aquests darrers dedicats a una àrea temàtica homogènia.

La infinitat d'URL i les preferències de l'usuari a l'hora de triar la seva pàgina d'inici determinen una gran variabilitat en l'ús dels cercadors. Un estudi preliminar⁵, a més de demostrar grans diferències en la capacitat per recuperar continguts relacionats amb la salut, va apuntar el que altres han confirmat: els cercadors generals ofereixen millors recuperacions que els específics en medicina⁶. Diverses entitats públiques han posat a disposició dels seus afiliats i

empleats eines per obviar aquesta contrarietat⁷. En el nostre entorn comptem amb les iniciatives de l'Institut Català de la Salut (ICS) i del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Els portals d'ambdues institucions recomanen una relació de cercadors que habiliten la navegació a Internet, malgrat que l'avaluació de la seva capacitat per localitzar continguts d'interès en atenció primària no ha estat difosa. El present treball es proposa comprovar l'efectivitat de diversos cercadors, generals i específics, descriure les seves qualitats i analitzar quins ofereixen resultats de més qualitat.

Material i mètodes

Es tracta d'un estudi transversal, de disseny observacional, que descriu la quantitat d'enllaços i la qualitat de les recuperacions proporcionades per Internet, utilitzant cercadors habitualment emprats al nostre medi, tant generals

com específics, en anglès i castellà. En primer lloc es confecciona un catàleg que reuneix els proposats a la pàgina d'Intranet del Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat de l'ICS i els disponibles a la plana d'Internet *Metges on line* del COMB.

La pàgina d'Intranet del Servei d'Atenció Primària Reus-Altebrat de l'ICS⁸ és d'accés restringit al personal de la institució i les consultes són factibles a partir d'una terminal connectada des d'un centre vinculat. El portal incorpora un menú en el qual es poden programar simultàniament fins a un màxim de 4 cercadors. La pantalla roman dividida en segments i cadascun realitza el sondeig de forma independent, la qual cosa permet estalviar temps. Els cercadors indexats són AltaVista, DejaNews, Excite, InfoSeek, Inktomi, Lycos, Magellan, Metacrawler, Opentext, Point, SavySearch, Vindio, Webcrawler i Yahoo.

El catàleg que proposa la pàgina *Metges on line* del COMB⁹ agrupa els cercadors en específics (Achoo,

Taula 1 Relació de cercadors d'informació biomèdica a Internet. Direcció (URL), tipus, idioma i característiques.

Buscador	direcció (URL)†	tipus	idioma	Característiques ¶										
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
AltaVista	altavista.digital.com	general	anglès					*	*				*	3
Alltheweb/Fast	alltheweb.com	general	anglès	*		*		*	*	*				5
Biwe	biwe.es	general	espanyol					*	*	*				3
DejaNews	dejanews.com	general	anglès	*		*		*	*				*	5
Diario Médico	diariomedico.com	específic	espanyol		*	*	*	*	*	*	*			7
DIME	medynet.com/elmedico/ DIME/DiME	específic	espanyol			*	*	*	*	*	*	*		6
EurekaAlert!	eurekaalert.com	específic	anglès					*	*	*				3
Excite	excite.com	general	anglès	*		*		*						3
Google	google.com	general	anglès	*		*						*		3
Health A to Z	healthatoz.com	específic	anglès		*			*	*	*		*		5
InfoSeek	infoseek.com	general	anglès			*							*	2
Lycos	lycos.com	general	anglès	*		*		*		*				4
Magallanes	es-es.altavista.com	general	espanyol	*		*		*					*	4
MEDLINE	ncbi.nlm.nih.gov/PubMed	específic	anglès	*	*	*	*	*	*	*		*		8
Medscape	medscape.com	específic	anglès			*		*	*	*			*	5
MetaCrawler	metacrawler.com	general	anglès					*					*	2
Msn	msn.com	general	anglès	*		*		*						3
Msn (es)	msn.es	general	espanyol	*		*		*						3
Northernlight	northernlight.com	general	anglès	*		*		*		*	*	*	*	7
SavySearch	savysearch.com	general	anglès			*				*				2
Sol	sol.es	general	espanyol					*		*				2
SUM Search	sumsearch.uthscsa.edu	específic	anglès		*	*	*	*	*	*	*	*	*	9
Telépolis	telepolis.com	general	espanyol		*	*		*		*			*	5
Terra	terra.es	general	espanyol	*		*		*		*	*			5
Vindio	vindio.com	general	espanyol					*						1
Webcrawler	webcrawler.com	general	anglès					*		*				2
Yahoo (es)	yahoo.es	general	espanyol	*		*		*		*			*	5
Yahoo (health)	dir.yahoo.com/Health/ Medicine/Journals	específic	anglès	*		*		*		*	*		*	6
Yupi (+Msn)	yupi.com	general	espanyol			*		*						2

CLAUS:

† En tots els casos, s'ha d'anteposar a la direcció URL: <http://www.¶> La presència d'asterisc (*) indica que es compleix aquell ítem: A) Alta velocitat en oferir els resultats; B) Actualització: indicació de la data del document; C) Actualització: actualitzacions freqüents de la base de dades; D) Facilitat d'ús: evitar la duplictat d'entrades; E) Presentació: acotament (indica número real de recuperacions); F) Presentació: encert (baix percentatge d'enllaços defectuosos); G) Presentació: rellevància (ordre per rellevància); H) Presentació: ordenació per categories; I) Possibilitat d'altres enllaços: enllaços temàtics; J) Possibilitat d'altres enllaços: enllaços a altres cercadors

Biosites i EurekAlert!), generals (Apali, Elcano, Elíndice, MIBI, Sol, Buscopio, Yahoo-España), internacionals (Electric Library, BigHub, Overture, Aol, DejaNews, Metacrawler, Hotbot, Magellan, Webcrawler, Yahoo i Alltheweb). Malgrat també inclou cercadors en català (Nosaltres.com, Cercat, Eureka, Som-hi, El Navegador Tinetaire i Yahoo en català), no els considerarem per les poques recuperacions aconseguides. L'inventari es completa amb altres d'ús extens, suggerits a la bibliografia i inclosos en un registre de la pròpia xarxa¹⁰. Es tracta de Google, Msn, Northernlight, Health A to Z, Medscape, MEDLINE, SUMSearch, Diàrio Médico, DIME, Mwsearch, Medmatrix, Dónde, Señas, Trovator, Km0 i Ozú.

Només s'inclouen cercadors de lliure accés. S'exclouen els llocs que requereixen subscripció previ pagament i els recursos facilitats per la indústria. La taula 1 recull els recursos finalment seleccionats, indicant la seva adreça a Internet (URL). Posteriorment, s'accedeix als cercadors durant la setmana del 25 de gener al 6 de febrer de 2003. Per a cadascun d'ells es realitza una anàlisi quantitativa de les recuperacions de tres sondejos consecutius definits per paraules clau. En el primer es demanen els enllaços disponibles sota l'epígraf general "atención primaria" ("primary health care" si el cercador empra l'anglès). Per al segon, es proposa un tema no exclusiu d'atenció primària, com és la farmacopea hipolipemiant; l'epígraf triat en aquesta ocasió és "estatina" ("statins" i "HMG-CoA reductase inhibitors" per la sinonímia anglosaxona). En el tercer s'efectua una cerca més específica amb la paraula clau "atorvastatina" ("atorvastatin" en anglès). En cap cas es tenen en compte les recuperacions de fòrum de debat ni de grups de notícies. A la vista de les referències obtingudes, s'elabora una sèrie per a cadascun dels 3 epígrafs definits, ordenada per freqüències d'enllaços de major a menor, agrupant segons el tipus i idioma del cercador.

Per últim, es realitza una aproximació qualitativa basada en criteris concernents a les pàgines web, extrets de les guies de l'American Medical Association¹¹, que tenen en compte les següents dimensions: accessibilitat (lliure, prèvia inscripció i prèvia subscripció), velocitat (d'enllaç i del motor de cerca), actualització dels continguts (de la base de dades i de l'enllaç de data més recent), facilitat d'ús (elements facilitadors de la navegació, de la selecció de cerca, de la recuperació de documents), presentació de la informació (completa, acotada, percentatge d'encert, ordre per rellevància o en categories) i possibilitat d'altres enllaços (temàtics, amb altres cercadors o pàgines d'interès).

Resultats

Es varen explorar 50 cercadors. D'aquests, s'exclouren de l'anàlisi 2 que sol·licitaren registre previ no gratuït (Mwsearch i Medmatrix) i 9 per error en l'enllaç o desaparició de la xarxa (Dónde, Inktomi, OpenText, Point, Señas, Trovator, Elcano, Buscopio i Hotbot). 10 més no varen aconseguir cap recuperació (Achoo, Apali, Aol, Bighub, Biosites, Elíndice, Km0, MIBI, Ozú, i Tripod). Per tant, finalment s'avaluaren les recuperacions de 29 cercadors, 21 generals (10 en espanyol i 11 en anglès) i 8 específics (2 en espanyol i 6 en anglès).

A les taules 2 i 3 es mostra el resultat dels sondejos per paraules clau en ordre decreixent, agrupats segons idioma emprat i tipus de cercador. Si bé els rangs d'enllaç foren molt amplis per alguns dels epígrafs avaluats (per exemple, amb "primary health care" el rang fou de 19 fins 6.649.464 referències), globalment els cercadors generals que empen analogia anglosaxona aconseguiren major nombre de recuperacions que els específics i en castellà. Així, per a les entrades "primary health care" i "atención primaria", segons es tractés de cercadors generals i específics en

Taula 2 Relació en ordre decreixent de les recuperacions amb paraules clau en anglès.

	primary health care	statins	HMG-CoA reductase inhibitors	atorvastatin
Cercadors generals				
Lycos	6.649.464	102.372	34.275	86.746
AltaVista	945.076	46.848	10.174	26.254
Google	488.000	78.000	12.300	25.800
Alltheweb	346.289	97.022	24.993	85.053
Northernlight	96.606	14.348	2.620	3.302
DejaNews	26.100	4.270	361	743
Excite	80	62	50	56
Webcrawler	79	82	69	75
MetaCrawler	79	73	48	59
Msn	19	26.586	5.387	10.407
InfoSeek	15	0	0	0
Cercadors específics				
Yahoo (health)	2.700.000	78.400	11.900	26.000
MEDLINE	35.953	2.009	6.902	783
EurekAlert!	22.497	73	1.110	17
Medscape	6.118	252	1.641	82
SUM Search	785	44	23	22
Health A to Z	1	2	0	2

Taula 3 Relació en ordre decreixent de les recuperacions amb paraules clau en castellà

	Atención primaria	Estatinas	Atorvastatina
Cercadors generals			
Terra	369.242	3.366	1.736
Google (es)	118.000	552	816
Yahoo	115.000	3.710	775
Msn	102.033	1.920	839
Magallanes	42.695	1.275	315
Biwe	350	0	1.973
Sol	255	16	27
Vindio	54	0	0
Telépolis	8	0	0
Yupi (+ Msn)	2	0	0
Cercadors específics			
Diario Médico	16.331	325	44
DIME	47	0	0

anglès o generals i específics en espanyol es va obtenir una mitjana de 777.437, 460.892, 74.764 i 8.189 recuperacions, respectivament. Les diferències es mantingueren per a les paraules clau "statins/HMG-CoA reductase inhibitors" i "estatina", mostrant uns valors promig de 33.606, 13.463, 1.084 i 162 entrades, respectivament. Per últim, al ingressar les referències "atorvastatina" i "atorvastatin", les recuperacions mitjanes foren 21.681, 26.906, 648 i 22 respectivament. No va ser possible quantificar amb exactitud les recuperacions d'alguns cercadors, ja que, o bé varen truncar el resultat, indicar aproximadament (sic) els enllaços o es varen limitar a llistar el número de cites que prèviament s'havia acotat al navegador. Aquesta circumstància es va presentar amb InfoSeek i SavySearch. En els altres casos l'elevat nombre de recuperacions errònies fou el factor limitant (aproximadament del 40% per Telépolis i Vindio).

Una bona part varen permetre enllaçar amb un altre navegador, els més vinculats foren Google i Msn. En tant que els cercadors generals Biwe i Sol varen emetre els resultats ordenats en percentatge de rellevància, altres més populars com ara Excite, AltaVista i llur variant en castellà Magallanes no tenen aquesta utilitat. El metacercador Alltheweb disposa d'un excel·lent motor de cerca que li va permetre ésser un dels més ràpids en l'obtenció dels resultats. MEDLINE va aportar informació rigorosa i exhaustiva, evitant la duplicació d'entrades. Northernlight va permetre enllaços temàtics i agrupà la informació útil en carpetes classificadores de continguts relacionats amb la cerca en qüestió. També Terra presentà la informació ben estructurada, ordenant-la per categories. SUM Search disposa d'un menú desplegable que va permetre consultar per temes afins amb la recerca, aplicar els sinònims recollits als índexs MeSH (*Medical Subjects Headings*) i recuperar informació a partir de la base de dades MEDLINE. Aquests i altres indicadors qualitatius es recullen a la taula 1.

Discussió

La medicina és una activitat en la qual formació i informació continuada són fonamentals i des de sempre el professional sanitari, qualsevulla que sigui la seva ocupació, ha

sentit la necessitat de copsar-les. Fa anys, a la limitada informació disponible s'hi afegia escassa difusió, origen d'una alta variabilitat en la pràctica clínica. Actualment, l'abundància d'informació s'acompanya d'abundant difusió i fins i tot una certa dosi de confusió que pot trastocar el nostre afany en practicar una assistència racional. La indicació de proves de cribratge, l'elecció de la millor exploració complementària, les activitats preventives aplicables a un factor de risc o l'elecció de l'alternativa terapèutica amb millors evidències, constitueixen alguns exemples de la incertesa continua que envolta la nostra activitat diària. Així, com en d'altres àmbits més especialitzats, cada cop és més clara la necessitat de disposar d'informació avaluada, filtrada, concisa i fiable. La manca de temps i l'elevada pressió assistencial constitueixen els obstacles principals per a la recerca en atenció primària¹². És fàcil suposar que ambdós factors siguin també els principals condicionants del grau d'informació¹³. Malgrat l'exigua disponibilitat de temps, la responsabilitat de mantenir-se al dia s'imposa, no sense l'esforç personal que això significa i que s'afegeix al de la consulta diària. Rendibilitzar-lo és una tasca prioritària.

