

**Volum 22 n° 1**

**febrer 2004**

<b>Editorial</b>	IV Jornada d'actualització en terapèutica.	<b>2</b>
<b>Treballs Originals</b>	Què fem quan ens equivoquem? Reaccions emocionals davant els errors mèdics.	<b>3</b>
<b>De l'evidència científica a la pràctica clínica</b>	Fibra i càncer colorectal.	<b>6</b>
<b>Casos Clínics</b>	Diarrea i síndrome tòxica en home de 56 anys.	<b>9</b>
	Dona d'edat avançada amb les mans tumefactes i adolorides.	<b>11</b>
	Displàsia fibrosa craneofacial.	<b>14</b>
<b>Revisions</b>	Darreres novetats en dislipèmia.	<b>17</b>
<b>Entrevista a...</b>	Marta Beltran.	<b>19</b>
<b>La imatge</b>	Pacient dona de 65 anys de pell clara.	<b>21</b>
<b>Activitats de la Societat</b>	Històric de l'SCMFiC en Cooperació Sanitària Internacional 1999-2002.	<b>23</b>
<b>Article especial</b>	Ésser i fer de metge no és fàcil i resignar-s'hi no ho hauria d'ésser.	<b>25</b>
<b>Fulls d'Informació per a Pacients de l'scmfic</b>	Cistitis.	<b>27</b>
	Cistitis.	<b>28</b>
	Reflux gastroesofàgic (les cremors).	<b>29</b>
	Reflujo gastroesofàgico (los ardores).	<b>30</b>

Butlletí editat per:

**Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària**

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

e-mail. scmfic @ scmfic.org

© scmfic Reservats tots els drets

**Junta Permanent:**

*President:* Daniel Ferrer-Vidal i Cortella  
*Vice-presidents:* M. Dolors Forés i García  
*Secretari:* Laura Sebastian i Montal  
*Vice-secretari:* Carles Alsina i Navarro  
*Tresorer:* Ramon Velayos i Balcells  
*Vocals:* Sílvia Zamora i Mestre  
 Mònica Papiol i Rufias  
*Gerent Fundació d'AP:* Santiago Rico de Ros

**Comitè Editorial:**

*Director:* Joan Lozano i Fernández  
*C. Editorial:* Carles Llor i Vilà  
 Rosa Pou i Vila  
 Ramon Morera i Castell  
 Xavier Bria i Ferré  
 Ernest Vinyoles i Bargalló  
 Mènci Benítez Camps  
 Mireia Sans i Corrales  
 Miquel Àngel Martínez i Adell  
 Ester Duran i Navarro  
 Raül Bonich i Juan  
*Secretària:* Mercè Déu i Martínez

**Seccions:**

*Recerca:* Jesus Pujol i Salud  
*Docència:* Feliu Aliaga i Felma  
*Comunicació:* Josep Lluís Ballvé i Moreno  
*Residents:* Xavier Casaña i Ferrer

**Vocalies territorials:**

*Anoia:* Josep Alins i Presas  
*Garraf:* Cristina Gallardo i Sánchez  
*Girona:* Pascual Solanas i Saura  
*Lleida:* Gisela Galindo i Ortego  
*Maresme:* Pere Torán i Monserrat  
*Osona:* Antoni Iruela i López  
*Tarragona:* Josep Basora i Gallissà  
*Terres de l'Ebre:* Francesc Arasa i Panisello  
*Vallès Occidental:* Montserrat Baré i Mañás  
*Vallès Oriental:* Eulàlia Cladellas i Oliveras

**Enllaços amb el Butlletí:**

<i>Acreditació Activitats:</i> Marta Piró i Ibáñez	<i>Gent gran:</i> Mònica Papiol i Rufiàs
<i>Adolescència:</i> Rosario Jiménez i Leal	<i>Hipertensió arterial:</i> Joan Bayó i Llibre
<i>Alcohol:</i> Rosa Freixedas i Casaponsa	<i>Infecçioses</i>
<i>Anticoagulació oral:</i> Jordi Altirriba i Vives	<i>(GERMIAP):</i> Isabel González i Saavedra
<i>APOC:</i> Isabel Montaner i Gomis	<i>Malalties del cor:</i> Valeria Pacheco i Huergo
<i>Asma:</i> Anna Moretó i Reventós	<i>MBE:</i> Mènci Benítez i Camps
<i>ATDOM:</i> Antonio Aranzana i Martínez	<i>Osteoporosis:</i> Cristina Carbonell i Abella
<i>Cerebro-vascular:</i> María Teresa Alzamora i Sas	<i>Patologia digestiva:</i> Gerard Martínez i Sánchez
<i>Comitè de prova:</i> Elisenda Florensa i Claramunt	<i>Patologia prostàtica:</i> Elisenda Sant i Arderiu
<i>Comunicació i salut:</i> Josep Massons i Cirera	<i>Qualitat:</i> Miquel Reguant i Fosas
<i>Cooperació internacional</i>	<i>Reumatologia:</i> Xavier Mas i Garriga
<i>(COCCOPSI):</i> Maria José Llorens i Morales	<i>Risc Cardiovascular:</i> Josep Franch i Nadal
<i>Dermatologia:</i> Raül Bonich i Juan	<i>Salut mental:</i> Albert Grau i Ruvireta
<i>Diabetis (GEDAPS):</i> Pilar Roura i Olmeda	<i>Tabaquisme</i>
<i>Dislipèmies:</i> César Asenjo i Vázquez	<i>(GRAPAT):</i> M. Carmen Cabezas i Peña
<i>Exercici Físic i Salut:</i> Óscar Peda i Chimenis	<i>Urgències:</i> Pedro Cabrero i Sobrino
<i>Farmàcia:</i> Julio González i Algas	<i>VIH:</i> José Manuel Castillejo i Medina

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

Tel. 933 011 777 • Fax 933 181 001

D.L. B-17664-1988 Suport vàlid

## Editorial

### IV Jornada d'actualització en terapèutica

El divendres 12 de març de 2004 s'efectua en horari de matí (9:30-13:45h) i de tarda (15-19:15h) una nova edició de la Jornada d'Actualització en Terapèutica que es ve realitzant des de fa quatre anys de manera ininterrompuda. Aquesta vegada es repeteix també en horari de tarda per a les persones que treballen al matí i es fa com en l'any passat al Col·legi de Metges de Barcelona, en el Pg. de la Bonanova. Enguany es tracten els següents temes:

#### TAULA I

- Actualització en el tractament de la obesitat.  
*Dra. Estrella Barceló, Fundació Institut Català de Farmacologia.*
- Actualització en taules de risc cardiovascular:  
Quan cal plantejar el tractament hipolipemiant?  
*Dr. Carlos Brotons, scmfic.*
- Actualització en el tractament de la diabetis.  
*Dr. Josep Franch, scmfic.*
- Actualització en la prevenció primària de la cardiopatia isquèmica amb antiagregants.  
*Dra. Antònia Agustí, Fundació Institut Català de Farmacologia.*

#### TAULA II

- Nous fàrmacs per a l'MPOC.  
*Dr. Pere Simonet, scmfic.*
- Actualització en la prevenció de les fractures òssies.  
*Dra. Cristina Carbonell, scmfic.*
- Actualització en el tractament de la depressió.  
*Dra. Dolores Rodríguez, Fundació Institut Català de Farmacologia.*

Enguany s'utilitza una metodologia interactiva, de manera que s'utilitzen marcadors electrònics per tal de copsar l'opinió abans de cada intervenció sobre temes cabdals i que generen controvèrsia. Es preveu que en el segon número del Butlletí d'enguany s'incloguin els resums de cadascuna de les ponències.

Esperem que la jornada sigui profitosa!!

Comitè Editorial

# Què fem quan ens equivoquem? Reaccions emocionals davant els errors mèdics.

Francesc Borrell Carrió,

Carme Páez Regadera,

Jordi Argimon Font,

Neus Gil Terrón,

Magdalena Martí Nogués,

Jordi Matamoros Iraola

EAP Gavarra, ICS.

## Resum

**Objectiu:** Conèixer l'impacte emocional dels errors mèdics i la resposta que els professionals en donem.

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

**Emplaçament:** Atenció primària de salut

**Subjectes:** Metges titulars dels Equips d'Atenció Primària de la Regió Sanitària Costa de Ponent (61 centres).

**Intervenció:** Vàrem enviar una carta personalitzada a cada metge (717 cartes), en 2 remeses, en 2 mesos de diferència entre cada remesa (1.534 cartes en total). Es demanava que contestessin sobre la percepció dels errors clínics.

**Resultats:** Varen contestar 238 professionals (33,2% de les enquestes enviades). El 28% dels enquestats declaraven que mai no havien comès cap error clínic, mentre que un 33% declaraven recordar-ne algun en el darrer any. La reacció més freqüent davant la percepció d'un error clínic era intentar contactar de seguida amb el pacient (80%) i comentar el cas amb l'equip (41%), amics (33%) o familiars (19%). Només un 19% dels enquestats admetien que després de reflexionar es quedaven tranquils, mentre que un 8,6% tenien pensaments depressius. Només un 7% admetien que un error els portava a exagerar posteriorment les mesures de tipus medicina defensiva.

**Conclusions:** Un 33% dels enquestats declara haver-ne comès algun error en el darrer any mentre que neguen haver-ne tingut un 28%. Malgrat que la percepció que se'n té dels errors comesos representa una patacada a l'autoestima del professional, la reacció més freqüent és donar la cara. La major part d'ells pensen que la causa més freqüent dels errors es deu a la pressió assistencial.

## Introducció

**E**ls metges indubtablement anem molt en compte de no equivocar-nos, però la complexitat creixent dels protocols, dels quadres clínics i una pressió assistencial molt elevada, entre altres factors<sup>1</sup>, ens porta a cometre errors<sup>2</sup>. No sempre els errors

són percebuts pel metge o pel pacient, però quan queda clar que hi ha hagut un error, sens dubte, el professional pateix un important impacte psicològic. Encara que el tema té una importància cabdal, poca recerca hi ha en el nostre país. En el 1996 vàrem fer una primera aproximació, enquestant 212 professionals dels que varen respondre 82<sup>3</sup>. En el present treball repetim els objectius que aleshores en varen inspirar: 1) explorar l'impacte emocional dels errors<sup>4</sup> i, 2) la resposta que els professionals en donem.