Com sigui que l'ingent nombre de publicacions disponible és creixent i és evident que ningú és capaç de manejar per ell sol aquest volum d'informació, la localització general de les dades requerirà ajut. El format tradicional, emmagatzemat en grans biblioteques, no sembla la millor opció per aquesta fita. Les noves tecnologies, i concretament Internet, són una alternativa summament competitiva que paulatinament està reemplaçant les funcions que oferien altres sectors². Els avantatges que ofereix el format electrònic superen les del tradicional en paper, lligat encara a costoses subscripcions institucionals, no sempre possibles. Tant és així que s'ha profetitzat la mort de les publicacions biomèdiques impreses i un canvi dràstic en el sistema de difusió^{14,15}. La cerca electrònica de bibliografia mèdica deixaria de ser anecdòtica, la revisió ocasional d'un tema bibliogràfic, per esdevenir una eina d'ús quotidià en la consulta.

La possibilitat d'obtenir informació útil per a la nostra activitat mitjançant Internet suposa un avenç qualitatiu important. Els requeriments tècnics són mínims i tan sols

és necessari un senzill enllaç telefònic per poder accedir tots aquells que estiguin connectats a la xarxa, en qualsevol moment del dia, tots els dies de l'any, de forma ràpida, fàcil i còmoda. El problema pot ser l'excés d'informació i una àrdua tasca localitzar la que interessa. Diverses opcions s'han mostrat útils en aquesta tasca. La majoria de societats científiques i revistes mèdiques disposen de pàgina *web*. Habitualment, permeten consultar la seva línia editorial i el resum dels articles publicats, però per obtenir el text íntegre sol ser obligatori registre previ (i en alguns casos subscripció). Els cercadors són una altra alternativa. El seu nombre augmenta de forma constant cada dia. Això, unit a la gamma de preferències de l'usuari condueix a una primera dificultat: quin cercador o cercadors utilitzar? Si optem per adherir-nos a la proposta que algunes institucions ens ofereixen, el dilema no es resol. La gran variabilitat de resultats i escassa concordància entre cercadors és un fet manifest⁶. A la vista de les possibilitats, es fa indispensable conèixer la qualitat de cadascuna de les eines que la xarxa posa al nostre abast.

Seguint els criteris proposats en la bibliografia^{16,17}, s'excloueren els llocs que sol·licitaven subscripció previ pagament o foren facilitats per la indústria i únicament es consideraren els cercadors de lliure accés i recomanats per institucions públiques del nostre entorn. Aquests criteris restrictius varen impedir un peritatge exhaustiu de tots els recursos disponibles, però varen obviar un possible biaix de selecció. La característica fugacitat d'Internet també va ser factor limitant. El dinamisme de la xarxa és una de les seves principals virtuts, però també una de les seves exasperants limitacions¹⁸. Allò que avui es troba en una determinada direcció demà pot haver canviat o simplement desaparegut de la xarxa. Així, la volatilitat d'alguns recursos es va fer palesa al explorar, per exemple, els cercadors Dónde¹⁹ i Webdoctor (en venda per la mòdica suma de 5.000 \$)²⁰.

És evident que el present estudi, com altres de disseny observacional, sols permet una anàlisi purament quantitativa dels resultats, potser fútil com a base per seleccionar un cercador, però també és cert que ofereix xifres concretes en la recuperació d'enllaços i una primera aproximació a les seves qualitats. Hauria estat factible suposar que els resultats eren obvis i que els cercadors específics en medicina aconseguirien major quantitat i qualitat d'enllaços. Res més lluny de la realitat. Comparant globalment els generals respecte als específics, els primers aconseguïen més i millors recuperacions⁶. En aquest sentit, és cridanera la baixa resolució d'alguns d'específics, no ja en els temes concrets sinó en altres generals, on teòricament eren previsible uns resultats superiors. La preponderància de referències en anglès pronosticava una major capacitat de nexa dels cercadors anglosaxons. Els resultats confirmaren el majoritari ús de l'anglès en la informació recuperada, de l'ordre d'un 130 vegades superior al castellà. Desenllaç lògic si es té en compte l'autoria dels articles i l'origen de la majoria d'usuaris de la xarxa. Encara amb això, no seria sensat menysprear la capacitat d'alguns cercadors en castellà com Magallanes, Sol o Diario Médico.

En qualsevol cas, la quantitat si no va acompanyada de qualitat, no aporta major avantatge. El desorbitat número d'enllaços que alguns cercadors ofereixen (com AltaVista, Lycos, Northernlight o Google), si no s'indiquen criteris restrictius, fa que el maneig de la informació recuperada sigui inviable. Encara per al més voluntariós fóra humanament impossible revisar tota la informació que aquests

cercadors recuperen. Pel contrari, d'altres importen un número exigü de cites, potser amb afany de facilitar el treball. Alguns mostren amplis resultats, però inclouen un elevat percentatge d'enllaços defectuosos, no relacionats amb el tema en qüestió. Aquesta circumstància ha de fer desconfiar de la validesa de la recerca. N'hi ha que ni tan sols ofereixen el percentatge d'encerts. Tant aquests com aquells semblen poc recomanables i seria altament aconsellable refusar el seu ús. Sota aquest prisma, el cercador ideal serà aquell que sense sol·licitar registre previ ofereixi una magnitud raonable de recuperacions, ajustada a allò que cerquem, amb baix índex d'enllaços defectuosos i un sistema de filtrat per una exploració avançada, que permeti restringir el nombre de cites si fossin molt nombroses. Probablement, un dels que millor s'ajusta a aquests requeriments sigui MEDLINE²¹, la major biblioteca mèdica virtual del món. Integrada en el Projecte PubMed de la *National Library of Medicine* dels Estats Units²², és una de les més conegudes i utilitzades. Incorpora una extensa base de dades d'actualització setmanal que permet l'accés, de forma gratuïta i immediata, a més d'11 milions de registres biomèdics extrets d'un 4.000 revistes. El seu motor de cerca va garantir informació de màxima qualitat, evitant la duplicació d'entrades, molt freqüent en d'altres cercadors.

La consistència i concordància dels resultats entre cercadors del mateix tipus i idioma és un altre aspecte que mereix ser considerat. La incongruència d'algunes dades (respostes inoportunes i cites no desitjades) fou elevada en sondejar cercadors com ara Telépolis i Vindio. En altres casos, s'obtingueren més respostes en temes concrets que a l'indicar el més general (per exemple, Msn en anglès va aportar més recuperacions sobre estatines que sobre atenció primària). Els rangs de les recuperacions a partir de la mateixa paraula clau varen ser tan àmplies que posaren de manifest la capacitat heterogènia de cercadors del mateix tipus i idioma. Un *link* només és possible si abans s'ha indexat. Podria succeir que en algunes ocasions els indexadors no possessin l'enllaç pertinent per error o indolència, o ben al contrari, que es pretengui augmentar el resultat de les recuperacions de forma intencionada. En qualsevol cas és evident cert grau d'incuria.

El cercador SUM Search²³ és mereixedor de consideració especial. Ideat per l'Escola de Medicina de San Antonio (Universitat de Texas), la seva *web*, de senzill disseny, disposa d'un robot de cerca que va permetre consultes amb criteris limitants, a partir de diverses bases de dades. La presentació de la informació fou impecable. Els seus menús seleccionables «Focus»», «MeSH»» i «MEDLINE»» permeten, respectivament, consultar per temes relacionats amb la cerca, aplicar de forma automàtica els sinònims recollits als índexs MeSH (*Medical Subjects Headings*) i recuperar informació sobre la base de dades de la *National Library of Medicine*. Per si tot això fora poc, a més de materials associats d'alta qualitat, incorpora una secció amb *links* que varen habilitar l'accés a l'últim número de publicacions d'alt impacte, com *The Lancet*, *New England Journal of Medicine* o *JAMA*, mentrestant s'obtenia el resultat de la consulta. Tot això el fa particularment recomanable.

En front a la necessitat d'informació, poder trobar la que es sol·licita equival a l'èxit o a la frustració. Aconseguir-lo en temps raonable i obtenir un resultat precís, depèn de l'eina triada. Per descomptat, la qualitat ha d'ésser premissa fonamental. Malgrat aquest tema és objecte de viu debat a Internet, sembla clar que al costat de recursos de contingut dubtós n'hi ha d'utilitat contras-

tada²⁴. En qualsevol cas, la seva avaluació, malgrat necessària, no és tasca fàcil. I no ho és perquè els instruments proposats per analitzar la qualitat de la informació biomèdica a Internet han estat variats i en ocasions variables²⁵⁻²⁸. Alguns autors critiquen aquestes iniciatives, al·legant que no són suficientment àgils ni fiables i aboguen per la lliure elecció de cada usuari²⁹. Lluny de qualsevulla polèmica, és indiscutible que qualitats com accessibilitat, rapidesa, potència, facilitat d'ús i encert als enllaços poden servir de referència per seleccionar els recursos més atractius. Serveis addicionals com estratègies de cerca predeterminades, referències bibliogràfiques i nexes amb altres cercadors els confereix un valor afegit. Algunes d'aquestes qualitats es varen fer paleses a l'explorar els cercadors considerats. Com ja s'han descrit en altres apartats no es redundarà sobre això.

En conclusió, mentre no es disposi del cercador ideal, capaç de satisfer les expectatives del metge d'atenció primària, i donada l'alta variabilitat dels recursos de la xarxa, serà convenient desenvolupar estratègies de recerca que assegurin estàndards en la recuperació de la informació³⁰. Fins llavors, el més recomanable serà guiar-se pels enllaços ubicats en els portals d'institucions públiques, societats científiques o revistes de prestigi. Malgrat la seva actualització no és tan dinàmica com la que s'aplica als cercadors generals, compten amb un sistema de supervisió que assegura la qualitat de la informació recuperada^{31,32}.

Bibliografia

- Belmonte MA. Internet en la Medicina del 2000. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 744-752.
- Belmonte MA. Publicaciones biomédicas en Internet: un reto inevitable. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 23-27. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=2892>
- Mola S. Internet como medio de comunicación profesional: las listas de correo electrónico. *Aten Primaria* 2000; 25: 265-267. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=11155>
- Muñoz C. Revistas electrónicas en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 540-544. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13414>
- Cabré JJ, Ortega Y. Utilidad de Internet en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (supl. 2): 395.
- Graber MA, Bergus GR, York C. Using the World Wide Web to answer clinical questions: how efficient are different methods of information retrieval? *J Fam Pract* 1999; 48(7): 520-524.
- Centre Documental de l'Institut Català de la Salut. Les webs de sanitat i salut a Internet. *Revista Grup ICS* 2000; número 1.
- Intranet SAP Reus-Altebrat. (Data de consulta 05-02-2003). URL en: <http://www.preus.scs.es>
- Metges on line. (Data de consulta 10-02-2003). URL en: <http://www.comb.es/barrimed.html>
- Buscadores. (Data de consulta 05-01-2003). URL en: <http://www.rediris.es/doc/buscadores.es.html>
- American Medical Association. Guidelines for AMA web sites. *JAMA* 2000; 283 (12): 160-166. URL en: <http://www.jama.ama-assn.org>
- Fernández MJ, De la Fuente JA, Mercader J, Borrell C, Martín C, Birulés M, Marcos L. Factores relacionados con la actividad investigadora de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19: 283-289. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=14510>
- Torres C, Medina B, Bravo R. Información sobre medicamentos en Internet. *Aten Primaria* 2001; 27:116-122. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13910>
- Laporte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F, Gamboa C, Shenton C, Glosner C, Villaseñor A, Maclure M. The death of biomedical journals. *BMJ* 1995; 310: 1387-1390. URL en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6991/1387>
- Lundberg GD. Christmas fairy tale. *BMJ* 1996; 313: 1612. URL en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7072/1612>
- Sirovski R, Peters R. Internet anatomy 101: accessing information on the World Wide Web. *JAMA* 1997; 277: 171-172.
- Sonnenberg FA. Health information on the Internet. Opportunities and pitfalls. *Arch Intern Med* 1997; 157: 151-152.
- Fernández E, Sobrequés J, Schiaffino A. Epidemiology and public health journals on the internet. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 510-512.
- Dónde. (Data de consulta 06-02-2003). URL en: <http://www.donde.uj.es>
- Webdoctor. (Data de consulta 06-02-2003). URL en: <http://www.webdoctor.com>
- PubMed. (Data de consulta 05-02-2003) URL en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>
- García F. Búsqueda de bibliografía médica a través de Internet. El proyecto PubMed. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 58-62. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=2877>
- SUM Search. (Data de consulta 05-02-2003) URL en: <http://www.sumsearch.uthsa.edu>
- Jadad AR, Gagliardi A. Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel?. *JAMA* 1998; 279: 611-614. URL en: <http://www.jama.ama-assn.org/issues/v279n8/abs/jrv71042.html>
- Eysenbach G, Diepgen TL. Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling and filtering of information. *BMJ* 1998; 317: 1496-1502. URL en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7171/1496>
- BIOME. Factors affecting the quality of an information source. (Data de consulta 27-01-2003). URL en: <http://www.biome.ac.uk/guidelines/eval/factors.html>
- HONcode. Código de conducta para sitios web de salud y medicina. (Data de consulta 27-01-2003). URL en: <http://www.hon.ch/HONcode/spanish>
- Sarrias R, Mayer MA. Accredited medical web: an experience in Spain. *J Med Internet Res* 2000; 2 (suppl 2): 5. URL en: <http://www.jmir.org/2000/3/suppl2/e5/index.htm>
- Delamothe T. Quality of websites: kitemarking the west wind. *BMJ* 2000; 321: 843-844. URL en: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7265/843>
- Louro A, González C. Portales sanitarios para la atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 346-350. URL en: <http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=1100075>
- International Committee of Medical Journal Editors. Policies for posting biomedical journal information on the Internet. *JAMA* 1997; 277: 1808.
- Silberg WM, Lundberg GD, Mussacchio RA. Assessing, controlling and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewer: Let the reader and viewer beware. *JAMA* 1997; 277: 1244-1245. ■

Manel Ferran.