## Metodologia

Vàrem enviar una carta personalitzada a cadascun dels metges titulars dels Equips d'Atenció Primària de la Regió Sanitària Costa de Ponent, es van remetre les cartes a 61 Àrees Bàsiques on demanàvem de respondre a una enquesta anònima relativa a la percepció dels errors clínics. En total vàrem enviar 717 cartes adreçades a cada metge titular de la Regió Costa de Ponent en dues remeses, en 2 mesos de diferència entre cada remesa (1.534 cartes en total). Les cartes eren enviades al propi Centre de Salut, i eren distribuïdes pel Director de l'Equip, amb el que prèviament ens havíem posat en contacte. Hem rebut en tot moment el suport explícit i públic dels responsables de l'Àmbit i dels diferents SAP implicats.

## Resultats

Varen contestar 238 professionals (33,2% de les enquestes enviades). 116 enquestats eren homes (48,9%) i 129 de les respostes procedien de metges amb el MIR de família (54%). La mitjana d'edat era de 42,6 anys  $\pm$  7,7 anys, amb 14,3  $\pm$  8,7 anys de professió.

El 28% dels enquestats declaraven que mai no havien comès cap error clínic, mentre que un 33% declaraven recordar-ne algun en el darrer any. La reacció més freqüent davant la percepció d'un error clínic era intentar contactar de seguida amb el pacient (80%) i comentar el cas amb l'equip (41%), amics (33%) o familiars (19%). Només un 19% dels enquestats admetien que després de reflexionar es quedaven tranquils, mentre que un 8,6% tenien pensaments depressius, com ara: "no valc per a aquesta feina", o bé, amb pensaments de deixar la profes-

sió, o pensaments obsessius (28,8%). Només un 7% admetien que un error els portava a exagerar posteriorment les mesures de tipus medicina defensiva (per exemple, demanar més proves). Les causes identificades com a generadores d'errors queden resumides a la taula I.

## Discussió

La present enquesta és la més àmplia realitzada a Catalunya en el seu gènere. Això, en principi, ens fa ser optimistes en relació a la validesa de les dades obtingudes, tot i que tenim diverses limitacions: a) la percepció subjectiva en un tema dolorós com és el que tractem, pot ser força diferent a la realitat; b) tot i que l'enquesta era anònima, alguns professionals podien malfiar de com podrien ser emprats els resultats, portant-los a infravalorar o sobrevalorar determinades respostes per tal de donar una millor imatge; c) finalment una enquesta en general és contestada amb pressions.

El dibuix que surt és el d'una mostra de metges madurs, amb més de 10 anys de pràctica professionals, dels que gairebé la meitat no tenen la residència de Medicina de Família. Considerem que és molt difícil no haver-nos equivocat mai, motiu pel que qualifiquem el 28% de metges que no recorden cap error com a "negadors". En sentit invers qualifiquem de "perceptors" el 33% que declara haver-ne comès algun en el darrer any. Aquest resultat és diferent a l'obtingut en el 1996, en què només eren negadors el 18,3% de la mostra. Ja en aquella enquesta<sup>3</sup> un 7,3% declaraven haver pensat a deixar la professió després de cometre un error. Aquests pensaments tristos, de baixa autoestima, es repeteixen en el present treball. La percepció d'error clínic és una autèntica patada a l'autoestima del professional, però així i tot sembla que la reacció més freqüent és donar la cara, ja

sigui tractant de localitzar el pacient. Sens dubte, aquesta actitud és la millor, tant des de la perspectiva ètica com a tall d'evitar reclamacions judicials. El baix percentatge de metges que admeten reaccions pròpies de medicina defensiva, com el fet de demanar més proves complementàries sense justificació racional, moguts bàsicament per la por, ens fa pensar que potser aquest tipus de reaccions es produeixen en el moment més immediat, i s'extingeixen en un termini més ampli. En aquest cas l'enquesta estaria posant de relleu aquest termini de temps més ampli.

És notori que la majoria dels enquestats pensaven que la pressió assistencial és la causa més freqüent dels errors. Les causes que impliquen el que els psicòlegs socials en diuen *locus intern*, ocupen les darreres posicions (m'atabalo, sóc poc sistemàtic), tot i que es reconeix la manca d'experiència clínica (33%).

Finalment, encoratgem a la nostra institució a tractar aquesta temàtica que tant preocupa als metges, com queda palès en el present treball, intervenint en els factors identificats com a generadors d'errors. D'entre ells, en destaca la pressió assistencial. Possiblement hauríem de trobar un sistema per tal que els casos potencialment greus fossin separats de les agendes atapeïdes que tenim dia rera dia. Una preselecció de casos podria detectar de manera sensible aquells pacients amb més repte diagnòstic o terapèutic, situant-lo de manera automàtica en franques horàries on el metge estigués menys estressat. També els sistemes que hem anomenat "agendes intel·ligents"<sup>5</sup>, i disposar dels recursos humans i materials imprescindibles, amb un programa de formació específic en el tema que ens ocupa, fóra molt ben vingut.

**Taula I** Causes identificades com generadores d'errors clínics.

Causa	Percentatge de metges que identifiquen la causa
<b>Pressió assistencial</b>	<b>84%</b>
<b>Manca d'experiència clínica</b>	<b>33%</b>
<b>Mala organització</b>	<b>29,4%</b>
<b>Poca formació continuada</b>	<b>19,3%</b>
<b>Sóc poc sistemàtic</b>	<b>16,7%</b>
<b>M'atabalo</b>	<b>6,8%</b>

## Bibliografia

1. Criado del Río MT. Error médico: evitable e inevitable. Med Clin (Barc) 2000; 115: 137-140.
2. Hofer TP, Kerr EA, Hayward RA. What is an error? Eff Clin Pract 2000; 3: 261-269.
3. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, León M. Errors clínics percebuts pel metge de capçalera. Salut Catalunya 1996; 10: 22-25.
4. Carvallo A. Ethical reflections on errors in medicine. Rev Med Chil 2001; 129: 1463-1465.
5. Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. Aten Primaria 2001; 27: 343-345. ■

# Fibra i càncer colorectal.

Dr. Xavier Bria,

EAP Muralles.

## Introducció i hipòtesi de recerca

**E**l càncer colorectal és una causa major de morbi-mortalitat en els països industrialitzats. A més a més, en els darrers anys la recomanació d'una dieta rica en fibra per a la prevenció del càncer colorectal ha estat controvertida. Evidència experimental suporta la hipòtesi de què la fibra en la dieta pot protegir del desenvolupament d'un càncer colorectal, però moltes dades epidemiològiques s'han mostrat poc concloents. Això fa que molts professionals continuïn aconsellant als seus pacients dietes amb un contingut en fibra abundant, mentre d'altres prefereixen no fer aquesta recomanació degut al creixent nombre de publicacions en els últims anys que posen en dubte l'eficàcia d'aquest consell dietètic. És per tot això que ens fem les següents preguntes: És efectiva una dieta rica en fibra per a la prevenció del càncer colorectal? Quin és el millor consell que un clínic pot donar als seus pacients?.

## Elements de les preguntes clíniques

Problema de salut: Càncer colorectal.

Característiques dels pacients: Humans, ambdós sexes.

Intervenció d'estudi: fibra a la dieta.

Mesura del resultat: incidència i/o recurrència d'adenomes, incidència de càncer colorectal. Els resultats d'assaigs clínics es presenten en forma de riscos relatius (RR) amb l'interval de confiança al 95% (IC 95%); en estudis de casos i controls es presenten les *odds ratio* amb l'interval de confiança al 95% (IC 95%).

## Estratègia de recerca i resultats

La cerca bibliogràfica es va fer el 5 de novembre de 2003. En primer lloc es va utilitzar la base de dades MEDLINE mitjançant el programa Pubmed de la *National Library of Medicine*, tractant d'identificar els elements fonamentals de la pregunta clínica. En l'estratègia de recerca la mesura dels resultats s'acotà en funció del tipus d'estudi. Vàrem cercar assaigs clínics controlats, metaanàlisis, articles de revisió, estudis de cohorts i estudis de casos i controls. No es van posar límits en el sexe ni idioma. L'acotació temporal es va fer des de 2000 a 2003, ja que vàrem considerar que d'aquesta forma obtindríem el volum suficient d'articles per respondre a la nostra pregunta.

L'estratègia fou la següent:

	<b>Resultats</b>
• Search fibre AND colorectal AND cancer Field: All Fields, Limits: Publication Date from 2000 to 2003, Clinical Trial	4
• Search fibre AND colorectal AND cancer Field: All Fields, Limits: Publication Date from 2000 to 2003, Meta-Analysis.	0
• Search fibre AND colorectal AND cancer Field: All Fields, Limits: Publication Date from 2000 to 2003, Review	12
• Search fibre AND colorectal AND cancer Field: All Fields, Limits: Publication Date from 2000 to 2003	37

Evidentment, del total d'articles obtinguts vam eliminar tots aquells que no estaven relacionats amb les preguntes clíniques originals i ens vàrem quedar amb un total d'una revisió sistemàtica/metaanàlisi (Cochrane), 1 revisió d'estudis de cohorts i casos-control, 3 estudis de cohorts prospectius, i 2 estudis de casos i controls. Per completar la nostra cerca vàrem consultar la *Cochrane Database of Systematic Reviews*, essent l'estratègia de cerca la mateixa: fibre AND colorectal AND cancer. A la Cochrane vàrem obtenir 1 única metaanàlisi, que a més a més ja havíem identificat en la cerca al Medline.

## Discussió

El primer treball que comentarem és un estudi de cohorts prospectiu en el context d'un macroestudi de cohorts fet a Holanda sobre dieta i càncer<sup>1</sup>. Aquests estudi, publicat al desembre del 2000, va recollir 1.000 casos incidents de càncer colorectal després de 6,3 anys de seguiment. A tots els pacients se'ls va passar un qüestionari validat de 150 ítems sobre hàbits dietètics i després d'ajustar per edats, sexe, consum d'alcohol i antecedents familiars, es calculà el risc relatiu (RR) amb un IC al 95%. Els resultats d'aquest estudi foren poc esperançadors. No es varen trobar associacions estadísticament significatives entre desenvolupament de càncer de còlon i consum total de vegetals o fruites. Només es va trobar una lleu associació inversa entre consum combinat de vegetals i fruites en dones (RR: 0,66; IC: 0,44-1,01). Les associacions foren majors per als tumors distals de còlon que per als proxi-

mals. En el cas del càncer de recte no es va trobar cap tipus d'associació. Els autors d'aquests estudi es van sorprendre al veure que la relació inversa entre consum de vegetals i fruites amb el càncer colorectal va ésser menys forta que les relacions aportades per estudis de casos i controls previs.

Per si els resultats d'aquest estudi foren poc alleujadors, a l'octubre del 2001 a la *Cochrane Database of Systematic Reviews*, es va publicar una revisió sistemàtica i metaanàlisi que oferia resultats semblants<sup>2</sup>. En aquest treball es va intentar comprovar l'efecte de la fibra a la dieta en la incidència o recurrència d'adenomes colorectals, en la incidència de càncer colorectal i el desenvolupament d'efectes adversos. Només es varen cercar assaigs clínics controlats. Els subjectes inclosos havien d'ésser pacients amb història prèvia de pòlip adenomatós sense història prèvia de càncer colorectal i/o pacients amb colonoscòpia neta a l'inici de l'estudi. Les variables primàries que es valoraven eren l'aparició d'adenomes únics o múltiples, així com llur grandària i l'aparició de nous càncers colorectals. Les variables secundàries foren el nombre d'efectes adversos. El període de seguiment màxim fou de quatre anys. Després d'una important tasca de recerca només es varen trobar 5 assaigs clínics que acomplien els criteris d'inclusió. Aquests assaigs implicaven un total de 4.349 pacients. Al combinar les dades no es van trobar diferències entre la intervenció i els grups de seguiment en cap de les variables primàries ni secundàries. Al ordenar les variables primàries en: aparició d'un adenoma, aparició de més d'un adenoma i aparició d'almenys un adenoma de més d'un centímetre; no es va trobar cap RR significatiu (RR: 1,04, IC: 0,95-1,13; RR: 1,02, IC: 0,89-1,17; RR: 0,94, IC 0,77-1,15, respectivament). Tampoc varen haver RR significatius ni per al càncer colorectal ni per als efectes secundaris. Després d'aquest esforç de cerca, els autors van haver de concloure que no hi havia evidència provenint d'assaigs clínics que suggerissin que un increment en la ingesta de fibra disminuís la incidència o recurrència d'adenomes així com la incidència de nous casos de càncer colorectal en un període de seguiment de 2 a 4 anys. Val a dir que està prevista una actualització d'aquesta revisió durant l'any 2004.

Al març del 2003, s'ha publicat una revisió molt interessant sobre l'evidència epidemiològica de determinats aspectes dietètics, pes i activitat física com a inductors del càncer colorectal<sup>3</sup>. L'autor Giovannucci E, parla d'un clar increment del risc quan existeix inactivitat física i/o excés de greix corporal de predomini central. També parla de la hiperinsulinèmia secundària a la ingesta de carns vermelles, greixos saturats i hidrats de carboni altament processats, com a factor de risc important, així com determinats components de les carns vermelles. D'altra banda, alguns micronutrients com el folat i el calci poden tenir un efecte protector. L'alcohol sembla que incrementa el risc precisament perquè té propietats antifolat, i a més a més, el consum d'alcohol s'associa amb un baix consum de folats. Al parlar de la fibra, l'autor diu que la majoria d'estudis epidemiològics recents no han evidenciat una influència forta en la prevenció del càncer colorectal; no obstant això, com que la fibra té d'altres beneficis per a la salut s'hauria de recomanar la seva ingesta. Finalment l'autor conclou la seva revisió dient que la majoria de càncers colorectals podrien prevenir-se augmentant el consum dels nutrients comentats i disminuint el consum d'alcohol i tabac.

Un mes més tard de la publicació d'aquesta revisió, es va publicar un estudi de cohorts prospectiu fet al Japó, en

el que es va mirar si hi havia relació entre l'alçada, el pes, l'IMC, el consum d'alcohol i el tabac, amb el desenvolupament de càncer colorectal<sup>4</sup>. En aquest estudi es va fer un seguiment a 29.051 pacients durant un període de 7 anys. A l'inici se'ls va passar un qüestionari dietètic que va servir per poder estratificar als pacients. Els resultats de l'estudi es van presentar en forma de riscos relatius, els quals van ser calculats mitjançant regressió de Cox, amb el seu IC al 95%. Un cop es va ajustar per edat, IMC, consum de tabac, alcohol i anys d'educació, es va trobar una relació positiva entre alçada i càncer (RR: 2,13, IC: 1,26-3,58) al comparar els més alts amb els més baixos. També es va trobar una associació positiva de l'IMC i el tabac amb el sexe masculí, així com entre la dosi d'alcohol i tots dos sexes.

Fins ara, els estudis comentats no han trobat una clara associació entre fibra i càncer colorectal, fins i tot hi ha estudis que no n'han trobat cap. Però ha estat al maig del 2003, quan han aparegut tres estudis molt importants i que val la pena comentar-los. El primer d'ells és un estudi de casos i controls fet a nivell hospitalari al Taiwan<sup>5</sup>. Aquest estudi pretenia esbrinar si la dieta i l'estil de vida es relacionaven amb el risc de càncer colorectal. Com a casos es varen agafar a 352 pacients amb càncer de còlon i 375 amb càncer rectal histològicament confirmats entre el 1995 i 1999, i com a control s'agafaren 736 pacients sans reclutats per la clínica de reconeixements de salut del propi hospital. Tots els pacients varen ser estratificats per edat i sexe, i a tots se'ls va passar un qüestionari estandaritzat sobre factors dietètics i estils de vida. Per calcular l'*odds ratio* amb un IC al 95% es va emprar una regressió logística múltiple. Un cop dut a terme l'estudi es van trobar els següents resultats:

- El risc de càncer de còlon i recte va estar inversament relacionat amb el consum de vegetals i fruites en ambdós sexes. L'OR entre el consum més alt de fibra i el més baix va ser de 0,36 (IC 0,21-0,61) en els homes, i de 0,32 (IC 0,19-0,56) en les dones.
- El tertíl més alt versus el més baix quant al consum de carn va estar associat a un risc significativament augmentat de càncer de còlon i recte en tots dos sexes (per al de còlon OR 1,85 i 2,29 respectivament), (per al de recte OR 2,32 i 2,42 respectivament).
- El risc de càncer també va augmentar amb l'escàs exercici, consum baix o moderat de cafè, consum de tabac i alcohol, i el descens del consum de peix entre els homes.

Finalment, els autors d'aquest estudi arriben a la conclusió de què el consum de vegetals i fruita, així com l'exercici i el menor consum de carn, estaven associats a una incidència reduïda de càncer colorectal entre els taiwanesos.

El segon estudi de gran importància publicat el maig del 2003 ha estat un estudi de cohorts prospectiu en el que han participat 10 països europeus<sup>6</sup>. En aquest estudi es va examinar l'associació entre la ingesta de fibra a la dieta i càncer colorectal en 519.978 persones entre 25 i 70 anys. Els participants van emplenar una enquesta dietètica entre 1992 i 1998 i foren seguits per valorar la incidència de càncer. Aquests estudi estava dintre de l'"*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)*". Els RR en aquest estudi varen ser obtinguts a partir de la ingesta de fibra categoritzada per sexes, cohorts categoritzades en quintils segons el consum de fibra i models lineals relacionant la *hazard ratio* amb la ingesta de fibra expressada com una variable con-

tínia. El seguiment fou de 1.939.011 persones-any, i s'incloueren per a l'anàlisi dades de 1.065 casos apareguts de càncer colorectal.

Els resultats obtinguts foren els següents:

- El RR dels qui prenién més fibra versus els del quintil més baix fou de 0,75 (IC: 0,59-0,95), essent l'efecte protector major en el còlon esquerre i menor en el recte. Dit d'una altra manera, els que prenién més fibra (33 g/dia) varen tenir una incidència un 25% menor de càncer que els que en prenién menys (12 g/dia).
- Després de correccions estadístiques per als diferents mètodes emprats en la recollida de dades entre els diferents països, el RR dels qui prenién més fibra versus els qui en prenién menys fou de 0,58 (IC: 0,41-0,85).

Per tant la conclusió dels autors fou que, en poblacions amb baixa ingesta de fibra, doblant la quantitat de fibra en els àpats, es podria disminuir el risc de càncer colorectal en un 40%.

El darrer estudi que comentarem i que també va ser publicat el maig del 2003, és un estudi de casos i control que es va fer en el context d'un macroestudi d'*screening* de càncer de pròstata, pulmó, còlon-recte i ovari<sup>7</sup>. En aquest estudi es va comparar mitjançant un qüestionari de 137 ítems d'hàbits alimentaris, la quantitat de fibra presa per 33.971 persones que tingueren un sigmoidoscòpia flexible negativa i 3.591 persones que tingueren com a mínim un adenoma verificat histològicament (colon descendent, sigma o recte). L'*odds ratio* va ser estimada per regressió logística. Els resultats foren els següents:

- Les persones que prenién més fibra (36 g/dia) tingueren un 27% (IC: 14-38%) menys d'incidència d'adenoma que els que en prenién menys (12 o menys g/dia).
- El risc fou similar per a adenomes evolucionats o inicials.
- El risc d'adenoma rectal no va estar significativament associat al consum de fibra.
- Quan es va tenir en compte el tipus de fibra, es va veure que la provinent de cereals/grans i fruites estava significativament associada a un menor risc d'adenoma, però la que provenia de vegetals i llegums no.

Les conclusions dels autors van ser clares: la fibra en els àpats, particularment la procedent de fruites i cereals/grans, està associada a un descens del risc d'adenoma distal de còlon.

## Conclusions

### Implicacions pràctiques

Després dels resultats d'aquesta revisió ens pot quedar el dubte de quina recomanació fer als nostres pacients, ja que alguns estudis no han trobat cap relació o molt poca entre fibra i càncer colorectal, mentre que els últims més recents sí que n'han trobat. A què pot ser deguda aquesta confusió entre els diferents estudis, que a més a més han estat duts a terme per equips molt respectables? Sabem que el consum de fibra està relacionat amb altres components de les plantes que poden tenir un efecte beneficiós i que és difícil discernir entre ells (folats, vitamines, fitoelements, etc.). D'altra banda, molta gent que consumeix abundant fibra també és possible que mengin menys carn vermella, beguin i fumin menys i facin exercici regularment. Tots ells, factors conductuals que redueixen el risc de càncer. Per tant, és possible que la diferència entre estudis es degui al diferent grau de control que els investigadors han tingut sobre aquests factors dietètics i d'estil de vida, que poden ser importants factors de confusió. Això també implica que no hauríem d'atribuir cap associació amb cap nutrient en particular fins que no es demostrï de forma consistent amb diferents dissenys d'estudi.

Quin seria doncs, el millor consell per als nostres pacients? En vista dels resultats dels estudis comentats i independentment de les raons que puguin justificar les seves diferències, sembla sensat dir que menjar una dieta rica en fibra procedent de fruites i cereals/grans, probablement sigui la millor opció per reduir el risc de càncer de còlon.

### Implicacions per a la recerca

Degut a que la màxima evidència per a estudis de prevenció prové de les revisions sistemàtiques (amb homogeneïtat) d'assaigs clínics controlats aleatoritzats, s'hauria d'intentar fer algun assaig multicèntric amb un nombre important de pacients i que tingués en compte tots els possibles factors de confusió esmentats en la revisió (tabac, alcohol, exercici, ingesta de carns vermelles, etc.). D'altra banda, s'hauria d'intentar que el període de seguiment fóra superior als 4 anys, que és el període màxim que es comenta en la revisió de la Cochrane.