En Manel Ferran és un metge de família enamorat de la seva professió. Nascut a Reus fa 44 anys, treballa a l'EAP Raval Sud de Barcelona des de 1991. Va ser vice-president de l'SCMFiC i secretari de l'semFYC. Presideix el Comitè Organitzador del XXIIIè Congrés de l'semFYC i XVIIIè de l'SCMFiC.

Com teniu el preparatiu del Congrés i quina assistència hi espereu?

L'organització està ja en una fase molt avançada, els comitès organitzador i científic portem ja més d'un any i mig treballant de valent i els resultats comencen a ser palpables. La Web del Congrés ja està activa en les 4 llengües oficials de l'Estat (www.semfy.com/barcelona2003). El programa científic és ja pràcticament el definitiu, el termini per enviar comunicacions ja està obert, així com per inscriure's tant al Congrés com als tallers. La nostra previsió és superar els més de 5.000 inscrits al Congrés de l'semFYC de Madrid i l'objectiu seria arribar als 6.000. Estem convençuts que l'atractiu de Barcelona i el fet de coincidir amb la celebració dels 25 anys del reconeixement de la medicina de família com a especialitat, ens ajudaran a aconseguir l'objectiu plantejat.

És una responsabilitat afegida per al Comitè Organitzador que el Congrés coincideixi amb els 25 anys de l'especialitat de medicina familiar i comunitària?

La coincidència amb la celebració dels 25 anys del reconeixement de l'especialitat és un repte que des dels comitès hem assumit amb il·lusió. Tant els actes inaugurals, com totes les activitats del dissabte estaran dedicats a la commemoració del 25 anys. Hem escollit com a lema d'aquests actes la frase *més de 25 anys en família* amb la idea de destacar que la medicina de família (amb un altre denominació) existeix des de molt abans de 1978 i que el que celebrem és el reconeixement de l'especialitat i la incorporació d'aquesta a la formació MIR, que tant important ha estat per

al desenvolupament de l'atenció primària de salut en el nostre país.

Una de les novetats d'aquest Congrés és que voleu demanar l'acreditació del SaAP. En aquest sentit aplicareu un control de l'assistència. Com valoreu aquest canvi?

L'objectiu és poder emetre un certificat en què consti l'assistència real del congressista a les activitats científiques del Congrés. Això implica l'establiment d'un control tant d'entrada com de sortida de les sales on tinguin lloc les activitats científiques i el seu registre informàtic que permeti l'emissió d'un certificat personalitzat. Es demanarà l'acreditació de formació continuada del sistema nacional de salut, que ja contempla la possibilitat d'acreditar congressos i s'ha demanat al SaAP que reconsideri la seva postura de no acreditar congressos i que, assegurant la seriositat del procés de control d'assistència, estableixi una sistema que permeti acreditar l'assistència real al Congrés. Creiem que aquest canvi, que implicarà l'obtenció del benefici de l'acreditació per al congressista, també estimularà la participació dels



Manel Ferran

inscrits en les activitats científiques dels congressos de les nostres societats.

Quin significat heu buscat en la representació de la família en el logo del Congrés?

Les primeres propostes d'imatge del Congrés que vam estudiar se centraven principalment en la imatge de la ciutat de Barcelona i especialment amb la Barcelona moder-

" voldríem que fos un Congrés que marqués un nou estil de fer congressos, més obert a tothom, més participatiu, més independent i més divertit" .

“ l’atractiu de Barcelona i el fet de coincidir amb la celebració dels 25 anys del reconeixement de la medicina de família com a especialitat, ens ha d’ajudar a arribar als 6.000 inscrits” .

nista de Gaudí. Des del comitè organitzador ens vam decantar per la imatge de la família representada pels *Clics de Famobil* (que com l’especialitat, també van néixer fa uns 25 anys) i que ens va agradar pel seu to desenfadat i una mica provocatiu que volíem entroncar amb la imatge de canvi que volíem donar al Congrés dels 25 anys.

Aquest Congrés se’ns presenta com el Congrés dels canvis: més oferta dels tallers, tallers interactius amb la utilització de les noves tecnologies, les comunicacions d’experiències, les actualitzacions, l’espai de debat informàtic. Explica’m quins beneficis aporta per als assistents aquests canvis?

Des de feia uns anys, el Congrés de l’semFYC tenia un contingut científic molt estructurat que vam decidir replantejar totalment. S’han mantingut les parts essencials del Congrés (les antigues ponències i taules) però diferenciant les taules de revisió, de les de debat i destacant els temes centrals (i més troncats): adolescent i gent gran. S’ha incrementat notablement (més de 5.000 places) l’oferta de tallers mitjançant l’aplicació de noves tecnologies. Hem incorporat les comunicacions d’experiències diferenciades

de les clàssiques comunicacions de recerca. Ofertarem als assistents una nova activitat (les actualitzacions) que plantejarem com una revisió molt pràctica de les novetats en l’evidència científica de les patologies més prevalents. S’ha creat un espai de debat informàtic sobre l’aplicació de les noves tecnologies a la pràctica de la medicina de família que també és una novetat important. Tots aquests canvis creiem que milloren l’oferta d’activitats als congressistes i esperem que afavoreixin la participació i l’aprofitament del Congrés.

Sens dubte que tots volem que aquest Congrés sigui també un punt de trobada no només científica. És per això que s’han pensat diferents actes lúdico-festius. Què teniu preparat?

Bé, aquest és l’aspecte del Congrés en el que estem treballant en aquests moments i encara que no està tancat del tot, puc avançar que es programaran tota una sèrie d’actes lúdics i festius que començaran el dimecres amb la cerimònia inaugural i que culminaran dissabte amb una sèrie d’actes durant tot el dia amb una festa de clausura i de celebració dels 25 anys dissabte a la nit. També estem programant diferents activitats obertes a la població que tindran lloc paral·lelament al Congrés i que creiem que tindran un gran impacte.

Què diries als socis de l’SCMFIC per animar-los a inscriure’s al Congrés?

A tots els socis us diria que no podeu faltar a la convocatòria de Barcelona. Aquest Congrés dels 25 anys voldríem que fos un Congrés que marqués un nou estil de fer congressos, més obert a tothom, més participatiu, més independent i més divertit. Us hi esperem. ■

Aportacions del 7è informe del Joint National Committee. Sis anys després.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al.
The Seventh Report on the on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC VII Report. JAMA 2003; 289: 2560-2572.

*Joan Bayó Llibre, Gabriel Coll de Tuero,
Antoni Dalfó Baqué, Mariano de la Figuera
von Wichmann, Narcís Salleras Marco i
Ernest Vinyoles Bargalló.*

Grup d'HTA de l'SCMFIC*.

Després de molts mesos esperant la seva sortida finalment ha aparegut la versió comprimida del JNC-VII. Segurament els membres del comitè esperaven la publicació de l'estudi ALLHAT¹, que ha estat l'assaig clínic realitzat amb major nombre de pacients a fi de valorar quin farmac és el més efectiu per a l'inici en monoteràpia del tractament de la hipertensió arterial (HTA). No hi ha moltes aportacions novades a diferència del JNC-VI², però hi havia interès per veure com aquest comitè d'experts valorava els resultats dels nombrosos assatjos clínics apareguts aquests darrers 6 anys. De moment ha aparegut una versió abreujada anomenada per ells "JNC-VII express", per facilitar la seva ràpida implementació en l'àmbit clínic. Una versió més extensa apareixerà publicada properament. Anirem comentant les novetats aparegudes en els diferents apartats: classificació i diagnòstic, avaluació i tractament.

Classificació i diagnòstic

El document proposa una nova classificació de l'HTA, segons les xifres de pressió arterial (PA), més simplificada encara que la de l'anterior document. S'ha creat una nova categoria anomenada pre-hipertensió (que engloba les categories anteriors: normal i normal-alta), els pacients d'aquest nivell tenen més risc de desenvolupar una HTA sostinguda que els del grup anterior i així es recomana que comencin a realitzar modificacions d'estils de vida. Els antics estadis 2 i 3 s'han fusionat en un de sol, l'estadi 2. L'estadi 1 no s'ha modificat (Taula 1).

El document remarca que és més important aconseguir reduccions de la PAS que de la PAD. La PAS elevada, que es troba sovint en edats avançades, és un factor de risc cardiovascular més important que la PAD excepte en pacients amb edats inferiors a 50 anys i aconseguir el seu control amb tractament farmacològic és més difícil que en el cas de la PAD.

* *Formen part també del grup HTA de l'SCMFIC:* Lucas Mengual Martínez, Teresa Gros García, M Antònia Vila Coll, Carles Albadalejo Blanco, Raul Miguel Capillas Pérez, Elvira Gibert Llorach, Josep M. Pepió Vilaubí, Anna Salvadó Torregrossa, Xavier Tovillas Morán i M. Mar Isnard Blanchar.

Conflicte d'interessos: Tots els autors d'aquest article han col·laborat ocasionalment, de forma directa o indirecta mitjançant la Fundació d'Atenció Primària, amb alguns laboratoris productors dels fàrmacs que apareixen en l'informe.

Taula 1 Classificació de l'HTA en adults.

Classificació de la PA	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	<120	i < 80
Pre-hipertensió	120-139	o 80-89
Hipertensió		
Estadi 1	140-159	o 90-99
Estadi 2	≥ 160	o ≥ 100

PAS: pressió arterial sistòlica; PAD: pressió arterial diastòlica.

Avaluació

L'avaluació del pacient hipertens segueix incloent tres punts:

1. Identificar altres factors de risc cardiovascular que poden afectar el pronòstic i tractament.
2. Identificar causes conegudes d'HTA.
3. I valorar la presència d'afectació d'òrgans diana i/o malalties cardiovasculars.

En el document apareix un nou llistat de factors de risc cardiovascular (taula 2) amb noves incorporacions com són la presència de microalbuminúria o d'un filtrat glomerular estimat inferior a 60 ml/min, el sedentarisme i l'obesitat (definida per un índex de massa corporal ≥ 30 kg/m²).

En les exploracions complementàries de laboratori s'hi afegeixen a les antigues determinacions inicials recomanades la calcèmia i el perfil lipídic (després de 9-12 hores de dejú). Sobta veure com s'inclou l'excreció urinària d'albumina com una determinació opcional tot i que la presència de microalbuminúria suposa presentar un factor de risc cardiovascular major. En aquest document, a diferència de l'anterior, no es fa esmena a l'estratificació dels pacients en funció del risc cardiovascular.

Tractament

L'objectiu general de control no ha variat, essent obtenir una PA < 140/90 mm Hg. Basant-se en la darrera guia de l'ADA (Associació Americana de diabetis mellitus) i de la *National Kidney Foundation* han abaixat l'objectiu, en pacients amb hipertensió i diabetis o malaltia renal crònica.

Taula 2 Factors de risc cardiovascular.**Factors de risc majors**

Hipertensió*
 Tabaquisme
 Obesitat*
 Sedentarisme
 Dislipèmia*
 Diabetis mellitus*
 Microalbuminúria o taxa de filtrat glomerular estimada < 60 ml/min
 Edat (major de 55 anys per a homes i de 65 anys per a dones)
 Història familiar de malaltia cardiovascular precoç (homes < 55 anys i dones < 65 anys)

Afectació d'òrgans diana**Cor**

- Hipertrofia ventricular esquerra
- Angina o infart agut de miocardi
- Revascularització coronària
- Insuficiència cardíaca

Cervell

- Accident vascular cerebral o accident isquèmic transitori

Malaltia renal crònica**Malaltia arterial perifèrica****Retinopatia**

* Components de la síndrome metabòlica.

ca, fins a PA < 130/80 mm Hg (enfront l'objectiu de PA < 130/85 mm Hg del JNC-VI).

En les modificacions d'estils de vida no hi ha novetats. A la taula 3 podem observar el rang de descens de la PAS per a cada modificació. Aconsellen combinacions de dos o més recomanacions per obtenir millors resultats. Es recomana com a tractament farmacològic inicial, excepte contraindicacions o indicacions específiques per a altres grups, els diürètics tiazídics. Aquesta recomanació es basa en les dades de l'estudi ALLHAT (on es comparava clortalidona, enfront amlodipina, lisinopril i doxazosina). El diürètic es va mostrar igual d'eficax en l'objectiu primari (malaltia coronària) que el blocador dels canals de calci i l'inhibidor de l'ECA, però amb un cost sensiblement inferior. Tot i els

Taula 3 Modificacions d'estils de vida*.

Modificacions	Recomanacions	Descens aprox. de PAS (rang)
Perdre pes	Mantenir un IMC entre 18,5-24,9 kg/m ²	5-20 mm Hg/10 kg de pes perduts
Dieta DASH	Dieta rica en fruites, verdures, lactis desnatats i baixa en àcids grassos saturats	8-14 mm Hg
Reducció de sal	Reduir el sodi de la dieta a < 100 mmol/dia	2-8 mm Hg
Activitat física	Activitat física aeròbica (p.ex., caminar ràpid) almenys 30' al dia, diversos dies per setmana	4-9 mm Hg
Moderar el consum d'alcohol	+ 2 copes/dia en l'home i + 1 copa en la dona	2-4 mm Hg

IMC: índex de massa corporal.

DASH: Les sigles en anglès signifiquen: "Dieta per frenar la hipertensió".

* Per reduir el risc cardiovascular global, cal aconsellar no fumar.

resultats d'aquest estudi, els autors comenten que els diürètics tiazídics estan infrutilitzats. També es recomana l'ús dels diürètics en associació amb els altres grups farmacològics: inhibidors de l'ECA, antagonistes dels receptors de l'angiotensina (ARA-II), blocadors del canal del calci o blocadors β -adrenèrgics (Taula 4 i figura 1).

Com veiem, l'algoritme de tractament inicial es basa més en el tipus de fàrmac per iniciar la teràpia segons les indicacions específiques (figura 1). Si no aconseguïssim el grau de control, cal anar optimitzant les dosis de fàrmacs o anar provant combinacions.