També s'haurien de fer més estudis de cohorts com el publicat en el *Lancet* per Bingham SA et al, per comprovar si els resultats són els mateixos i per poder fer revisions sistemàtiques d'estudis de cohorts, ja que els seus resultats implicarien nivells d'evidència 2a.

## Taula I Evidència segons els estudis.

	Tipus d'estudi	Grau de recomanació	Nivell d'evidència
Voorrips LE et al.	Cohorts prospectiu	B	2b
Asano TK et al.	Revisió sistemàtica i metaanàlisi	A	1a
Giovannuci E et al.	Revisió d'estudis de cohorts i casos control	B	2a i 3a
Shimizu N et al.	Cohorts prospectiu	B	2b
Yeh CC et al.	Casos i controls	B	3b
Bingham SA et al.	Cohorts prospectiu	B	2b
Peters U et al.	Casos i control	B	3b



## Bibliografia

1. Voorrips LE, Goldbohm RA, van Poppel G, Sturmans F, Hermus RJ, van den Brandt PA. Vegetables and fruit consumption and risks of colon and rectal cancer in a prospective cohort study: The Netherlands Cohort Study on Diet and Cancer. *Am J Epidemiol*. 2000 Dec 1;152(11):1081-92.
2. Asano TK, McLeod RS. Dietary fibre for the prevention of colorectal adenomas and carcinomas. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2).
3. Giovannucci E. Diet, body weight, and colorectal cancer: a summary of the epidemiologic evidence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003;12(2):173-82.
4. Shimizu N, Nagata C, Shimizu H, Kametani M, Takeyama N, Ohnuma T, Matsushita S. Height, weight, and alcohol consumption in relation to the

risk of colorectal cancer in Japan: a prospective study. *Br J Cancer*. 2003;88(7):1038-43.

5. Yeh CC, Hsieh LL, Tang R, Chang-Chieh CR, Sung FC. Risk factors for colorectal cancer in Taiwan: a hospital-based case-control study. *J Formos Med Assoc*. 2003;102(5):305-12.
6. Bingham SA, Day NE, Luben R, Ferrari P, Slimani N, Norat T, Clavel-Chapelon F, Kesse E, Nieters A, Boeing H et al. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *Lancet*. 2003;361(9368):1496-501.
7. Peters U, Sinha R, Chatterjee N, Subar AF, Ziegler RG, Kulldorff M, Bresalier R, Weissfeld JL, Flood A, Schatzkin A, Hayes RB; Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial Project Team. *Lancet*. 2003;361(9368):1491-5.

## Casos Clínic

# Diarrea i síndrome tòxica en home de 56 anys.

*Carlota Arroyo Rodríguez,*  
*Matilde González Solanellas.*

Metgesses de família. EAP Raval Nord (CAP Dr. Sayé)

Home de 56 anys d'edat, sense antecedents familiars d'interès ni al·lèrgies conegudes, fumador de 30 cigarretes/dia, amb hàbit enòlic superior a 120 g/dia.

### Antecedents personals

Diarrees en la joventut d'un any de durada, apendicectomia el 1978, condilomes acuminats el 1984, herpes zòster el 1992.

### Motiu de consulta

Anorèxia, astènia, pèrdua de pes (d'uns 8 Kg), artràlgies difuses i alteració de ritme deposicional amb predomini de diarrees sense elements patològics durant el darrer mes. Lesions en genitals d'uns 2 mesos d'evolució.

### Exploració física

Estat general conservat. Pal·lidesa mucocutània, normohidratat, afebril, normotens. Boca sèptica. Auscultació cardiorespiratòria normal. Distensió abdominal amb hepatomegàlia de 2TD homogènia i dubtosa esplenomegàlia. Lesions papuloses i eritematoses en prepuci. Tacte rectal normal. No signes inflamatoris en cap articulació ni limitació funcional.

### Exploracions complementàries

Analítica amb VSG 25, hemograma i fórmula normals, bioquímica estàndard amb AST 53, ALT 48, GGT 100 F.

Alcalines 156 i resta normal, TSH normal, CEA, alfafetoproteïna i PSA normals. Serologies: Ac VHC, AgHbS, Ac VIH1 i VIH2 i Ac contra *Treponema pallidum* negatius; Ac enfront *Yersinia enterocolitica*, *Salmonella typhi*, *Salmonella oaratyphi*, *Brucella* i *Shigella* negatius. Coprocultiu negatiu per a *Campylobacter*, *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* i *Plesiomona-Aeromona*. Determinació de greix en femta: positiu.

Rx tòrax: troballes compatibles amb malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Rx abdomen: hepatomegàlia.

Ecografia abdominal: hepatomegàlia homogènia amb signes ecogràfics d'esteatosi, esplenomegàlia, resta normal.

### Evolució

Empitjorament del seu estat general amb augment de la pèrdua de pes (16 Kg en 2 mesos) i malgrat la dieta astringent persistència de diarrea fins a 14-15 deposicions/dia de consistència líquida-pastosa d'aspecte esteatorreic sense dolor abdominal. També tenia artràlgies importants sobretot a genolls.

Proves reumatològiques: factor reumatoide, ANA, HLA B27 i HLA B5 són negatives.

Fibroscòpia: signes de gastritis crònica i varices esofàgiques grau I.

Colonoscòpia: algun diverticle en sigma, resta normal.

Biòpsia prepucial: compatible amb papulosi bowenoide que posteriorment es va fotocoagular amb làser.

**Taula I Principals causes de diarrea crònica.**

Funcional	Síndrome del budell irritable
Infecciosa	Paràsits: Giardia lamblia, Cryptosporidium, Entamoeba histolytica Fongs: Candida albicans, Histoplasma
Produïda per fàrmacs i additius dietètics	Antibiòtics, laxants, antiàcids magnesiats, digital, agents anticolinèrgics, hipotensors, àcids biliars, colestiramina, salazopirina, suplementes de potassi junt amb prostaglandines Edulcorants: sorbitol, manitol; alcohol
Malaltia inflamatòria intestinal	Malaltia de Crohn Colitis ulcerosa
Síndromes de malabsorció	Lesió difusa de la mucosa intestinal: malaltia celíaca, limfoma intestinal, malaltia de Whipple, amiloïdosi, gastroenteritis eosinofílica, hipogammaglobulinèmies Obstrucció limfàtica: limfangiectasi intestinal Supercreixement bacterià Maladigestió: insuficiència pancreàtica exocrina
Secundària a cirurgia abdominal prèvia	Gastrectomia Vagotomia Colecistectomia Ressecció intestinal
Origen endocrí	Síndrome carcinoide Feocromocitoma Addison Malaltia de Graves-Basedow Diabetis mellitus VIPoma.
Càncer de còlon	
D'origen desconegut	Ingesta subreptícia de laxants, falsa diarrea (impacte fecal), incontinència anal, colitis col·làgena microscòpica, tumors endocrins
Altres causes	Nutrició enteral, isquèmia intestinal, pseudo-obstrucció intestinal, enteritis actínica, intoxicació per metalls pesats (arsènic, plom, cadmi, Hg)

TAC abdominal: hepatomegàlia amb irregularitat de l'LHI amb aspecte de fibrosi, esplenomegàlia i mínima quantitat de líquid subfrènic dret.

Biòpsia jejunal: inflamació aguda i crònica severa amb atròfia de vellositats.

Ac antiendomisi Ig P 1280; gliadina Ac IgA 177; IgG 33,4 i Ac antireticulina IgA P 320.

**Diagnòstic**

Malaltia celíaca de l'adult i hepatomegàlia crònica de probable origen enòlic.

Es va instaurar dieta sense gluten amb milloria clínica.

**Discussió**

La gran dificultat en el diagnòstic d'aquesta malaltia celíaca de l'adult és la seva presentació amb símptomes atípics i fora de la infància. La seva prevalença no es coneix exactament, oscil·la entre un 0,03% i un 0,35%. Etiopatogènicament el responsable de les alteracions en el budell és el gluten. Els principals símptomes són digestius amb diarrees esteatorriques, aprimament progressiu i astènia. Pot haver-hi anèmia i es pot associar a malalties autoimmunes, com espondiloartropaties seronegatives, lupus eritematós sistèmic, artritis reumatoide, diabetis mellitus, colitis ulcerosa, aftes bucals recidivants i dermatitis herpetiforme.

El diagnòstic es fa amb la demostració de les lesions característiques en la biòpsia intestinal, malabsorció, pre-

sència d'anticossos antigliadina i millora clínica i histològica amb la dieta sense gluten. El diagnòstic diferencial s'ha de fer amb altres causes de diarrea crònica (taula I).

Com a complicacions cal destacar el limfoma intestinal, la jejunitis crònica ulcerativa no granulomatosa i la malaltia col·làgena. El pronòstic pot ser letal si no es diagnostica i es tracta apropiadament. Caldrà tenir en compte la determinació d'anticossos antigliadina per ELISA en l'estudi de tot malalt adult amb diarrea ja que és de fàcil realització, té una alta sensibilitat i especificitat i un baix cost.

**Bibliografia**

1. Dickey W, Mc Millan SA, Huges DF. Identification of coeliac disease in primary care. Scand & Gastroenterol 1998; 33: 491-493.
2. Cellies C, Grosdilier E. Adult celiac disease. Rev Prat 2001; 51: 959-963.
3. Quintero E. Síndrome diarreico. Farreras Rozman, XIII edició, 1: 157-167.
4. Navarro S. Síndrome de malaabsorció intestinal. Farreras Rozman, XIII edició, 1: 167-179.
5. Marilee CS. Diarrea crònica. Saunders Manual de Pràctica Mèdica, 1: 345-347.
6. Goldstein NS. Morphologic features suggestive of gluten sensitivity in architecturally normal duodenal biopsy specimens. AM & Clin Pathol 2001; 116: 63-71.

# Dona d'edat avançada amb les mans tumefactes i adolorides.

Carolina Guiriguet Capdevila\*,

Carles Albaladejo Blanco\*\*.

\* Metge Resident de 3r any de MFiC

\*\* Tutor de MFiC

EAP Llefià (Badalona).

Unitat Docent de MFiC del Barcelonès Nord I Maresme.