Els autors donen pautes sobre quan cal iniciar el tractament amb teràpia combinada. En el cas que la PA del pacient estigui 20/10 mm Hg per sobre de l'objectiu (tots aquells pacients que es trobin en l'estadi 2: PA > 160 i/o 100 mm Hg), es podria iniciar el tractament amb dos fàrmacs per separat o bé amb combinació a dosis fixes. Cal

Taula 4 Maneig terapèutic de l'HTA en adults segons la classificació de les xifres de la PA*.

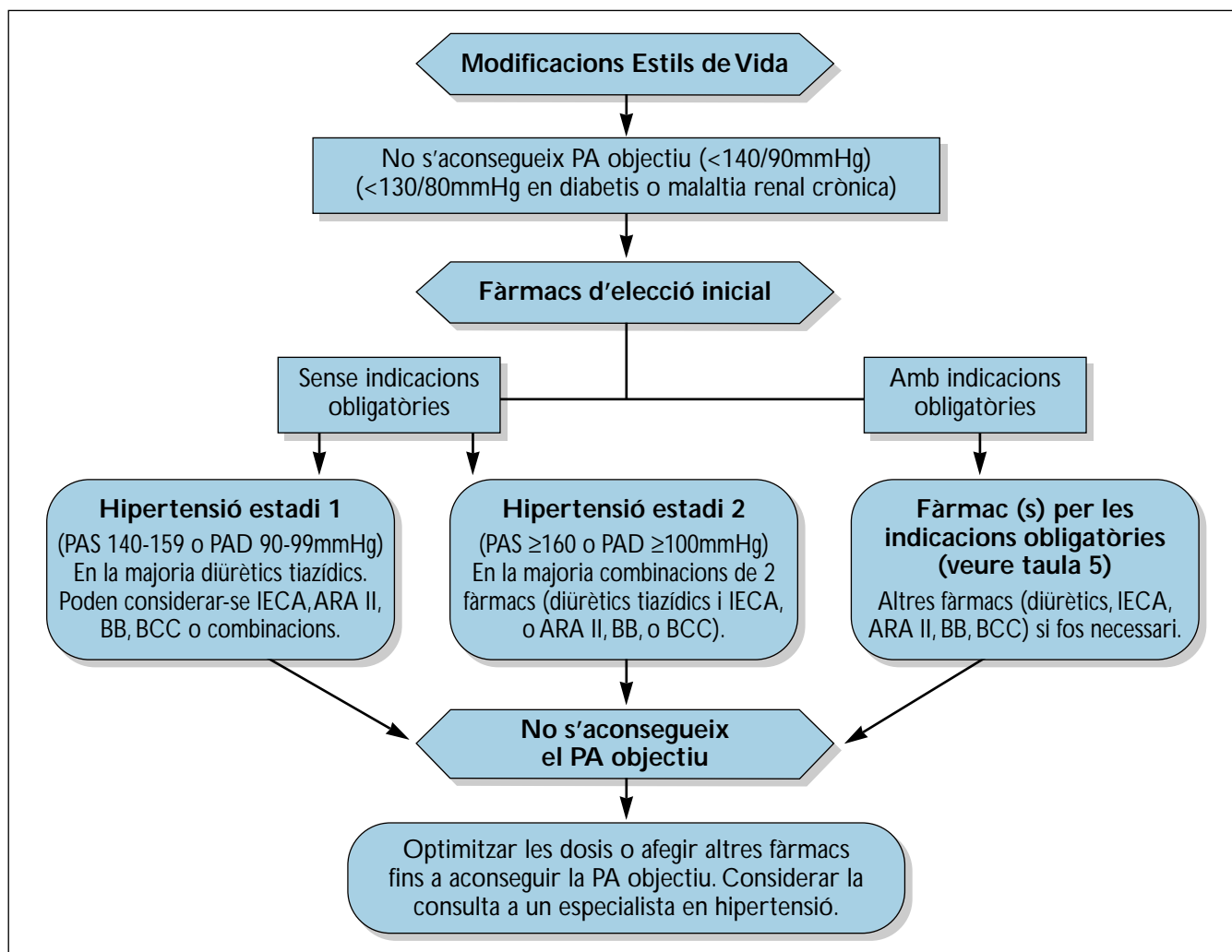
Classificació PA	PAS* mm Hg	PAD* mm Hg	MEV	Tractament farmacològic inicial	
				Sense indicació específica	Amb indicació específica (taula 5)
Normal	< 120	i < 80	animar	No utilitzar fàrmacs	Fàrmac(s) segons indicacions específiques
Pre-hipertensió	120-139	o 80-89	si		
Hipertensió Estadi 1	140-159	o 90-99	si	Diürètics tiazídics en la majoria. Considerar inhibidors de l'ECA, ARA-II, blocadors dels canals del calci, β -blocadors-adrenèrgics o combinacions	Fàrmac(s) segons les indicacions específiques. Poden utilitzar-se altres fàrmacs (diürètics, inhibidors de l'ECA, ARA-II, blocadors dels canals del calci, β -blocadors-adrenèrgics).
	Estadi 2	\geq 160	o \geq 100	si	

* El tractament el determina la categoria més elevada de la PA;

† Cal tenir en compte el risc d'hipotensió ortostàtica quan iniciem el tractament amb una associació

‡ L'objectiu terapèutic en pacients amb diabetis o malaltia renal crònica és < 130/80 mm Hg

Figura 1 Algoritme per al tractament inicial de l'HTA.



tenir cura en pacients diabètics, en casos de disfunció autonòmica i en ancians pel risc d'hipotensió ortostàtica. El document no ho menciona però seria interessant també abans descartar l'existència d'un efecte o d'una hipertensió de "bata blanca".

Com en l'anterior edició del document, apareix un llistat d'indicacions específiques per a l'ús de determinats fàrmacs com a teràpia inicial (taula 5). En aquesta taula crida l'atenció la desaparició de la indicació hipertensió sistòlica aïllada on els fàrmacs indicats com a primera elecció eren

Taula 5 Indicacions específiques pels diferents fàrmacs antihipertensius basades en la millor evidència disponible.

Indicacions específiques	Fàrmacs recomanats						Assatjos clínics demostratius
	D	BB	IECA	ARA-II	BCC	AntALDO	
Insuficiència cardíaca	x	x	x	x		x	ACC/AHA Heart Failure Guideline, MERIT-HF, COPERNICUS, CIBIS, SOLVD, AIRE, TRACE, ValHEFT, RALES
Post-IAM		x	x			x	ACC/AHA Post-MI Guideline, SAVE, Capricorn, EPHEBUS
Alt risc coronari	x	x	x		x		ALLHAT, HOPE, ANBP2, LIFE, CONVINCENCE
Diabetis mellitus	x	x	x	x	x		NKF-ADA Guideline, UKPDS, ALLHAT
Malaltia renal crònica			x	x			NKF-ADA Guideline, Captopril Trial, RENAAL, IDNT, REIN, AASK
Prevenió secundària AVC	x	x	x		x		PROGRESS

D: Diürètics tiazídics; BB: β-blocadors-adrenèrgics; IECA: inhibidors de l'enzim convertor de l'angiotensina; ARA-II: antagonistes del receptor de l'angiotensina II; BCC: blocadors dels canals del calci; AntALDO: antagonistes de l'aldosterona.

els diürètics i de segona elecció els blocadors dels canals de calci, tampoc es parla d'aquesta indicació en l'apartat dedicat a HTA en l'ancià. En el document també trobem les noves indicacions dels ARA-II en insuficiència cardíaca, diabetis i malaltia crònica renal; dels blocadors de l'aldosterona (espironolactona) en insuficiència cardíaca i post-infart; i també dues noves indicacions: la d'alt risc coronari on hi entren pràcticament tots els fàrmacs i la prevenció secundària d'AVC.

En HTA en situacions especials cal esmentar que fan referència a la necessitat de què es diagnostiqui la síndrome metabòlica. Pel que fa a la hipertròfia del ventricular esquerre, comenten que cal ser agressiu en el descens tensional donat el major risc de malaltia cardiovascular d'aquests pacients. No es recomana cap fàrmac específicament per a la reducció de la hipertròfia ventricular, si bé s'assenyala que els vasodilatadors directes com ara el minoxidil o la hidralazina no estarien indicats. Tot i els escassos estudis realitzats per valorar la reducció en la progressió de demència en l'HTA, comenten que hi ha evidències de què el tractament antihipertensiu pot alentir aquesta evolució. En el cas de les urgències hipertensives (sense afectació orgànica aguda) que no requereixen hospitalització, aconsellen que el pacient rebí d'entrada tractament combinat (no especifiquen amb quin nombre de fàrmacs, cal suposar que 2).

Finalment impliquen a tot el personal i agents sanitaris (metges de família, pediatres, infermers/eres, farmacèutics, dentistes i dietistes) en la motivació del pacient per millorar el compliment del tractament i per tant el grau de control de l'HTA. També s'implica el propi pacient en el seu propi control de la PA, fent que es motiví amb el paper beneficiós que té l'autocontrol domiciliari de la PA i la necessitat d'emprar medicaments genèrics ja que els costos del tractament poden ser una barrera per aconseguir un control adequat.

Comentari breu

Són múltiples les guies o recomanacions existents de diferents organismes i societats. No obstant això, i ja des de fa diverses edicions, les del JNC han esdevingut en el punt de referència de les altres.

Ja feia temps que el metge reclamava una actualització de les evidències i una simplificació de les recomanacions per implementar-les en la pràctica clínica.

Són diverses les novetats, com s'han comentat, i en alguns casos importants. És precís, no obstant, fer algunes consideracions:

1. Es tracta d'un document dirigit, fonamentalment, a la població americana hipertensa, no necessàriament extrapolable, a la realitat europea i al nostre medi. El pes de l'estudi ALLHAT és enorme. L'important percentatge de població afro-americana, probablement va repercutir en un pitjor resultat dels inhibidors de l'ECA, com s'ha apuntat en un posterior assaig clínic que va utilitzar aquest grup farmacològic³.
2. En el cas de PA > 160/100 mm Hg o quan calgui un descens superior a 10 i 20 mm Hg de PAD i PAS respectivament, indica que en la majoria dels casos serà precís administrar dos o més fàrmacs. Aquest fet és conegut i el document sense explicar-ho dóna a entendre que podria iniciar-se el tractament amb dos fàrmacs separats o junts. La majoria d'associacions existents a Europa, a diferència dels Estats Units, no són a dosis baixes. Caldrà ser extremada-

ment curosos si el pacient té risc de presentar hipotensió ortostàtica: en el cas de diabetis mellitus, de disfunció autonòmica i en les persones d'edat avançada. En tot cas, sembla recomanable descartar la existència d'un efecte de "bata blanca" o d'una HTA clínica aïllada, abans d'iniciar el tractament antihipertensiu en associació.

3. S'han afegit factors de risc, però manca posar més èmfasi en algunes indicacions específiques en les que s'ha demostrat una clara evidència, com és el cas del deteriorament renal, la diabetis mellitus i la hipertròfia ventricular esquerra.
4. Arran de la recomanació del present informe d'iniciar el tractament amb fàrmacs independentment d'altres consideracions, es pot pensar que l'estimació del risc cardiovascular no és important. De fet, l'informe no dóna cap eina per abordar aquest problema. Possiblement, conèixer el risc cardiovascular de cada pacient permet una millor individualització de l'educació sanitària i una major exigència en el grau de control de les xifres de PA.
5. La inclusió del terme prehipertensiu i la modificació a la baixa de les xifres de control ampliaran extraordinàriament la població a diagnosticar i controlar, amb les conseqüències en costos i càrrega laboral. Aquest augment en els costos es podria veure alleugerit si se segueix la recomanació feta en el document d'emprar diürètics d'entrada en la majoria de pacients. Destaca també la desaparició de la recomanació d'utilitzar blocadors β -adrenèrgics com a fàrmacs de primera elecció en pacients sense indicacions específiques per altres fàrmacs, possiblement degut a la no participació d'aquest grup farmacològic en l'estudi ALLHAT.
6. La importància de les modificacions d'estil de vida que dóna l'informe, fonamentalment dietètiques, es basen en la dieta DASH. Per tant, cal mantenir, en el nostre medi, la dieta mediterrània molt similar a aquesta.
7. Destaca la importància de la intervenció mèdica, tant a nivell de responsabilitat sobre el control de l'HTA com en la consecució de la motivació del pacient (punt clau). Finalment insisteix en la necessitat de la individualització del tractament potenciant la relació pacient-metge.

En definitiva, serà necessari esperar l'informe més ampli, que s'ha de publicar properament, així com l'informe de l'OMS sobre HTA, més general, per extrapolar les recomanacions a la resta de poblacions del món.

Bibliografia

1. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic. *JAMA* 2002; 288: 2981-97.
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.
3. Wing L, Reid C, Ryan P, Beilin L J, Brown MA, Jennings G. et al for the Second Australian National Blood Pressure Study Group. A Comparison of Outcomes with Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors and Diuretics for Hypertension in the Elderly. *N Engl J Med* 2003; 348: 583-92. ■

Tractament de la varicel·la en l'adult immunocompetent amb aciclovir oral.