## Introducció

**D**avant de tot quadre compatible amb patologia reumàtica haurem de fer una detallada història clínica i exploració física, dirigint les exploracions complementàries per descartar les causes més habituals. Malgrat la demora en la realització d'algunes proves o l'excessiva tardança per a la visita amb l'especialista, es manté inherent la necessitat de donar una resposta als nostres pacients, més encara quan la simptomatologia interfereix en la qualitat de vida dels mateixos. L'interès del cas ve donat per tractar-se d'una entitat de difícil diagnòstic si no s'hi pensa i perquè pot solapar-se amb altres malalties reumàtiques més prevalents en la nostra població. Creiem que la seva difusió pot ser interessant per ajudar a conèixer millor aquesta síndrome poc coneguda -però no del tot infreqüent- de la qual cada vegada se'n van comunicant més casos.

## Cas clínic

Dona de 80 anys, sense al·lèrgies medicamentoses ni hàbits tòxics, amb els següents antecedents patològics d'interès: obesitat, cervicoartrosi, dislipèmia en tractament amb simvastatina, discopatia L1-L3, periartritis escàpulo humeral postraumàtica i hipotiroïdisme. Respecte a l'hipotiroïdisme, dir que cursava sense goll, l'ecografia de tiroide era normal i els títols d'anticossos (antitiroglobulina i anti-peroxidasa) eren elevats; actualment seguia tractament amb levotiroxina 100 µg/dia.

Va consultar per clínica de parestèsies en ambdues mans i peus, juntament amb artràlgies generalitzades. Dues setmanes després tornà per persistència de la simptomatologia, tot i el tractament amb antiinflamatoris no esteroïdals. Es queixava de dolor i tumefacció en articulacions metacarpofalàngiques (MCF) i miàlgies en ambdues espatlles. La pacient vivia sola i referia grans limitacions en activitats de la vida diària com rentar-se, vestir-se, menjar amb coberts de taula, etc. No havia presentat cefalea, claudicació mandibular ni símptomes constitucionals (febre, pèrdua de pes, astènia, anorèxia); tampoc hi havia introducció de nous fàrmacs com a possibles factors desencadenants.

A l'exploració destacava gran tumefacció dolorosa de les articulacions MCF, però sense altres signes flogòtics (no calor ni rubor); s'observava impotència funcional dolorosa a la mobilització activa i passiva d'ambdós canells, més patent a la flexió i signe de Tinel positiu. També presentava impotència funcional a l'abducció passiva de les

articulacions escàpulo humerals amb dificultat per a la mobilització activa contra resistència. Els polsos temporals es palpaven bé simètricament. La resta de l'exploració per aparells restava dins la normalitat.

Davant d'aquestes dades, en una pacient obesa amb hipotiroïdisme, vàrem sol·licitar com a proves inicials:

- *Analítica general*: VSG 34 mm/h (1-30), PCR 2,6 mg/dl (0-0.5); Hemograma, glucosa, creatinina, GGT, GPT, urats, calci, fosfats, proteïnes, albúmina, urianàlisi, TSH i T4 lliure dins dels valors normals.
- *Rx de mans (palmo-placa)*: signes de rizartrosi esquerra amb canvis degeneratius; no erosions articulars però notable augment de parts toves.
- *Electromiograma* per descartar la presència d'una síndrome de la canal carpiana (SCC) associada.

Passades sis setmanes des de l'inici del quadre, la pacient seguia sense milloria de la clínica tot i els tractaments amb diferents antiinflamatoris a dosis plenes (ibuprofèn, diclofenac, indometacina). En aquesta ocasió s'hi afegia l'aparició recent d'edema predominant en el dors de les mans amb fòvea patent a l'exploració (Figura 1). Mantenia la tumefacció en articulacions MCF i en aquell moment també a nivell de interfalàngiques proximals (IFP) i carp. Així mateix, els turmells i els dors dels peus es trobaven inflats i adolorits. Pensant en una poliartritis aguda es sol·licitaren una segona tanda d'exploracions complementàries (serologies reumàtiques, Rx de sacroilíaqes, gammagrafia).

Malgrat els dubtes diagnòstics -perfectament raonables- vam iniciar tractament amb corticoides a dosis baixes (prednisona 10 mg/dia) obtenint una espectacular resposta clínica: desaparició dels edemes en el transcurs dels



Figura 1. Tot i la deficient qualitat de la imatge, s'evidencia la manca de relleu dels nusos dels dits a conseqüència de l'intens edema, amb fòvea, present en el dors de les dues mans.

primers quatre dies i milloria de la resta de la simptomatologia en la setmana següent, amb remissió mantinguda fins a la data actual.

## Evolució

La senyora estava quasi tant contenta com nosaltres (per l'èxit terapèutic aconseguit) i durant les successives visites de control varen arribar les proves que faltaven:

- *Immunologia*: Factor reumatoïdal, HLA-B27, ANA, anti-DNA, anti-RNP, anti-Sm, anti-Ro, anti-La negatius. Anticossos anti-tiroglobulina 59,6 U/ml (<40), anti-peroxidasa tiroïdal 260 U/ml (<35).
- *Rx pelvis*: articulacions sacroilíacques normals; canvis degeneratius en columna lumbar.
- *Rx tòrax*: hili i parèquima pulmonar normals; no cardiomegàlia ni vessament pleural.
- *Electromiograma*: compatible amb síndrome de la canal carpiana bilateral, en grau moderat.
- *Gammagrafia òssia*: no hipercaptacions articulars ni òssies (cal esmentar que la prova es va realitzar tres mesos després del debut del procés).

La prednisona es va disminuir de forma molt lenta (10 7,5 5 2,5 mg/dia) fins a completar 9 mesos de tractament.

Després d'un seguiment de gairebé dos anys, la pacient es manté asimptomàtica i sense cap recaiguda clínica. Tampoc ha presentat dades que suggereixin una altra malaltia associada ni cap dels possibles diagnòstics diferencials.

## Discussió

Es tracta d'una dona d'edat avançada, obesa i hipotiroïdal que inicia un quadre agut consistent amb dolor, tumefacció i imпотència funcional de mans i peus, que no respon al tractament antiinflamatori habitual i al qual s'hi afegeix un important edema amb fòvea a nivell del dors dels mateixos. Així mateix també presentava clínica compatible amb síndrome de la canal carpiana. El ventall de possibilitats diagnòstiques és molt gran, tal com queda reflectit a la Taula I.

L'*hipotiroïdisme* pot cursar amb edema -normalment sense fòvea- de mans, peus i cara però en el nostre cas la pacient estava eutiroïdal; a més, els nivells de CK també eren normals per pensar que les miàlgies que referia poguessin ser degudes a una possible miopatia hipotiroïdal o secundària a estatines. L'EMG va mostrar l'existència d'una SXC bilateral moderada, que amb les dades prèvies no suggeria ser secundària a l'hipotiroïdisme, no podent descartar altra patologia reumàtica associada<sup>1</sup>.

**Taula I Principals diagnòstics diferencials de les mans tumefactes i doloroses en els ancians.**

	<b>Clínica</b>	<b>Exploracions Complementàries</b>	<b>Tractament</b>
<b>Síndrome RS3PE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Home/dona 3:1</li> <li>• Edema amb fòvea de mans (+++) i peus (+)</li> <li>• Poliartritis perifèrica simètrica aguda: MCF, IFP, carp</li> <li>• Possible afectació de cintures (escapular)</li> <li>• SCC freqüent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HLA B 7 (?)</li> <li>• VSG i PCR elevades</li> <li>• FR: negatiu</li> <li>• RX: no erosions</li> </ul>	Resposta dramàtica a dosis baixes de corticoides (prednisona 10 mg/dia)
<b>Artritis reumatoide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Home/dona 1:3</li> <li>• Poliartritis perifèrica simètrica crònica: MCF, IFP, canells, genolls, malucs, peus, etc.</li> <li>• Edema de mans o peus: infreqüent i lleu</li> <li>• Manifestacions extraarticulars: SCC, nòduls, etc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HLA DR4</li> <li>• FR positiu (75-80%)</li> <li>• RX: erosions òssies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINE</li> <li>• FARAL</li> <li>• Corticoides en aguditzacions</li> </ul>
<b>Polimiàlgia reumàtica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Home/dona 1:2</li> <li>• Afectació de coll i cintures (escapular/pèlvica)</li> <li>• Síntomes constitucionals (++)</li> <li>• Possible associació amb artritis temporal</li> <li>• Edema en mans i peus: rar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HLA DR3,4</li> <li>• VSG &gt; 40 mm/h</li> </ul>	Resposta espectacular a corticoides (prednisona 10-20 mg/dia)
<b>Hipotiroïdisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mixedema (edema infiltratiu, sense fòvea)</li> <li>• SCC freqüent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSH alta</li> <li>• T4 baixa</li> </ul>	Resposta a tractament substitutiu
<b>Artritis aguda per microcristalls</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema unilateral amb signes inflamatoris (+++): peus, turmells, genolls, canells</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líquid articular: cristalls de PPCD o àcid úric.</li> <li>• Rx: condrocalcinosi (PPCD)</li> </ul>	Ràpida resposta a AINE i/o colquicina
<b>Espondiloartropaties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predomini en homes</li> <li>• Oligoartritis asimètrica</li> <li>• Entesitis EEII</li> <li>• Manifestacions extraarticulars (++)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HLA-B27: positiu (70-90%)</li> <li>• RX : Sacroileïtis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINE</li> <li>• Corticoides</li> </ul>
<b>Distròfia simpàticoreflexa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema amb fòvea unilateral (++)</li> <li>• Dolor neuropàtic</li> <li>• Alteracions vasomotores i tròfiques</li> <li>• Omàlgia per capsulitis</li> <li>• Factors desencadenants (+)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RX: osteoporosi motejada</li> <li>• Hipercaptació gammagràfica (fase vascular precoç)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioteràpia</li> <li>• AINE</li> <li>• Corticoides</li> <li>• Calcitonina</li> </ul>
<b>Reumatismes paraneoplàstics</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteoartropatia hipertròfica</li> <li>• Poliartritis aguda simètrica d'EEII</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RX: periostitis avantbraç/cames</li> <li>• Associada a càncer de pulmó / mama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINE</li> <li>• Tractament de la patologia subjacent</li> </ul>

AINE: antiinflamatori no esteroïdal. FARAL: fàrmac anti-reumàtic d'acció lenta. EEII: extremitats inferiors. PPCD: pirofosfat càlcic dihidratat. SCC: síndrome de la canal carpiana.