M. Eugènia Buil

Introducció i hipòtesi de recerca

La varicel·la és una malaltia altament contagiosa produïda per la primoinfecció del virus varicel·la-zoster. La major part dels casos es produeixen a la infantesa, on habitualment segueix un curs benigne i autolimitat. Malgrat això, cada any s'enregistra un nombre no menyspreable de complicacions greus (pneumònia, encefalitis), atribuïbles a la varicel·la i aquests casos es concentren bàsicament en pacients immunodeprimits, gestants, i adults immunocompetents¹. En l'adult es comporta amb més agressivitat, és més extensa i s'associa a més complicacions i mortalitat². En un estudi realitzat a França durant els anys 1990 a 1999 van veure que les taxes d'hospitalització augmentaven progressivament des de 235 per 100.000 casos a l'edat d'un a 4 anys fins 8.154 per 100.000 casos en l'edat > 65 anys i el mateix succeïa amb la mortalitat que s'incrementava amb l'edat³. En les últimes 2 dècades ha augmentat la incidència de varicel·la en edats majors de 14 anys, s'ha duplicat. A Espanya la incidència de complicacions que requereixen hospitalització s'estima en 5 de cada 1.000 persones amb varicel·la⁴. Les autoritats sanitàries americanes s'han declarat recentment preocupades per les morts provocades per la varicel·la. Malgrat l'existència d'una vacuna, efectiva i segura, els CDC (Centres pel control i prevenció de malalties del Estats Units) segueixen registrant morts, 9 en el 2002, i creuen que en realitat es produeixen moltes més⁵. El mateix succeeix als adults britànics, que registren que moren anualment 25 persones per aquesta causa, i que la incidència està en augment, abogant per l'ús de la vacuna⁶. Està clar que el millor és prevenir, però davant d'un pacient afectat de varicel·la, la nostra pregunta seria: En l'adult immunocompetent amb varicel·la es beneficiés el tractament amb aciclovir oral?

Elements de les preguntes clíniques

Problema de salut: varicel·la no complicada

Característiques dels pacients: persones >18 anys no immunodeprimides, dels dos sexes. S'excloueren les dones gestants.

Intervenció a estudiar: aciclovir oral versus placebo

Mesura del resultat: millora de paràmetres clínics, i reducció de morbimortalitat.

Estratègia de cerca i resultats

Inicialment, es realitza la cerca en *Cochrane Library*, utilitzant com a paraules de cerca varicella/chickenpox and acyclovir/treatment. S'obté una revisió feta al maig del

2001, sobre tractament amb aciclovir en nens i adolescents sans⁷. No inclou pacients majors de 18 anys. Posteriorment es realitza la mateixa cerca al *Clinical Evidence* del BMJ, i s'obté una revisió sistemàtica amb data de març del 2001, que respecte al tema que ens ocupa inclou 2 assaigs clínics aleatoritzats^{8,9}. Es realitza, també, una cerca al Medline-Pubmed fins al juny de 2003, utilitzant les paraules clau de chickenpox immunocompetents adults and acyclovir, obtenint-se 232 articles. Es limita la cerca per assaigs clínics randomitzats (randomized controlled trial, ECA) amb resultat de 3 articles que aconsegueixen els nostres requisits^{8,9,10}. Dos d'aquests articles són els que inclou el *Clinical Evidence* en la seva revisió sistemàtica. En limitar la cerca per meta-anàlisis no s'obté cap article. Fent la cerca amb les paraules clau varicella immunocompetents adults and acyclovir, o varicella/chickenpox and acyclovir, no es troba cap assaig clínic aleatori nou o metaanàlisi.

En el *Journal of Infection* 1998¹, s'ha publicat una revisió sobre el maneig de la varicel·la en l'adult, al meu parer molt bona, basada en l'evidència, realitzada pel grup d'estudi de la varicel·la de la Societat Britànica. L'estratègia de cerca s'esquemmatitza en la taula 1.

Taula 1 Estratègia de cerca.

Base de dades	Limits	Articles
Cochrane Library		1 revisió sistemàtica (Maig 2001) ⁷ Nens/adolescents
Clinical Evidence		1 revisió sistemàtica (Març 2001) 2 assaigs clínics randomitzats ^{8,9}
Pubmed		232 articles
Pubmed	Randomized controlled trial	3 articles ^{8,9,10}
Pubmed	Meta-anàlisis	0 articles

Discussió

Els 3 articles són assaigs clínics, doble cec, randomitzats, controlats amb placebo.

En el primer dels treballs, Andreoni et al⁹ comparen aciclovir (800 mg/5 vegades/dia, durant 5 dies) versus placebo, administrat després de les primeres 24 hores des de l'inici de l'erupció, amb una mida de mostra de 100

homes. Valoren paràmetres clínics i no troben diferències significatives.

En el segon treball, Wallace et al⁸, inclouen 148 adults, la majoria homes joves (edat mitjana de 20 anys) amb diagnòstic de varicel·la dins de les primeres 72 hores des de l'inici de l'erupció. Es divideixen en 2 grups, segons el temps d'inici del rash menor o major de 24 hores, randomitzant dintre de cada grup per rebre aciclovir (800 mg/5 vegades/dia) 7 dies versus placebo. Valoren símptomes: número lesions total, score de símptomes (consta de 5 paràmetres: temps en assolir el número màxim de lesions en dies, temps de formació de noves lesions en dies, temps en començar a cicatritzar les lesions en dies, temps en què el 100% de les lesions són crosta en dies, i número màxim de lesions), temperatura i dades de laboratori. Conclouen que l'aciclovir administrat dins de les 24 hores versus placebo redueix significativament el número màxim de lesions i el temps fins la completa formació de crostes de les lesions i tots els paràmetres del score de símptomes, però no van trobar cap diferència significativa si l'aciclovir s'administrava després de 24 hores. Analitzant alguns d'aquests resultats en el grup de les primeres 24 h trobem per exemple: A) El número de pacients que van requerir més de 7 dies en assolir la fase de crosta en el 100% de les lesions (i per tant deixen de ser contagiosos i es poden incorporar al seu treball o vida normal) fou al grup control 22/38 (58%) i al grup aciclovir 12/38 (38%), el que suposa una reducció del risc relatiu del 34% i del risc absolut del 20%, amb una NNT de 5 i amb una magnitud que va de 7,4 dies a 5,6 dies, o sigui una diferència de 1,8 dies. B) Respecte a la durada de la febre > 72 h: al grup control 17/38 casos (45%) i al grup aciclovir 6/38 (16%), el que implica una reducció del risc relatiu del 64% i del risc absolut del 29%, amb una NNT de 3 i una magnitud de 2,7 a 2,24 dies, o sigui una diferència de 0,5 dies. C) El número màxim de lesions fou reduït en un 46% en el grup tractat amb aciclovir, passant de 500 a 268 lesions de mitjana, amb una p de 0.04; No existeixen dades suficients per calcular NNT. Complicacions greus: 4/148 (2,7%), tots ells pneumònia en el moment del diagnòstic. Mortalitat 0/148. Efectes secundaris de l'aciclovir: 1,3% casos i tots lleus.

Al treball de Balfour et al¹⁰ comparen 2 pautes de tractament amb aciclovir (800 mg/5 vegades/d, una pauta de 5 dies i l'altre de 7 dies de durada), el seu efecte en funció de si la teràpia s'iniciava abans de les primeres 24 hores d'inici del rash o en les > 24 a 48 hores, i l'efecte del tractament sobre la resistència viral. La grandària de mostra és de 177, dels que 97 eren adults. La edat mitjana era de 27 anys. Mesuren paràmetres clínics, i conclouen que hi ha una gradació de la resposta clínica a l'aciclovir que correlaciona una millor resposta quan abans s'inicia la teràpia des de l'aparició del rash (límit de les primeres 24 hores), que 5 dies de tractament amb aciclovir és suficient perquè 7 dies no aporten un benefici addicional i durant el tractament no es va induir resistència del virus al aciclovir.

Conclusions

Els estudis publicats utilitzen com a variables de mesura i eficàcia els símptomes. No hi ha estudis de mortalitat ni de reducció de complicacions greus de la varicel·la.

L'aciclovir oral si s'inicia dintre de les primeres 24 hores del rash sembla ser que produeix una milloria estadísticament significativa dels símptomes, però de modesta magnitud, amb NNT baixes. Els pacients dels estudis són adults joves, amb una edat mitjana de 20-27 anys. A les nostres consultes els pacients són de totes les edats i moltes vegades amb més comorbiditat. El tractament amb aciclovir és car, però ben tolerat, amb pocs efectes secundaris.

És possible que administrant aciclovir en les primeres 24 hores es pugui reduir la incidència de complicacions greus i mortalitat de la varicel·la, però això encara no s'ha provat. Cap estudi s'ha fet ni és probable que es porti a terme amb la suficient potència estadística per demostrar eficàcia en reduir les complicacions greus (pneumònia, encefalitis, mort), donada la baixa freqüència de les mateixes.

Aplicació a la pràctica diària

Es necessiten més estudis que confirmin aquests resultats, però sembla que en l'adult immunocompetent amb varicel·la, l'administració d'aciclovir oral iniciat dintre de les primeres 24 h de l'aparició de la erupció cutània és beneficiós quant a millora moderada dels símptomes. No existeix evidència que disminueixi les complicacions i la mortalitat secundària a la varicel·la.

Bibliografia

1. Wilkins EGL, Leen CLS, Mc Kendrick MW, Carrington D. Management of chickenpox in the adult. *Journal of Infection* 1998;36 Suppl 1, 49-58.
2. Gregorakos L, Myrianthefs P, Markou N, Chroni D, Sakagianni E. Severity of illness and outcome in adult patients with primary varicella pneumonia. *Respiration* 2002; 69(4): 330-4.
3. Boelle PY, Hanslik T. Varicella in non-immune persons: incidence, hospitalization and mortality rates. *Epidemiol Infect* 2002; 129 (3):599-606.
4. Pachon I, Alvarez E. Varicela: incidencia y estacionalidad en el sistema de notificación español. *Vacunas Invest Pract* 2001;2: 5-11.
5. Pezzino MD, Voss SC, et al. Varicella-related deaths United States, 2002. *Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52 (23): 545-547.
6. Rawson H, Crampin A, Noah N. Deaths from chickenpox in England and Wales 1995-7 : analysis of routine mortality data. *BMI* 2001; 323: 1091-1093.
7. Klassen TP, Belseck EM, Wiebe N, Hartling L. Acyclovir for treating varicella in otherwise healthy children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (4): CD002980.Review.
8. Wallace MR, Bowler WA, Murray NB, Brodine SK, Olfield EC. Treatment of adult varicella with oral acyclovir. A randomized, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 1992; 117 (5): 358-363.
9. Andreoni M, Canfarani M, Grint PC, Martorelli M, Diluzio Paparatti U, Rocchi G. A double blind, placebo controlled trial of efficacy and safety of oral acyclovir in the treatment of chickenpox in adults. *Riv Eur Sci Med Farmacol* 1992; 14(1): 63-69.
10. Balfour HHJ, Edelman CK, Anderson RS, Reed NV, Slivken RM, Marmor LH, Dix L, Aeppli D, Talarico CL. Controlled trial of acyclovir for chickenpox evaluating time of initiation and duration of therapy and viral resistance. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20 (10): 919-26. ■

Infecció per *Mycobacterium kansasii* en un pacient immunocompetent.

A. Aguilar Margalejo,

Y. Herreros Herreros,

J. Mascort Roca

EAP Florida Sud.

Dona de 27 anys que consulta per pèrdua de pes més esput hemoptoic.

Antecedents familiars

Sense interès.

Antecedents personals

- No al·lèrgies medicamentoses conegudes. Al·lèrgia als àcars.
- No hàbits tòxics.
- Hipercolesterolèmia. Control dietètic.
- Quimioprofilaxi antituberculosa per contacte laboral als 13 anys amb bona complimentació.
- Intervencions quirúrgiques: - Amigdalectomia.
- Septoplàstia.
- Simptomatologia depressiva durant el darrer any en tractament amb psicoteràpia.

Malaltia actual

La pacient consulta per expectoració hemoptoica en els últims dos dies. Refereix un episodi semblant fa quatre mesos, pel qual no va consultar. Presenta pèrdua de pes al llarg d'aquest període de temps.

Exploració física

Estat general conservat. Normohidratada amb pal·lidesa mucocutània. Apirètica. Pes: 44,5 kg (pes habitual: 48 kg). Auscultació cardiorespiratòria i normal. Abdomen anodi. Exploració neurològica sense alteracions.

Exploracions complementàries

Davant d'aquesta clínica sol·licitem:

- Analítica: hemograma i bioquímica dins la normalitat.
- Rx tòrax: Infiltrat amb cavitació en LSD. Infiltrat en LSE (Taula 1).

Taula 1 Criteris diagnòstics per micobacteriosis ambientals segons l'American Thoracic Society

1. Clínics:

- a) Síntomes i signes compatibles (tos, febre, pèrdua de pes, hemoptisi o dispnea) amb deteriorament de l'estat clínic.
- b) Exclusió d'altres malalties o tractaments que poden produir un deteriorament clínic.

2. Radiogràfics:

- Radiografia simple de tòrax:
 - a) Infiltrats amb o sense nòduls.
 - b) Cavitació.
 - c) Nòduls únics o múltiples.
- Tomografia computada d'alta resolució:
 - a) Múltiples nòduls de petita grandària.
 - b) Bronquièctasis multifocals amb o sense petits nòduls pulmonars.

3. Bacteriològics:

Sempre que sigui present un o més dels següents apartats:

- a) Sempre que es puguin obtenir, com a mínim, tres mostres d'esput o rentat broncoalveolar en un any: tres cultius positius amb bacil-loscòpies negatives, o dos cultius positius i una bacil-loscòpia positiva.
- b) Davant la incapacitat d'obtenir esputs, un LBA amb cultiu positiu (2+,3+,4+), o cultiu positiu amb bacil-loscòpia positiva (2+,3+,4+).
- c) Biòpsia:
 - Qualsevol creixement en els cultius de mostres obtingudes a partir de biòpsies broncopulmonars.
 - Granulomes i / o visió de bacils àcido-alcohol resistents en una biòpsia pulmonar amb un o més cultius positius d'esput o de rentat broncoalveolar.
 - Qualsevol creixement obtingut de mostres extrapulmonars estèrils.

Per poder establir el diagnòstic, han d'estar presents els tres tipus de criteris. En el cas de pacients immunodeprimits s'accepten els mateixos criteris, amb l'excepció que es considera diagnòstic un cultiu positiu amb un creixement d'1+ o més.

(Enfermedad pulmonar por *Mycobacterium kansasii*. Análisis de 39 casos. Arch Bronconeumol 2001; 37: 27-34).