L'artritis reumatoide sol ser una malaltia d'inici agut o progressiu, que afecta normalment a edats més precoces (30-50 anys) on també s'observa l'afectació de petites articulacions de mans i peus, de caràcter simètric quasi constant (canells, MCF, IFP, metatarsofalàngiques). Rarament ha estat descrit la presència d'edema de les mans, però quan existeix és secundari a alteracions de la permeabilitat capil·lar o bé a limfoedema<sup>2</sup>; no té un debut tan explosiu ni la resposta al tractament és tan ràpida i mantinguda. La negativitat del factor reumatoide, l'absència d'erosions radiològiques i l'espectacular resposta als corticoides serien dades que ens allunyen del diagnòstic d'artritis reumatoide clàssica. Cal recordar una variant d'artritis reumatoide seronegativa d'inici tardà, que constitueix un dels principals diagnòstics diferencials en el cas que ens ocupa; malaltia d'inici agut en edats més avançades, sol cursar amb símptomes constitucionals, VSG alta, menor dany radiològic i millor resposta a la corticoteràpia<sup>3</sup>.

La pacient presentava afectació d'espatlles similar a la de la *polimiàlgia reumàtica* però no hi havien símptomes constitucionals ni absència de polsos temporals. La poli-miàlgia reumàtica afecta predominantment dones d'edat avançada, té un debut ràpid amb dolor intens de cintures, predominantment escapulars, rigidesa matinal de més d'una hora de durada i limitació funcional de les articulacions afectades. L'artritis perifèrica, incloent també canells, sol ser asimètrica i no erosiva. Frequentment trobarem síndrome tòxica i notable augment de la VSG. Tot i que no sol ser comú existeixen casos descrits d'edema amb fòvea, sovint a l'inici de la malaltia, secundaris a tenosinovitis severa. La resposta també és fulgurant amb tractament corticoïdal però amb petites diferències: requereix dosis discretament més elevades (10-20 mg/dia de prednisona) i major temps de durada per mantenir remissions completes (12-24 mesos) i la taxa de recaigudes és superior.

La pacient no presentà clínica (biotipus acromegaloide, dermatitis, uveïtis, fenomen de Raynaud, febre, tofus subcutanis) ni trastorns analítics (autoanticossos específics, HLA-B27, hiperuricèmia) o radiològics (sacroileïtis, osteoporosi, calcificacions) per pensar en altres patologies reumàtiques que poden cursar amb tumefacció de mans i/o peus com són: l'*acromegàlia*, la *distròfia simpàticoreflexa*, les *connectivopaties*, les *vasculitis*, la *sarcoïdosi*, les *espondiloartropaties d'inici tardà*, la *condrocalcosi*, la *gota*, etc.

La síndrome RS3PE "*Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*" és una entitat caracteritzada -com descriuen literalment les seves sigles en anglès- per una sinovitis seronegativa simètrica remitent amb edema amb fòvea. D'etiologia desconeguda, fou descrita inicialment per Mc Carty el 1985 i afecta més frequentment les edats avançades de la vida (majors de 70 anys) predominant en homes (relació home/dona de 3:1). La clínica s'inicia ràpidament, en dies o setmanes (inferior a un mes) i cursa amb una tenosinovitis dels tendons flexors dels dits de les mans més dolor i tumefacció simètrica en articulacions MCF (81%), IFP (70%), canells (55%)<sup>4</sup>. És característic un intens edema amb fòvea a nivell del dors de les mans, que també pot apreciar-se en el dors dels peus. Sovint apareix -paral·lelament- afectació de cintures escapulars, vessament en l'articulació dels genolls i síndrome de la canal carpià. Generalment trobem molt poca rellevància de símptomes constitucionals. Ens recolzen el diagnòstic les troballes analítics com l'augment de reac-

tants de fase aguda (VSG i PCR) però amb hemograma, bioquímica i hormones tiroïdals normals (tot i que en ocasions s'observa anèmia de procés crònic). En l'estudi immunològic destaca la negativitat del FR i ANA, encara que podrien trobar-los augmentats a títols baixos, possiblement en relació amb l'edat avançada. Quant a les proves d'imatge destaca l'absència d'erosions en la Rx de mans, amb gran augment de parts toves i possible osteopènia juxtaarticular. Si disposéssim de RMN s'apreciaria una tenosinovitis predominant de la musculatura extensora, responsable de l'edema<sup>5</sup>. La resposta espectacular al tractament amb dosis baixes de corticoides -10 a 15 mg/dia<sup>3</sup> de prednisona oral- recolza el diagnòstic de síndrome RS3PE; aquest tractament es prescriu durant un període de 6-12 mesos, mantenint la remissió després de la retirada dels corticoides. Deixada a la seva evolució natural, sense tractament, el quadre remet espontàniament entre els 3-36 mesos i per això rep el nom de remitent.

En general el pronòstic sol ser excel·lent, tot i que cal tenir en compte la possibilitat -per sort poc freqüent- de que sigui una síndrome RS3PE paraneoplàstica, especialment si: debut en edats més precoces de la vida, associació amb síndrome tòxica o resistència als corticoides. Com a principals neoplàsies ocultes s'han descrit les d'origen digestiu (estómac, pàncreas), ginecològic (endometri, ovari) i hematològic (leucèmia, limfoma, mieloma). La síndrome RS3PE també podria representar una manifestació inicial d'altres processos reumàtics (artritis reumatoide seronegativa, amiloïdosi, dermatomiositis, síndrome d'Sjögren, malalties del teixit connectiu, vasculitis o espondiloartropaties). Aquesta possibilitat ha fet que alguns autors<sup>5,6</sup> es qüestionin si realment l'RS3PE pot considerar-se com una entitat pròpia o bé es tracta d'una síndrome associada a processos reumàtics d'inici tardà. Pels motius esmentats, sempre és aconsellable fer seguiment evolutiu en aquests pacients.

El cas clínic exposat estaria a cavall entre una artritis reumatoide seronegativa del vell, una poli-miàlgia reumàtica i una síndrome RS3PE ja que comparteix característiques clíniques de les tres entitats, encara que nosaltres ens decantem per la darrera possibilitat.

## Bibliografia

1. Botella E, Canal V, Olivé A. Poliartritis edematosa del anciano o síndrome RS3PE. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2001; 8: 95-98.
2. Dudler J, Gerster JC, So A. Polyarthritid and pitting edema. Ann Rheum Dis 1999; 58: 142-147.
3. Gumà M, Olivé A. La mano en guante de boxeo. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología 2000; 1: 179-186.
4. Olivé A, Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. J. Rheumatol 1997; 24: 333-336.
5. Olivieri et al. Remitting distal extremity swelling with pitting edema: A distinct syndrome or a clinical feature of different inflammatory rheumatic diseases?. J. Rheumatol 1997; 24:2: 249-252.
6. Schaeferbeke T, Fatout E, Marcé S, Vernhes JP, Hallé O, Antoine JF, Lequen L, Bannwarth B, Dehais J. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: disease or syndrome?. Ann Rheum Dis 1995; 54: 681-684.

# Displàsia fibrosa craneofacial.

Rosaura Reig Puigbertran<sup>1</sup>,

Sílvia Hernández Anadón<sup>1</sup>,

Míriam Boira Costas<sup>2</sup>,

Laura Higuera Caballero<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Especialistes en medicina familiar i comunitària,

<sup>2</sup> Residents de medicina familiar i comunitària

Hospital universitari de Tarragona Joan XXIII i EAP Tarragona-3

## Introducció

La displàsia fibrosa és una malaltia benigna d'origen desconegut, caracteritzada per un trastorn en la maduració del mesènquima ossi en el qual el teixit lamelar és substituït per un teixit fibrós anòmal. Pot afectar qualsevol àrea de l'esquelet, però les més freqüents són la base del crani, maxil·lar, fèmur, tibia i costelles. Les manifestacions clíniques de la malaltia van des de la presència de deformitats i dolor ossi agut per fractures, fins a la compressió o atrapament d'estructures neurològiques intracraneals que ocasionen símptomes com cefalea, hipocúcia i vertigen. La displàsia craneofacial representa aproximadament el 2,5% dels tumors ossis i el 7,5% dels benignes, amb una probabilitat de malignització de l'1%.

## Malaltia actual

Home, de 46 anys, procedent del Senegal, que acudeix al servei d'urgències per quadre d'alteracions visuals (visió borrosa) i cefalea d'un any d'evolució. Presenta tumoració frontal esquerra de creixement progressiu en els darrers tres anys. Dificultat a l'anamnesi per desconeixement de l'idioma.

## Antecedents personals i familiars

Sense interès.

## Exploració física

Bon estat general, conscient i orientat, normohidratat, normocolorejat. Auscultació cardiorespiratòria: normal. Exploració neurològica: pupil·les isocòriques normoreactives, parells cranials normals, no alteracions campimètriques ni disminució de l'agudesia visual, tensió ocular per digito-pressió normal. S'objectiva gran tumoració frontoorbitària esquerra de consistència òssia, no dolorosa a la palpació i sense signes inflamatoris. La lesió produeix una important asimetria facial sense exoftalmus. Resta exploració normal.

## Proves complementàries

Analítica bàsica i radiografia toràcica normals. Radiografia de crani: hiperdensitat frontal esquerra amb afectació de l'espai orbitari. TAC cranial: important displàsia fibrosa afectant etmoide frontal i esenoide del costat esquerre desplaçant estructures orbitàries, sense afectació de l'orifici òptic.

## Discussió

Ens trobem davant d'un pacient davant del qual cal fer el següent diagnòstic diferencial:



*Tumoració frontal esquerra en senegalès amb displàsia fibrosa craneofacial*

- Tumoracions òssies benignes com l'osteoma i condroma
- Tumors malignes com cordoma, sarcoma
- Altres lesions hiperosòsiques com hipertiroïdisme, malaltia de Paget, encondromatosi múltiple, histiocitosi x
- Lesions metastàsiques

L'orientació diagnòstica en funció de la clínica i per les exploracions complementàries va ésser: displàsia fibrosa i el tractament és exèresi de la tumoració i descompressió d'estructures veïnes.

D'això podem concloure que actualment s'observa un canvi del perfil de les malalties en el nostre medi, degut als moviments migratoris i als dèficits sociosanitaris que pateixen aquestes persones en el seu país d'origen. Com en el cas que es presenta, moltes vegades ens trobem, que el primer lloc de consulta són els serveis d'urgències d'hospitals o d'atenció continuada pel seu desconeixement del funcionament del sistema sanitari. D'altra banda, els metges de família hem de fer programes de formació vers els immigrants.

## Bibliografia

1. Farreras C. Medicina interna, volum I. 13 ed. Madrid: 1995; 1084-1085.
2. Andrisano A, Soncini G, Calderoni PP, Stilli S. Critical review of infantile fibrous dysplasia. Surgical treatment. J Pediatr Orthop 1991; 11: 478-481. ■

# Darreres novetats en dislipèmia.

Juan José Rodríguez,

Montserrat Delgado,

César Asenjo,

Alicia Val, Ana Espínola,

Rosaura Figueras.