Evolució

La pacient es va remetre al servei d'urgències hospitalàries amb l'orientació diagnòstica d'infiltrat amb imatge de cavitació en lòbul superior dret de probable origen tuberculós. Amb la mateixa sospita es va iniciar tractament amb Rifater (5 cp/24h): rifampicina (120 mg), isoniazida (150 mg) i pirazinamida (300 mg) més etambutol 400 (3 cp/24h). Es comença també control i quimioprofilaxi dels contactes convivents.

Posteriorment va ser realitzat l'estudi microbiològic. A la tinció de Ziehl-Neelsen es van detectar bacils àcido-alcohol resistents i, finalment, en el cultiu s'identificà la presència de *M. kansasii*, per la qual cosa, el tractament iniciat es modificà, afegint estreptomocina intramuscular i substituint Rifater per Rifinah 300 (300 mg de rifampicina més 150 mg d'isoniazida). Un cop instaurat el tractament, la pacient va presentar una evolució favorable, amb recuperació del pes i desaparició de la clínica.

Les micobacteriosis són el conjunt de malalties produïdes per les micobacteris ambientals, també anomenades, fins fa no gaire, atípiques, amb la intenció de diferenciar-les així de *Mycobacterium tuberculosis*.

El nombre de micobacteris ambientals oportunistes és força elevat, però només unes determinades espècies són capaces de provocar patologia. Dins d'aquest grup es troben les infeccions causades per *Mycobacterium kansasii*. Malgrat el seu caràcter de patògen oportunista, presenta una incidència important dins la població general. Concretament, a Espanya, és el micobacteri ambiental que provoca un major nombre de patologia pulmonar en pacients immunocompetents. A partir dels últims estudis realitzats, s'ha comprovat que la freqüència d'aquestes infeccions en els països desenvolupats s'ha incrementat progressivament en relació al descens de la infecció tuberculosa, que protegeix per immunitat creuada davant les micobacteriosis ambientals. Es desconeix si la malaltia apareix justament després de la infecció o si existeix, com és el cas de la tuberculosi, un període de latència.

Els micobacteris oportunistes són les responsables d'entre el 4% i el 15% del total de les micobacteriosis pleuropulmonars, essent una mica més de la meitat provocades per *Mycobacterium kansasii*. S'ha de tenir en compte que existeix una gran variabilitat geogràfica, tant pel que fa a la prevalença com a les espècies responsables. Les infeccions per *M. kansasii* s'associen en un tant per cent molt elevat ($\approx 90\%$) a patologia pulmonar prèvia. En un nombre força elevat de casos destaca l'existència d'una tuberculosi residual, encara que aquest antecedent és més relevant en el cas de *M. avium*. Un dels principals factors que predisposen a patologia per *M. kansasii* són les immunodeficiències. En el cas dels malalts diagnosticats de sida, la incidència augmenta considerablement si ens referim a la malaltia disseminada amb afectació multiorgànica. A més de la infecció per HIV, es consideren situacions de risc les hepatopaties cròniques, hemopaties, tractaments amb corticoides i el trasplantament d'òrgans.

La clínica manifestada és molt inespecífica. Sol ser subaguda i, en els casos de MPOC, similar a una agudització infecciosa. Destaca la presència de tos, expectoració,

febre, síndrome tòxica i hemoptisi, encara que mai es pot arribar a un diagnòstic etiològic basant-nos només en la clínica, ja que la resta d'infeccions per micobacteris (*M. xenopi*, *M. avium*, *M. tuberculosis*) es presenten de forma semblant.

Tal i com succeeix amb la clínica, les imatges radiològiques són indistingibles de les produïdes per altres micobacteris. L'infiltrat intersticial local fibronodulillar és la troballa més freqüent, principalment en el lòbul superior, sense vessament, i amb presència de cavitacions amb parets més fines que les descrites a la tuberculosi. La proporció de cavernes aïllades és superior en el cas de *M. kansasii*; no obstant això, donat que la tuberculosi és cinc vegades més freqüent que la micobacteriosi per *M. kansasii*, quan s'observa una caverna a la pràctica clínica, és molt més probable que sigui deguda a *M. tuberculosis* que a *M. kansasii*.

És convenient destacar que, en algunes ocasions, l'afectació pulmonar per *M. xenopi* i *M. avium* es manifesta radiològicament en forma de nòdul pulmonar solitari.

Quant al tractament, ara per ara no s'ha arribat a un consens sobre la pauta recomanada i la seva duració. Així, l'*American Thoracic Society* defensa l'associació d'isoniazida (300 mg), rifampicina (600 mg) i etambutol (25 mg/kg els primers dos mesos, seguits de 15 mg/kg) diàriament durant 18 mesos, que incloguin al menys 12 mesos de cultius negatius. Per la seva part, la *British Thoracic Society* aconsella un tractament de 9 mesos amb rifampicina i etambutol en pacients immunocompetents, que s'ha de perllongar fins a 15-24 mesos en els pacients amb alteracions del sistema immunitari (tractament amb esteroides, amb greu desnutrició o amb bronquièctasis generalitzades). La *British Thoracic Society* desestima l'ús d'isoniazida pels confusos resultats obtinguts en les proves de sensibilitat *in vitro* i per la comparació de la taxa de recaigudes entre el règim que recomanen i el que associa isoniacida, que no demostrava diferències significatives (8'3% i 8'7% respectivament).

A Espanya, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) recomana el tractament amb isoniazida, rifampicina i etambutol per un període de temps d'un any. En general, la rifampicina és considerada el farmac més eficaç, mentre que la isoniazida és el que presenta una taxa més elevada de resistències. Les pautes utilitzades actualment aconsegueixen una ràpida negativització dels cultius. No obstant això, són les més prolongades les que aconsegueixen un menor índex de recidives. El pronòstic sol ser bo, depenent bàsicament de la patologia de base.

El fet d'intentar establir característiques clíniques i radiològiques específiques de les infeccions per *M. kansasii* té com a objectiu primordial poder diferenciar-les de les produïdes per *M. tuberculosis*. Tot això té una gran importància si es té en compte que les infeccions per *M. kansasii* s'adquireixen del medi ambient a través de l'aigua contaminada o aerosol. Pel contrari, i a diferència del que succeeix amb *M. tuberculosis*, la transmissió interhumana és excepcional, cosa que fa que les mesures de profilaxi siguin, com a mínim, discutibles.

La sospita clínica d'infecció per *M. kansasii* adquireix també importants implicacions terapèutiques, ja que

aquestes micobacteriosis requereixen una pauta de tractament de més llarga durada i que inclogui des del principi etambutol i rifampicina, fins que s'obtinguin els resultats dels cultius.

Al llarg de diferents estudis, s'ha observat que malgrat les semblances clíniques i radiològiques entre *M. kansasii* i *M. tuberculosis*, existeixen algunes diferències. Així, la coexistència de diabetis melitus o d'afectació del lòbul inferior amb vessament pleural és molt poc freqüent en pacients diagnosticats de *M. kansasii*.

En funció de totes aquestes dades es pot concloure que hi ha diferències entre la presentació de les infeccions pulmonars per *M. kansasii* i les ocasionades per *M. tuberculosis*, però que aquestes diferències no són clínicament útils per aconseguir una identificació precoç de les infeccions per *M. kansasii*. Per tant, el diagnòstic sempre haurà de ser microbiològic.

Bibliografia

1. Garrós Garay F., García Cebrián F., Martín Saco G., Lorza Blasco J.J., Ruiz De Gordejuela E. Enfermedad pulmonar por *Mycobacterium kansasii*. Análisis de 39 casos. Arch Bronconeumol 2001; 37: 27-34.
2. Medina Cruz M.V., Sauret Valet J., Luna Caminero J.A. Enfermedades producidas por micobacterias ambientales. Med Clin (Barc) 1999; 113: 621-630.
3. Reparaz J. Enfermedad por *Mycobacterium kansasii*. Enferm Infecc Microbiol Clin 1999; 17: 85-90.
4. Evans A.J., Crisp A.J., Hubbard R.B., Colville A., Evans S.A., Johnston I.D.A. Pulmonary *Mycobacterium kansasii* infection: comparison of radiological appearances with pulmonary tuberculosis. Thorax 1996; 51: 1243-1247
5. Evans S.A., Colville A., Evans A.J., Crisp A.J., Johnston I.D.A. Pulmonary *Mycobacterium kansasii* infection: comparison of the clinical features, treatment and outcome with pulmonary tuberculosis. Thorax 1996; 51: 1248-1252.
6. Hernández Flix S., Sauret Valet J., Ausina V., Condom M.J., Rodríguez Froján G., Luquin M., Cornudella R. Enfermedad pulmonar por micobacterias ambientales oportunistas. Revisión de 35 casos. Med Clin (Barc) 1990; 95: 53-56. ■

Dolors ossis incontrolables d'inici brusc.

M. Mar Ballester Torrens,

Josep Casajuana i Brunet

EAP Gòtic, Barcelona

Introducció

El mieloma múltiple és una patologia poc freqüent en l'àmbit de l'atenció primària, però cal tenir-lo present davant d'un quadre tòxic d'instauració gradual. En el laboratori destaca una VSG sovint molt elevada amb anèmia normocítica normocròmica. L'interès del cas que presentem rau en la seva presentació atípica.

Cas clínic

Home de 66 anys d'edat, jubilat, que consulta per disfàgia i síndrome tòxica de 10 dies d'evolució.

Antecedents

Presenta com hàbits tòxics una ingesta enòlica de 100-150 g/d i fumador d'un paquet/d, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.

Antecedents patològics

1. Juny de l'any 1998: Quadre de rectorràgies que no va acceptar l'estudi proposat.
2. No tornar fins al juny de l'any 1999, on referia quadre tòxic amb un pes 57 Kg, on l'estudi (analítica i radiologia) van ser normals. Atès l'antecedent de l'any 1998, es

va practicar colonoscòpia i es diagnosticar d'hemorroides grau IV, no va voler cirurgia.

3. Torna en el juny de l'any 2000: Presenta lumbàlgia aguda de característiques mecàniques de 15 dies de durada, radiològicament normal. També referia disfàgia a líquids i sòlids on s'inicia estudi amb exploració oto-rino-laringològica, analítica i fibrogastroscòpia normals.

Malaltia actual

Després d'un any torna al juny a la nostra consulta per presentar sensació de disfonia i la disfàgia, també refereix dolors osteoarticulars inespecífics; l'exploració era anodina, vam tractar amb paracetamol, demanarem analítica i revisió oto-rino-laringològica. Destacava una VSG de 109 amb una anèmia normocítica. Als 10 dies presenta una clínica que s'inicia aproximadament 12 hores abans, coincidint amb ingesta important d'alcohol amb un dolor abdominal continu d'intensitat variable en cinturó sense altra clínica, referia també astènia, anorèxia de 2 anys d'evolució. A l'exploració física destaca una TA: 130/80 mm Hg, temperatura axil-lar de 36,8°C, freqüència cardíaca de 70 x', pes de 55 Kg; pacient ansiós amb discreta afectació de l'estat general, normohidratat, bona coloració de pell i mucoses, sense adenopaties regionals, no goll, exploració cardiorespiratòria normal, abdomen amb defensa sense masses ni megàlies encara que difícil de valorar, peristaltisme normal, PPLB

negativa, atesa la clínica i l'antecedent enòlic es va derivar a urgències per descartar una pancreatitis.

Va ser ingressat a urgències durant 48 hores, on li varen trobar una anèmia normocítica normocròmica, amb la resta de proves complementàries (Rx tòrax, ECG, FGS i TAC) dintre de la normalitat; i va sortir amb l'orientació diagnòstica de dolor abdominal inespecífic, tractat amb metamizol i paracetamol.

Va tornar a la nostra consulta a les 24 hores post-alta per persistència de la clínica, i presentava a més dolor abdominal i en tòrax, de característiques inflamatòries amb gran limitació als moviments que no calmava amb tractament analgèsic pausat. Vàrem reforçar el tractament amb codeïna, però va tornar a les 24 hores sense milloria i es va decidir fer un estudi més complet. Demanàrem analítica completa, radiografia seriada òssia davant de dolor ossi inflamatori, amb VSG 109 (analítica prèvia) que no cedeix amb tractament analgèsic habitual i tenint la sospita de mieloma vs metastasis.

Biologia de base: Destacava :

- Hematòcrit: 38,1, Hb: 12 g/dl, VCM: 95,9, ferro: 66, ferritina: 502, VSG: 109
- Leucòcits: 8,69: 78%N/ 13,2%L/ 5,9%Mo, 236.000 plaquetes.
- Glucosa: 85 mg/dl, creatinina: 1,24 mg/dl, Na: 143,5, K: 4,11, Calc/P: 10,2 mg/dl /3,1 mg/dl, GOT: 15, GPT: 12, GGT: 26, FA: 95, bilirubina: 0,31, albúmina: 35,3, colestero: 119.
- Alfetoproteïna 2,3, CEA-125: 3,1
- TSH: 0,29, T4: 1,62, PSA: 1,27
- Serologies d'hepatitis i HIV: negatives
- Quantificació d'inmunoglobulines: IgA: 3.500 mg/dl (valor normal: 90-395) tipus lambda, Ig G: 676 mg/dl (840-1600), Ig M: 30 mg/dl (48-220)
- Orina 24h: U 400 mg/dl, Creat 210 mg/dl, Urat 21/84 mg/dl, Ca 42/ 168 mg/dl, F 62/248 mg/dl, Prot 1,22 /0,49 mg/dl.

Rx crani: imatges lítiques a calota; resta de radiografies normals.

Diagnòstic

Es decideix l'ingrés hospitalari per a estudi amb orientació diagnòstica de MIELOMA MÚLTIPLE IgA confirmant-se el diagnòstic i iniciant tractament amb quimioteràpia. Actualment resta asintomàtic.

Discussió

El mieloma múltiple o malaltia de Kahler¹ és la neoplàsia de cèl·lules plasmàtiques més freqüent, hi ha una proliferació maligna de cèl·lules plasmàtiques amb producció de proteïna M (monoclonal) en el sèrum i/o orina. Té una incidència anual² de 2-3/100.000 habitants, una relació home/dona 1,6/1, la major part són majors de 60 anys, sobre tot de raça negra. L'etiologia és desconeguda.