Grup de Lípids de l'SCMFIC

## Introducció

**E**n l'actualitat segueix existint distància entre l'evidència i l'aplicació pràctica d'aquesta en la realitat assistencial, degut en part a què els estudis en els que se sustenten científicament les guies es fan en mitjans diferents al nostre entorn i a la pressió assistencial que patim i que dificulta l'aplicació d'aquestes guies en la nostra pràctica diària. No obstant això, cal tenir en compte que les recomanacions científiques basades en l'evidència disponible són de gran utilitat per al control i tractament dels nostres malalts. A continuació resumim alguns dels principals estudis publicats en els darrers temps:

## Guies i consensos

En el 2002 es publica AHA *Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke*<sup>1</sup> en un intent d'integrar les recomanacions fetes fins al moment per altres guies i consensos. Aconsellen la detecció dels factors de risc cardiovasculars a partir dels 20 anys, amb mesura de pressió arterial, pes i índex de massa corporal, perímetre abdominal i freqüència cardíaca (per detectar arítmia per fibril·lació auricular) cada 2 anys i glicèmia i perfil lipídic cada 5 anys (excepte en pacients amb hipercolesterolèmia o diabetis en què es realitza cada 2 anys). A partir dels 40 anys recomanen que es calculi el risc cardiovascular fixant com a objectiu el nivell de risc més baix possible. Caldria fer el càlcul cada 5 anys, encara que si algun factor de risc canviés, el càlcul es faria més freqüentment. També fixen el mateix objectiu terapèutic en pacients diabètics i en aquells amb un risc superior al 20% als 10 anys que el recomanat per a les persones amb malaltia cardiovascular establerta. Dins de les mesures terapèutiques recomanen l'ús d'àcid acetilsalicílic a dosis de 75 a 160 mg/dl en persones amb risc cardiovascular superior al 10% en 10 anys, i l'anticoagulació oral en pacients amb fibril·lació auricular amb INR de 2 a 3.

## Estudis d'intervenció

Destaquem dos estudis. El primer és el *Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF "Heart Protection Study"*. Estudi de protecció cardíaca de la reducció del colesterol amb simvastatina en 20.536 individus d'alt risc: un assaig aleatoritzat i controlat amb placebo. S'estudià un total de 20.536 individus adults (40-80 anys d'edat) del

Regne Unit que presentaven malaltia coronària, altres arteriopaties oclusives o diabetis, als que s'assignà aleatòriament l'administració de 40 mg diaris de simvastatina (compliment terapèutic mig: 85%) o un placebo idèntic (consum mig d'estatines no indicades en el estudio: 17 %, i amb un tractament previst de 5 anys. Les variables de valoració principals van ser la mortalitat (per a les anàlisis globals) i els episodis vasculars mortals o no mortals (per a les anàlisis de subclasses), i s'efectuaren avaluacions secundàries del càncer i altres morbiditats importants. L'assignació al grup de 40 mg de simvastatina al dia reduí les taxes d'infart de miocardi, d'ictus i de revascularització en aproximadament una quarta part. La mortalitat per al conjunt de totes les causes minvà significativament<sup>2</sup>.

L'eficàcia de les estatines en la reducció de la morbimortalitat coronària i cerebrovascular en persones de mitjana edat, està demostrada per diversos estudis realitzats en prevenció primària i secundària, tanmateix, no estava tan clara en pacients més grans de 70 anys.

El segon estudi, el PROSPER<sup>3</sup> ha demostrat que l'administració de pravastatina en individus ancians redueix també el risc de malaltia coronària. Està dissenyat per determinar l'efecte de pravastatina 40 mg durant 3 anys en la reducció de malaltia coronària isquèmica, infart, ictus, deteriorament cognitiu i discapacitat en persones de 70 a 82 anys amb malaltia cardiovascular o risc cardiovascular elevat. S'estudien 5.804 persones (3.000 dones) amb grandària calculada per demostrar una reducció del 20% (amb una potència del 92%) de la variable principal que engloba diferents categories: mort coronària ensembla amb infart de miocardi no fatal per un costat juntament amb ictus mortal o no suposant una taxa d'episodis del 16% en el grup placebo, i una reducció del 28% en l'ictus amb una potència del 95% suposant una taxa d'episodis del 8% en el grup placebo. La mitjana de colesterol total en ambdós grups va ser de 220 mg/dl i de colesterol-LDL 146 mg/dl. S'objectiva una disminució del 15% (amb una reducció absoluta del 2,1%) en la incidència de mort per malaltia coronària o ictus, i infart agut de miocardi i ictus no mortals que no es manté al separar la malaltia coronària de la malaltia vascular cerebral no demostrant-se el benefici del tractament en aquesta darrera encara que sí es va produir una reducció del 25% en la incidència d'accidents isquèmics transitoris però sense diferències significatives. Aquesta diferència s'objectiva en la població mas-

culina però no succeeix el mateix en el cas de les dones. Segons comenten els mateixos autors no es poden treure conclusions definitives d'aquest estudi. El fet de què hagi menor nombre d'accidents vasculars transitoris indica un possible benefici de les estatines sobre la malaltia cerebrovascular però probablement el fet de què la incidència de malaltia cerebrovascular hagi estat menor de l'esperada juntament amb el curt període de seguiment de l'estudi justifiquen aquestes dades que en qualsevol cas podrien considerar-se de forma provisional a l'espera de futurs estudis.

### Seguretat i tolerabilitat farmacològica

El projecte *Prospective Pravastatin Pooling* (PPP) té la finalitat de combinar l'experiència acumulada en els tres importants assaigs (WOSCOPS, CARE i LIPID), amplis, a llarg termini i controlats amb placebo, amb dosi única de pravastatina. El seu objectiu era acumular de forma prospectiva i cooperativa dades que permetessin obtenir unes estimacions quantitatives més precises quant a l'eficàcia de la pravastatina en subgrups predefinitos, en events menys freqüents com ictus, i per avaluar els possibles problemes de seguretat.

L'anàlisi mostra que l'exposició perllongada a 40 mg de pravastatina es tolera bé, sense que aparegui un excés d'events adversos extracardiovasculars graves, com les alteracions de la funció hepàtica o els signes clínics i de laboratori de miositis<sup>4</sup>.

### Rosuvastatina

La rosuvastatina, de pròxima comercialització en el nostre país, és un potent inhibidor de la HMG-CoA reductasa. En els assaigs de fase III, minva el colesterol-LDL en major grau que l'atorvastatina. Una dosi inicial de 10 mg redueix el colesterol-LDL en aproximadament el 50%. També produeix descensos en els triglicèrids i increments del colesterol-HDL. Rosuvastatina podria esdevenir un valuós recurs terapèutic per al tractament dels pacients hipercolesterolèmics d'alt risc<sup>5</sup>.

### Bibliografia

1. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update. Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. Thomas A. Pearson, MD, PhD; Steven N. Blair, PED; Stephen P. Fortmann, MD, et als. *Circulation* 2002; 106:388-391.
2. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. Heart Protection Study Collaborative Group. *Lancet* 2002; 360: 7-22.
3. Shepherd SJ, Blauw GJ, Murphy MB et al. Pravastatina en individuos ancianos con riesgo de malaltia vascular (PROSPER): un ensayo controlado y aleatorizado. *Lancet* 2002; 360.
4. Pfeffer M, Keech A, Sacks FM, Cobbe SM, Tonkin A, Byington RP et al. *Prospective Pravastatin Pooling* (PPP). *Circulation* 2002; 105: 95-100.
5. Michael-Presbyterian-St. Expert opinion on investigational drugs 2002; 11: 125-141. ■



# Marta Beltran.

Presidenta del Comitè Organitzador del IVè Congrés de Salut Mental

Marta Beltran i Vilella, nascuda a Barcelona l'any 1971, metgessa de família de l'EAP Cassà de la Selva, gestionada per l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS), "doctoranta" en Salut Pública a l'UAB.

**C**om a presidenta del Comitè Organitzador, pots dir-nos quins objectius us marqueu en aquest IVè Congrés de Salut Mental?

*Una vegada més, el que pretén aquest Congrés, és facilitar un espai de trobada multidisciplinar a tots aquells professionals interessats en la salut mental, afavorint la seva formació en aquest àmbit, i en darrer terme, potenciar la relació entre els diferents nivells assistencials.*

En tres de les quatre taules tractareu temes vinculats amb els més desfavorits socialment: immigrants, nens procedents d'adopcions internacionals, i els maltractats. Són els col·lectius que més us preocupen, el més propensos a patir trastorns mentals?

*Evidentment, formen part dels col·lectius de risc per patir malaltia mental, donada la seva posició social; és per això, que des dels comitès del Congrés es va mostrar interès per tractar les seves característiques en profunditat; també val a dir, que cada cop són grups més nombrosos; és per això, que tenen més ressò mediatíctic, i per tant, considerem que són temes prioritaris a tractar, especialment des de l'atenció primària, ja que és amb qui tenen el primer contacte.*



Marta Beltran

A part d'aquests temes en una de les taules tractareu sobre la incapacitat temporal, especialment en aquells casos més complicats de detectar com neurosi de renda, el mobbing...Són aquestes patologies incipients en la nostra societat?. Quin paper juga el metge de família davant aquestes problemàtiques?

*Estem molt interessats en aquesta taula, ja que pot prestar-se a una discussió enriquidora per a tots els àmbits. Hem volgut tractar el tema des del punt de vista de tots els professionals que en tenen contacte: metges de família, psiquiatres, mútues, inspectors i assistents socials. Una bona coordinació entre aquests nivells ens garanteix que aquells processos d'incapacitat laboral especialment conflictius siguin tractats exitosament. Mobbing, rentisme, són situacions que coneixem des de fa molt temps, que darrerament han estat etiquetades i s'han fet públiques a la premsa. Evidentment, com a metges de família que rebem aquest pacients, plantejem la necessitat de tractar-los coordinadament, ja que són temes no exclusivament mèdics.*

*Un altre punt a tractar en aquesta taula, és fins a quin punt un procés d'IT pot arribar a afectar i, fins i tot, perjudicar el procés de determinades malalties mentals.*

**“el que pretén aquest Congrés, és facilitar un espai de trobada multidisciplinar a tots aquells professionals interessats en la salut mental, afavorint la seva formació en aquest àmbit”**

---

**“Els tallers en grups reduïts de 20-30 persones  
són la part més pràctica del Congrés,  
es repetiran en 2 ó 3 sessions, perquè els congressistes  
tinguin més oportunitat d’assistir-hi”**

---

**El Congrés inclou la realització de 6 tallers interactius. Els temes estan vinculats directament amb les patologies més habituals que veieu a l’atenció primària?. Quin és l’objectiu dels tallers?**