Clínica³

Hi ha 20-30% d'asintomàtics i aparentment estables, altres poden desenvolupar neoplàsies simptomàtiques i progressives. Els dolors ossis és el símptoma més freqüent (70%), de característiques mecàniques, afecten a columna i graella costal; pot produir-se osteoporosi i fractures patològiques. La hipercalcèmia pot provocar símptomes neurològics i insuficiència renal. Són infreqüents l'esplenomegàlia i les adenopaties⁴.

Taula 1 Classificació⁵ i alguna característica.

1. Medul·lar: On hi ha mielograma alterat.

- Ig G: 50-60%. Evolució més lenta que la resta. Presenta proteinúria de Bence-Jones en un 50%.
- Ig A: 20-30%: té curs ràpid i agressiu.
- Ig D: 1-2%. Gairebé el 100% té proteinúria de Bence-Jones, és sovint la normoproteinèmia. Curs agressiu.
- Ig E: Baixa incidència. Alt percentatge de leucemització.
- Ig M: Baixa incidència. Evolució semblant a la macroglobulinèmia de Waldenström. Elevada incidència de fractures.
- Quiescent: Sense clínica.
- Mieloma osteoescleròtic: Generalment Ig A i de cadena lleugera lambda, la dada més característica és la polineuropatia perifèrica de tipus motor. Forma part de la síndrome POEMS (polineuropatia, osteoesclerosi, endocrinopatia, component monoclonal i alteracions cutànies). Són rares l'anèmia, la insuficiència renal i la hipercalcèmia.

2. Extramedul·lar: Mielograma normal.

- Solitari⁶: lesió única, més freqüent columna toràcica.
- Plasmocitoma extramedul·lar: Afecta el teixit limfoide submucós de nasofaringe.

Laboratori⁴

Troben una anèmia normocítica (60-70%), recompte leucocitari i plaquetes normals amb augment de VSG (sovint >100 mm/h), pot haver una leucopènia amb un augment del risc d'infeccions per pneumònies o pielonefritis.

Insuficiència renal 25%, hipercalcèmia 20%, hiperuricèmia, elevació de la beta-microglobulina⁷ (la seva concentració reflexa directament la massa tumoral de mieloma i pot indicar supervivència). La proteinúria de Bence-Jones és present en un 50%.

Radiologia

A nivell radiològic, millor que gammagràfic, podem trobar osteolisi per la secreció de factor activador d'osteoclasts, essent les regions més afectes el crani, columna, graella costal, estèrnum, pelvis, húmer i fèmur; essent la fosfatasa alcalina normal, ja que no hi ha activitat osteoblàstica. Poden haver-hi fractures òssies patològiques o una osteopènia difusa.

Diagnòstic

Es fa per clínica (dolors ossis), analítica (anèmia amb VSG alta), Ig monoclonal (amb estudi d'electroforesi i immunoelectroforesi i posteriorment a nivell hospitalari), mielograma (on es demostra infiltrat de cèl·lules plasmàtiques en el moll d'os o altres teixits (serveix per al diagnòstic diferencial de gammopaties d'origen incert). A partir d'aquí es fa diagnòstic i estadiatge; la classificació més utilitzada és la de Durie i Salmon⁸ (segons hemoglobina, calcèmia, lesions radiològiques, component M, massa tumoral), posteriorment s'inicia tractament hospitalari amb quimioteràpia i es valorarà posteriorment trasplantament de moll d'os.

Diagnòstic diferencial

- Gammapatia monoclonal benigna o d'origen incert (GMSI), la seva incidència en població general augmenta amb l'edat: presentant-se en un 2% en majors de 50 anys, són benignes i poden desenvolupar un

Estadiatge del mieloma múltiple de Durie i Salmon⁸

Estadi 1 Acompleix tots els criteris	Hb > 10 g/dl Calcèmia normal Rx normal o plasmocitoma solitari Paraproteinèmia: Ig G < 5 g/dl, Ig A > 3 g/dl, proteinúria B-J < 4 g/24 h.
Estadi 2	No compleix els criteris de l'estadi 1 ni 3
Estadi 3 Acompleix almenys 1 criteri	Hb < 8,5 g/dl Calcèmia < 11,5 g/dl Rx: lesions òssies importants Paraproteinèmia: Ig G > 7 g/dl, Ig A > 5 g/dl, proteinúria B-J > 12 g/24 h.

Subestadi A o B segons creatinina < o > 2 mg/dl

- 30% una neoplàsia maligna de cèl·lules B o mieloma als 25 anys, es diagnostica per mostrar un concentració baixa en sèrum de IgM (< 3 g/dl).
- Macroglobulinèmia de Waldenström.
 - Malalties de cadenes pesades: malaltia de Franklin, malaltia de Seligman, malaltia de Forte, malaltia de Vilpo.
 - Amiloidosi primària.
 - Síndromes mieloproliferatives: leucèmia limfàtica crònica, limfoma no Hodgkin,...
 - Discràsies transitòries deguts a fàrmacs (fenitoïna, sulfamides i penicil·lina), infeccions viriques i si han sofert cirurgia cardíaca.
 - Arteritis de cèl·lules gegants.

Tractament

El mieloma múltiple no és guarible; per tant, començarem tractament quan tingui clínica el pacient, valorant edat, estat general, clínica, analítica i radiologia.

Els tractaments més utilitzats^{10,11} són:

- La quimioteràpia amb melfalan 0,25 mg/Kg/d via oral més prednisona¹² 100 mg/d v.o durant 4 dies, repetint dosis cada 4-6 setmanes al llarg de 12 mesos, supervivència de 2-3 anys, als 10 anys viuen un 3%.
- Pautes de poliquimioteràpia amb associacions de vincristina, adriamicina, dexametasona (VAD) hi ha més inducció a la remissió, però no augmenta la supervivència¹³.
- Radioteràpia local com a analgèsic per als dolors localitzats.
- Trasplantament de moll d'os al·logènica¹⁴.
- Tractament de suport amb analgèsics, hidratació, eritropoetina en casos d'anèmia i bifosfonats per tractar la hipercalcèmia¹⁵.

En un recull d'assaigs (RCT) controlats i randomitzat¹⁶ han estat avaluats 80 tractaments diferents, conclou que són estudis de baixa qualitat i poca evidència; avui en dia,¹⁷ els que aporten millor resultat de supervivència i qualitat de vida són la quimioteràpia convencional (melfalan amb prednisona)¹⁸, interferó¹⁹; les noves perspectives són el trasplantament autòleg de moll d'os²⁰; els bifosfonats²¹ redueixen les fractures patològiques i el dolor però no la mortalitat.

Pronòstic³

Són factors de mal pronòstic: β -microglobulina, índex de divisió cel·lular aixecat, augment de LDH i timidinacina-sa. La taxa de mortalitat és d'un 15% a l'any, tenint com a causes més freqüents els processos intercurrents, el mieloma progressiu, la sepsis i la insuficiència renal.

Bibliografia

1. Longo DL. Transtorno de las celulas plasmaticas. En: Harrison, Wilson. Principios de Medicina Interna. Mc Graw-Hill 1991; 1633-38.
2. Del Potro E, Morales E. Mieloma múltiple y otras discrasias de células plasmáticas. Rev Clin 1999; 199:52-57.
3. Alexanian R, Weber D, Liu F. Prognosis of asymptomatic multiple myeloma. Arch Intern Med 1988; 148: 1963-65.
4. Blade J, Rozman C. Gamapatas monoclonales. En: Farreras, Rozman, eds. Medicina Interna (13ª ed.). Mosby Doyma, 1995: 1753-1760.
5. Bladé J. Mieloma múltiple. Medicina Integral 1997; 30: 18-27.
6. Chak ly . Solitary plasmocytoma of bone: Treatment, progression and survival. J Clin Oncol 1987; 5: 1811-23.
7. Griep PR .Value of beta-2-microglobulin level and plasma cell labeling indices as prognostic factors in patients with newly diagnosed myeloma. Blood 1988; 72: 219-225.
8. Durie BGM, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival. Cancer 1975; 36: 842-854.
9. R A. Kyle , TM. Therneu , SV Rajkumar, JR. Offord, DR. Larson, MF. Plevak, et col. A long-term study of prognosis in monoclonal gammopathy of undertermined significance. N Engl J Med 2002; 46: 564-569.
10. Hourousseau JL. Treatment of mieloma. Schweiz Med wachasch 2000; 130: 1649-55.
11. Kyle RA. Management of patients with multiple myeloma: emphasizing the role of high-dose therapy. Clin Lymphoma. 2001; 2:21-8.
12. Wisloff F, Hjorth M, Kaasa S, Westin J. Effect of interferon on the health-related quality of life of multiple myeloma patients: results of a Nordic randomized trial comparing melphalan-prednisone to melphalan-prednisone + alpha-interferon. The Nordic Myeloma Study Group. Br J Haematol. 1996; 94: 324-32.
13. Bataille R, Harousseau JL. Multiple myeloma, N Engl J Med 1997;336: 1657-63.
14. Gulbrandsen N, Wisloff F, Brinch L, Carlson K, Dahl IM, Gimsing P et col. Health-related quality of life in multiple myeloma patients receiving high-dose chemotherapy with autologous blood stem-cell support. Med Oncol. 2001;18: 65-77.
15. Ali Sm, Esteva FJ, Hortobagvi g, Harvey H, Seaman J, Knight R, et al. Safety and efficacy of biphosfonates beyond 24 months in cancer patients. J Clin Oncol 2001; 15, 19: 3434-7.
16. Djulbegovic B, Adams JR, Lyman GH, Lacey M, Hozo I, Greenwich M, Bennet CL. Evaluation and appraisal of randomized controlled trials in myeloma. Annals of Oncology 2001; 12:1611-1617.
17. Hussein MA, Juturi JV, Lieberman I. Mieloma present and future. Curr Opin Oncolog 2002; 14: 31-5.
18. Gulbrandsen N, Wisloff F, Nord E, Lenhoff S, Hjorth M, Westin J. Cost-utility analysis of high-dose melphalan with autologous blood stem cell support vs. melphalan plus prednisone in patients younger than 60 years with multiple myeloma. Eur J Haematol. 2001; 66: 328-36.
19. Wisloff F, Gulbrandsen N. Health-related quality of life and patients' perceptions in interferon-treated multiple myeloma patients. Nordic Myeloma Study Group. Acta Oncol. 2000; 39: 809-13.
20. Hjererstad MJ, Evensen SA, Kvasloy SO, Fayers PM, Kaasa S. Health-related quality of life 1 year after allogeneic or autologous stem-cell transplantation: a prospective study. J Clin Oncol. 1999; 17: 706-18.
21. Djulbegovic B, Wheatley K, Clark O, bos G, Golschmidt , Cremer F, Alsina M et al. Bisphosphonates in multiple myeloma (cochrane Review). The Cochrane Library 2002, Issue 1. ■

*Autors: Raul Bonich Juan, Miquel Perona Bagán, Juan Carlos Mimoso,
Marta Baldomar España, Mar Ballester Torrens
del subgrup de Fotografia Clínica del grup de Dermatologia de l'SCMFIC.*

Pacient home de 64 anys sense antecedents d'interès
excepte hipertensió arterial tractada amb dieta.

Consulta per tumoració asimptomàtica
localitzada a la cara des de fa 15 dies.



A l'exploració s'observa un sol nòdul
de 1,5 cm de diàmetre del color de la pell
lleugerament vermell, arrodonit i dur a la palpació.
A la seva superfície s'observa un cràter central
amb una crosta que el cobreix.

Quina és l'orientació diagnòstica?

(Resposta a la pàgina 114, baix)

Lliurament dels premis de l'ACMCB.

Premi Jordi Gol i Gorina a la trajectòria professional i humana.

El propassat 27 de maig al Paranimf de la Universitat de Barcelona i durant les Jornades de Cloenda del Curs 2002-2003 de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, es van lliurar els premis de l'ACMCB, dels quals volem fer menció.

El premi Jordi Gol i Gurina a la trajectòria professional i humana va recaure en el Professor Ciril Rozman. Les paraules que va pronunciar en l'acte de lliurament del premi fan referència a la importància del metge de família tot i que a ell li agrada més el concepte de metge de persones pel contacte humà que té amb elles que no només tracta malalties sinó que potencia la salut, i és per això que les volem compartir amb tots els lectors del Butlletí:

"Distingides autoritats,

Constitueix per a mi un gran honor tenir l'oportunitat de pronunciar en aquest acte un breu parlament, tant en nom de tots els guardonats com en el meu propi. Les primeres paraules han de ser de profund agraïment a la Junta Directiva de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, i a tots els jurats que han pres la decisió de distingir les nostres trajectòries, activitats i treballs. Encara que en aquesta vida el més important és gaudir de la consciència tranquil·la i de la *percepció pròpia* de la feina ben feta, és perfectament lícit i humà sentir una satisfacció quan els *altres* ens fan objecte de reconeixement. I si els guardons procedeixen d'una institució tant important com és l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, aleshores la satisfacció es transforma en un legítim orgull. Tenim, doncs, sentiments de satisfacció i orgull, els quals ens obliguen a reiterar el nostre profund agraïment.

Permetin-me que a continuació em refereixi específicament al Premi "Jordi Gol i Gurina" amb el que m'ha distingit l'Acadèmia. En els temps actuals que es caracteritzen, més aviat per una escassa consideració dels personatges que ens han precedit, molts metges joves ignoren qui era Jordi Gol i Gurina i quines són les raons per les quals l'Acadèmia va instaurar aquest premi amb el seu nom. Vaig tenir l'oportunitat de compartir amb el Dr. Gol alguns pacients i també de coincidir amb ell en determinades activitats organitzades pel Col·legi de Metges. Aquestes circumstàncies personals em permeten copsar certs aspectes de la seva personalitat, així com el que va representar la seva figura. El Dr. Gol va viure entre 1924 i 1985; és a dir, 61 anys. Com a clínic, humanista i molt preocupat pels aspectes socials de la Medicina, va ser el paradigma de metge de capçalera, ofici que va exercir amb gran generositat fins als darrers minuts de la seva vida. Com li agradava dir-se i sentir-se, fou un metge de persones, una expressió molt encertada per definir una idònia relació amb el malalt. Poc després de la seva mort; és a dir, l'any 1987, per tal d'honorar la seva memòria, la nostra Acadèmia va crear el Premi a la trajectòria professional i humana que aquest any tinc l'honor de rebre. L'any 1995 i per la iniciativa de l'Institut Català de la Salut es va crear una Fundació, amb la finalitat de promoure la recerca en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut. L'esmentada fundació també va prendre el nom del Dr. Jordi Gol i Gurina, en homenatge de la seva tasca i figura com a un gran exemple pels metges de capçalera.

Totes aquestes circumstàncies fan que l'acte d'avui sigui molt pertinent per fer algunes consideracions sobre la importància i les característiques del metge d'assistència primària en el segle XXI. Entre els canvis experimentats a l'àmbit sanitari durant l'últim terç del segle XX, potser podríem assenyalar com fonamentals, els tres següents: 1r, s'han aconseguit espectaculars avenços en les ciències biomèdiques que han conduït a

ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA: QUERATOACANTOMA

Diagnòstics diferencials: Berruga vulgar, queratosi actínica, carcinoma espinocel·lular, carcinoma basocel·lular.

Tractament: Quirúrgic, per evitar lesió residual i confirmar diagnòstic per anatomia patològica.

la introducció d'eficaços mètodes d'exploració complementària, així com de nombroses modalitats terapèutiques, siguin farmacològiques, quirúrgiques, de substitució d'òrgans i d'altres; 2n, els avenços assenyalats han modificat les modalitats d'exercir la professió mèdica amb l'aparició d'innombrables subespecialistes; i 3r, els dos aspectes que acabo d'esmentar s'han associat a un fenomen en l'organització sanitària, l'anomenat hospitalocentrisme; és a dir, una gran èmfasi per desenvolupar tota l'assistència en el si dels hospitals, habitualment de tercer nivell.

Els canvis assenyalats s'han acompanyat d'un desorbitat augment dels costos del sistema sanitari, ja que els hospitals es fan cada cop més complexos i absorbeixen progressivament més recursos, tant materials com personals. L'espiral de la superespecialització condueix a extrems insospitables i així, prenen com a exemple la cardiologia: han sorgit al costat del cardiòleg general, el súper o ultraespecialista en ecocardiografia, l'expert en aritmies o electrofisiòleg o l'expert en cardiologia intervencionista, per esmentar només uns quants. Malgrat tot això, els recursos disponibles no experimenten un creixement paral·lel amb els fenòmens descrits, raó per la qual és necessari implantar polítiques de salut en què s'estableixin clarament les prioritats d'acord amb els criteris d'equitat, eficàcia i eficiència. Aquesta forma d'assistència sanitària altament tecnificada i centrada a l'àmbit de l'hospital, ha fet la medicina cada cop més deshumanitzada i poc satisfactòria per a la població atesa. Més encara, hi ha nombroses dades científiques que demostren que els increments de la complexitat i dels costos del sistema sanitari, no s'han vist reflectits en un augment paral·lel del nivell de salut de la població general.

Els dos factors assenyalats: manca d'humanisme i la consegüent insatisfacció de la població atesa, per un costat, i la insuficiència de recursos econòmics a disposició del sistema sanitari, per l'altre, fan palesa la necessitat de potenciar totes les activitats de l'atenció primària. L'enyorat metge de capçalera, sigui a l'àmbit rural o ciutadà, ha estat de sempre el pilar més important del sistema sanitari. Amb la seva capacitat d'aproximació integral als problemes dels pacients des de l'àmplia perspectiva bio-psico-social, juntament amb la constant disponibilitat, coneixement mutu amb els seus malalts i l'assistència permanent, ha dut a terme una tasca eficaç i satisfactòria per a la població. El metge de capçalera del segle XXI hauria de preservar totes aquestes virtuts que l'han adornat de sempre, però a la seva ja feixuga càrrega tindrà d'afegir una sèrie de característiques que seran pròpies de la manera d'exercir la nostra professió en el futur. Probablement, la més important és la d'ocupar-se no tant sols dels aspectes curatius, sinó també dedicar molts esforços a les tasques de prevenció de les malalties i promoció de la salut. El canvi terminològic d'*assistència primària a atenció primària* vol assenyalar justament aquest extrem, és a dir, no romandre tant sols en l'aspecte més clàssic del metge de capçalera que és el guariment de les malalties sinó estendre les seves activitats a les tasques de profilaxi i promoció sanitària. Aquest canvi es descriu amb la frase de "passar de malaltia individual a la salut col·lectiva", ja que en aquestes activitats complementàries s'inclouen les pre-

ocupacions pel sanejament bàsic, la salubritat de l'aigua, prevenció i control de les malalties endèmiques, l'educació sanitària i altres d'importància comunitària. Una nova característica addicional del metge de capçalera del segle XXI és la necessitat d'integrar-se en equips multidisciplinaris en els centres de salut, encara que tenint cura que el pacient no perdi la relació personal amb el seu metge. Una de les propietats de l'atenció primària així entesa és la d'integrar tots els elements de la promoció, prevenció, tractament, rehabilitació i reinserció social.

Degut a un nombre de reptes imposats per causes externes derivades dels canvis que està experimentant la societat actual, algunes grans organitzacions de Medicina Interna han difós recentment els principis que haurien de presidir la pràctica mèdica en el nou mil·lenni i que de alguna forma representen els fonaments perennes de la nostra professió. Quan mirant cap enrera recordo la figura d'en Jordi Gol i Gurina, considero que destacava justament per haver estat un exemple viu en el respecte d'aquests principis que són tres:

1^{er}. *Principi de primacia del benestar del pacient.* Aquest principi planteja la necessitat de què existeixi una dedicació absoluta a servir els interessos del malalt. L'altruisme contribueix a consolidar la confiança clau que ha d'existir en tota relació entre el metge i el pacient. Les forces del mercat, les pressions socials i les exigències administratives no han de posar en perill aquest principi.

2^{on}. *Principi d'autonomia del pacient.* Tots els metges han de respectar l'autonomia dels seus malalts. Els facultatius han de ser honestos amb els pacients i proporcionar-los-hi la informació necessària per tal que puguin prendre decisions ponderades sobre el seu tractament.

3^{er}. *Principi de justesa social.* La professió mèdica ha de promoure la justícia en el sistema d'atenció primària, inclosa la distribució justa dels recursos existents. És essencial que els metges participin activament en eliminar la discriminació en l'assistència mèdica, sigui per motius racials, sexuals, socioeconòmics, ètnics, religiosos o de qualsevol altre índole social.

Tinc l'íntima convicció que l'estricta respecte pels principis enunciats farà que els metges recuperin el prestigi social de professionals humanistes dels que fou en exemple tan destacat el Dr. Jordi Gol i Gurina".

El II Premi de Millora de la Qualitat en Atenció Primària de l'ACMB i la SCMFIC va recaure en el treball "*Tenen solució les visites fora d'agenda?*", realitzat a l'EAP Girona 4, CAP Taialà, per: Carme Mallorquí Bertrán, Joaquim Agustí Corredor, Alicia Comerme Méndez, Maria Adroher Muñoz, Montserrat Mas Marqués, Cristóbal Buñuel Alvarez, Pilar Pérez Muñoz i Carme Viñet Gelada.

Els resultats seran publicats properament al Butlletí.

A tots els autors: MOLTES FELICITATS!!!!

Consells per a la diarrea aguda de l'adult.

7

En aquest full li comentem una sèrie de mesures que poden fer-se a casa i que són útils per tractar diàrrees de pocs dies, en persones d'entre 15 i 65 anys, i que no tinguin altres malalties. Parlem d'aquelles diàrrees que no van acompanyades de febre alta persistent, sang, moc o pus en las deposicions ni de dolor abdominal fix, progressiu o continu, en les que, donat el cas, caldria consultar amb el seu metge de capçalera.

Segons la persona i la intensitat de la diarrea s' aconsellarà seguir alguns d'aquests consells o ser més estrictes i seguir-los tots.

1. Begui abundant líquid (uns 3 litres al dia):



- **Aigua:** Posi una mica de suc de llimona a l'aigua de beguda.

- **Infusions:** Es preparen deixant reposar uns minuts bosses d'infusió o trossos de planta en aigua que hagi bullit prèviament.

- **Aigua d'arròs:** Es prepara bullint un litre d'aigua amb un grapat d'arròs (uns 25 grams) durant trenta minuts, es cola i es deixa refredar abans de beure-s'ho.



També es pot preparar d'igual manera l'**aigua de pastanaga**.

- **Sèrum casolà:** En un litre d'aigua es posen dues cullerades soperes de sucre, mitja cullerada de sal, mitja cullerada de bicarbonat i una tassa de suc de llimona. S'ha de prendre gran quantitat d'aquesta llimonada si els vòmits o la diarrea són importants. A les farmàcies es ven un preparat comercial similar (per desfer 1 sobre en 1 litre d'aigua).

- Sempre que hi hagi vòmits, cal prendre els líquids a temperatura de nevera i de forma fraccionada; és a dir, unes dues cullerades cada 15 minuts. A mesura que vagi tolerant, s'anirà augmentant la quantitat ingerida (un glop, un gotet...).

2. Eviti el cafè, les coles i altres refrescos.

3. Comenci a menjar progressivament, amb menjars suaus del seu gust, com per exemple: poma al forn o bullida o ratllada, plàtan, codonyat,

arròs bullit, pastanaga bullida, brou vegetal amb fideus prims i sense oli, pa blanc torrat, sopes de pa amb farigola (timó). Si la diarrea va millorant, pot afegir patata bullida, verdures amb oli, pa integral, fruites, llet d'ametlles, peix bullit o a la planxa o al forn, pit de pollastre a la planxa, etc. No tingui por de menjar si li ve de gust i ho tolera bé.

4. **No prengui llet ni derivats, ni carn amb greix** fins uns dies més tard que la diarrea hagi acabat. En aquell moment podrà començar a prendre un o dos iogurs al dia i en els dies posteriors altres lactis i greixos.

5. Altres consells:

- Procuri descansar el que necessiti.
- **Per a evitar contagis,** cal que la persona malalta i tots els membres de la família es rentin les mans amb aigua i sabó abans dels menjars i després d'anar al wàter (sol ser provocada per un virus, i aquest s'elimina per la femta).
- Els banys de seient freds poden millorar les molèsties anals (irritació o encetat de la pell...) que produeix la diarrea.
- No és necessari, i millor evitar, la presa de medicació (antidiarreics, antibiòtics) per a la diarrea, si no és per recomanació del seu metge.

Sèrum casolà:
En un litre d' aigua es posa
dues cullerades de sucre,
mitja de sal, mitja
de bicarbonat i una tassa
de suc de llimona



J Ll Llor, L Alonso,
Grup de Digestiu de l'scmfic i Vocàlia de Comunicació de l'scmfic.

Consejos para la diarrea aguda del adulto.

7

En esta hoja le comentamos una serie de medidas sencillas que puede hacer en su casa y que son útiles para tratar diarreas de pocos días, en personas entre 15 y 65 años, y que no tengan otras enfermedades. Hablamos de aquellas diarreas que no se acompañen de fiebre alta persistente, moco, sangre o pus en las deposiciones ni dolor abdominal fijo, progresivo o continuo, en cuyo caso es recomendable que consulte a su médico.

Según la persona y la intensidad de la diarrea se aconsejará seguir algunos de estos consejos o ser más estrictos y seguirlos todos.

1. Beba abundante líquido (unos 3 litros al día):



- **Agua:** Ponga un poco de zumo de limón en el agua de bebida.
- **Infusiones:** Se preparan dejando reposar unos minutos bolsas de infusión o trozos de planta en agua que haya hervido.
- **Agua de arroz:** Se prepara hirviendo un litro de agua con un puñado de arroz (unos 30 gramos) durante treinta minutos, se cuela y se deja enfriar antes de tomarlo.

También se puede prepara

del mismo modo el **agua de zanahoria**.

- **Suero casero:** En un litro de agua se ponen dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharilla de sal, media cucharilla de bicarbonato y una taza de zumo de limón. Hay que tomar gran cantidad de esta limonada, si los vómitos o diarrea son importantes. En las farmacias se vende un preparado comercial similar (para deshacer 1 sobre en 1 litro de agua).
- Siempre que haya vómitos, hay que tomar los líquidos a temperatura de nevera y de forma fraccionada, es decir a razón de dos cucharadas cada 15 minutos. A medida que se tolere, se irá aumentando la cantidad ingerida (un sorbo, un vasito...).

2. Evite el café, las colas y otros refrescos.

3. **La alimentación**, empiece de forma progresiva con comidas suaves de su gusto, como por ejemplo: manzana al horno o hervida o rayada, plátano, membrillo, arroz hervido, zanahoria hervida, caldo

vegetal con fideos finos y sin aceite, pan blanco tostado, sopas de pan con tomillo. Si la diarrea va mejorando, puede añadir patata hervida, verduras con aceite, pan integral, frutas, leche de almendras, pescado hervido o a la plancha o al horno, pechuga de pollo a la plancha, etc. No tenga miedo de comer, si le apetece y si le sienta bien.

4. **No tome leche ni sus derivados, ni carne con grasa** hasta pasados unos días desde que acabó la diarrea. Luego podrá empezar por uno o dos yogures al día y en los días siguientes los otros lácteos y grasas.

5. Otros consejos:

- Procure descansar lo necesario.
- Es necesario, **para evitar contagios**, que la persona enferma y todos los miembros de la familia se laven las manos con agua y jabón antes de las comidas y después de ir al retrete (suele ser provocada por un virus, y éste se elimina por las heces).
- Los baños de asientos fríos le pueden mejorar las molestias anales (irritación de la piel, escocido...) que produce la diarrea.
- No es necesario y mejor evitar que tome medicación (antidiarreicos, antibióticos) para la diarrea, si no se lo recomienda su médico.

Suero casero:

En un litro de agua se pone dos cucharadas de azúcar, media de sal, media de bicarbonato y una taza de zumo de limón



J Ll Llor, L Alonso,

Grup de Digestiu de la scmfic i Vocalia de Comunicació de la scmfic.