*Els tallers en grups reduïts de 20-30 persones són la part més pràctica del Congrés, es repetiran en 2 ó 3 sessions, perquè els congressistes tinguin més oportunitat d’assistir-hi. Estaran conduïts per un professional especialista en el tema, que després d’una presentació teòrica, de forma interactiva proposarà casos clínics a discussió. Els tallers queden agrupats en dos grups principals: psicoterapèutics i tècnics, i tracten sobre els temes que més freqüentment demanen formació els professionals d’atenció primària.*

**Fareu també un debat on analitzareu la relació atenció primària i salut mental; què és el que més us preocupa en aquesta relació?**

*Aquest debat conduït pel Dr Ramós, és un espai de discussió que es va instaurar des de la 1a convocatòria d’aquest Congrés ara fa 6 anys i s’ha mantingut en totes les edicions. El que principalment ens preocupa de la relació entre aquests dos nivells assistencials, és que hi hagi “relació”. Sabem que una bona coordinació entre ambdós afavoreix una millor formació dels professionals d’atenció primària, garantint una assistència de major qualitat, alhora que supo-*

*sa un estalvi de temps per als especialistes en Salut Mental, reduint les seves llistes d’espera.*

**Dóna la sensació que aquest serà un Congrés molt farcit de continguts. A més de tot el que hem comentat, també hi ha la presentació de tres programes diferents sobre salut mental i atenció primària. Ens expliques breument aquests programes?**

*L’espai de presentació de programes té la intenció de fer conèixer aquells programes multidisciplinars relacionats amb la salut mental, que s’estan duent a terme a nivell de Catalunya. En aquesta edició n’hem triat 3: Programa pilot a l’Hospitalet del Llobregat d’un projecte integral de Salut Mental i Atenció Primària; Grup terapèutic de suport a dones amb trastorn mental lleu a Banyoles; i els resultats del Programa de maltractament a la gent gran que s’està duent a terme a la província de Girona.*

**Finalment, Marta, crec que amb el que fins ara hem comentat resulta impossible no interessar-se per aquest Congrés, de totes formes m’agradaria que fossis tu qui animés als nostres socis a inscriure’s al Congrés. Per què creu que cal anar-hi?**

*A més de tot el què hem comentat fins ara, també cal ressaltar les 3 conferències que hi haurà. La conferència inaugural, sota el títol “A favor d’una assistència global” anirà a càrrec del catedràtic de filosofia de la Universitat de Girona, Josep Maria Terricabras; la segona conferència que pren per títol “Violencia, trauma y encuentros terapéuticos: un proyecto de cooperación Israelí-Palestino en el campo de la salud mental” anirà a càrrec del Dr. Tristán Troudart. Finalment, la conferència de cloenda, titulada “La societat del benestar a Catalunya”, la farà el catedràtic d’economia aplicada de la Universitat de Barcelona i catedràtic de ciències polítiques de la Universitat Pompeu Fabra, Vicenç Navarro.*

*Deixant ja a part la qüestió científica, crec que el Congrés és una bona oportunitat per conèixer, o bé, tornar a visitar la ciutat de Girona. Bé, us animo a tots a que passem plegats els propers dies 18 i 19 de març. ■*

---

**“L’espai de presentació de programes  
té la intenció de fer conèixer  
aquells programes multidisciplinars  
relacionats amb la salut mental,  
que s’estan duent a terme a nivell  
de Catalunya.”.**

---

*Autors: Emma Albià Real, Raül Bonich Juan, Marta Baldomà España,  
Juan Carlos Mimoso, Miquel Perona Bagán, Mar Ballester Torrens*

Pacient dona de 65 anys de pell clara  
que presenta diferents màcules  
hiperpigmentades amb superfície rugosa  
al tacte en el tronc.  
Les lesions les té des de fa anys  
i no li molesten.



**Quina és l'orientació diagnòstica?**

*(Resposta a la pàgina 22)*

## III Ajuts a la Recerca de l'SCMFiC.

Han estat guanyadors dels III Ajuts:

### 1. I<sup>r</sup> premi:

**Investigador principal:** Josep Casajuana i Brunet

**Investigadors col·laboradors:** Ferran Ariza González, Mireia Fàbregas Escurriola, Laia Guix Font, Begoña Iglesias Pérez, Carlos Alsina Navarro, Sílvia Ferrer Moret, Rosa Aragonés Forés, Jordi Miozzi Berrocal, Francesc Bobé Armant.

**Treball:** Disseny i avaluació d'un consentiment informat per a la determinació de la PSA en població asimptomàtica com a prova de cribratge del càncer de pròstata a les consultes d'atenció primària



### 2. Investigador principal:

**Investigadors col·laboradors:** Joan Bayó i Llibre, Antoni Dalfó i Baqué, Carme Roca i Saumell, M. Montserrat Martín i Baranera.

**Treball:** Efectivitat de l'automesura domiciliària de la pressió arterial en el diagnòstic de la hipertensió clínica aïllada en l'Atenció Primària



### 3. Investigadora principal:

**Investigadors col·laboradors:** Maria Llagostera, Xavier Bayona Huguet, Carles Valero García, Sílvia Granollers Mercader, Juan José Ferro Rivera, Mónica Monteagudo Zaragoza, Lluïsa

Rodríguez Latre, Glòria Pujol Rubió, Mateo Acedo Anta, Aurora Céspedes, Maria Soler Cera, Alba Aguado Jodar, Flora López Simarro, Neus Parellada Esquiús, Sebastià Calero Muñoz, Jordi Torrabadella Fàbregas, Pere Simonet Aineto, Carme Riera Minguet.

**Treball:** Ajudem al pacient amb MPOC a viure millor



### 4. Investigadora principal:

**Treball:** Estudi de la freqüència del deteriorament cognoscitiu a Catalunya i paper predictor del deteriorament cognoscitiu. La fase de l'estudi Cuida'l.



### 5. Investigadora principal:

**Investigadors col·laboradors:** Enriqueta Pujol, Carme Forcada Vega, Maribel Pasarín Rua, María Bosom Diumenjo, Isabel Montaner Gomis, Isabel Porta Rey, Carlos Martín Cantera.

**Treball:** Atenció primària orientada a la comunitat: situació actual als equips d'atenció primària de Catalunya i factors que influeixen en el seu desenvolupament

A tots els felicitem i els animem a desenvolupar el seu projecte amb èxit.

## ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA: QUERATOSI SEBORREIC

### Diagnòstic diferencial:

- Queratosis actínica i carcinoma escamós.
- Lentigen actínic o lentigen maligne-melanoma.
- Berrugues vulgars
- Epitelioma basocel·lular
- Nevus melanocítics o altres tipus de melanoma.

### Tractament:

Les queratosis seborreïques no requereixen tractament. Si provoquen molèsties per irritació, frec o problemes estètics importants es poden tractar amb crioteràpia o extirpació.

# Històric de l'SCMFiC en Cooperació Sanitària Internacional 1999-2002.

Lluís Valerio<sup>\*</sup>,

Lola Guerrero<sup>\*</sup>,

Carmen Delgado<sup>\*</sup>,

M<sup>a</sup> José Llorens<sup>\*</sup>,

José Luis Cañada<sup>\*\*</sup>.

\* Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI) - SCMFIC

\*\* Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria

## Introducció

**D**es dels seus inicis una de les activitats fundacionals de la Comissió de Cooperació i Salut Internacional (COCOOPSI) va ser promoure la sensibilització del col·lectiu social de l'SCMFiC envers la situació sanitària existent entre els països desenvolupats i els anomenats països pobres o *països de baixa renda*. La consecució de l'import corresponent al 0,7% destinat a projectes de cooperació sanitària internacional va ser facilitat i recolzat en tot moment per la Junta – era el 1998 – i aprovat anualment amb els pressupostos de l'SCMFiC.

## Procediment

Sempre s'ha tingut present que la funció de l'SCMFiC *no és ésser una ONG*. En aquest sentit, considerem que l'SCMFiC pot *recolzar* ONG públicament reconegudes mitjançant l'adjudicació de l'import corresponent al 0,7% o de la manera que aquestes ONG creguin convenient. Així, durant aquests anys, s'han anat assignant els imports corresponents a les ONG que han participat en un concurs de convocatòria anual, les bases del qual s'especifiquen a la Taula I.

## Taula I Bases de concurs per a les ONG que sol·licitin l'import del 0,7%.

### Requisits:

Hi poden optar les ONG, fundacions o associacions sense ànim de lucre legalment constituïdes almenys un any abans de la data de la convocatòria i que tinguin un o més projectes de desenvolupament en funcionament (s'exclouran projectes d'emergència). Podran excloure's aquells sol·licitants que haguessin obtingut aquest ajut en els tres anys immediatament anteriors.

### Cal presentar:

- document acreditatiu de la personalitat jurídica.
- memòria breu (màxim 20 fulls) descriptiva del projecte en la que constin: els objectius (generals i específics), la metodologia de treball, el calendari per fases si procedeix, el pressupost desglossat per activitats i conceptes (en cas d'un projecte amb cofinançament indicació del que aporten les altres fonts de finançament). Si fos necessari podran anar-se altres documents podent excedir llavors l'extensió esmentada.
- compromís de presentar un informe final abans dels tres mesos següents a la data de finalització de l'activitat objecte del finançament rebut, on s'indiquin els resultats obtinguts, el grau de compliment d'objectius i les causes de possibles desviaments d'aquests objectius i el certificat expedit pel tesorer o persona apoderada de que la documentació comptable existeix, és correcta i es troba a disposició de l'òrgan auditor nomenat per la COCOOPSI si fos oportú. En circumstàncies especials degudament argumentades, la COCOOPSI podrà demanar també informes parcials o de seguiment del projecte durant el seu desenvolupament.
- compromís d'esmentar la font de finançament en qualsevol publicació, informe, document o material editat relatiu al projecte.
- la informació general que considerin adient per facilitar la comprensió del projecte i de les activitats (memòria anual d'activitats, altres projectes, publicacions, etc.)

Altres consideracions en relació a les ONG remittents de projectes s'exposen a la Taula 2:

### Taula 2 Consideracions respecte a les ONG remittents de projectes.

1. Respecte i implicació en la defensa dels drets de les persones i els pobles.
2. Respectuoses amb les formes culturals locals.
3. Independència política i confessional.
4. ONG que esperonin el desenvolupament per sobre de la provisió d'urgència.
5. ONG que no imposin models econòmics ni tecnològics insostenibles.

No cal dir que la immensa majoria de les ONG concursants compilen àmpliament amb les característiques de la Taula 2. D'altra banda, s'ha de tenir clar que cap ONG és perfectament reflex d'elles. En els darrers anys s'ha tingut en compte també la potència econòmica: les grans ONGs mouen pressupostos dins els que l'import de cooperació de l'SCMFiC és quelcom insignificant. En canvi, en organitzacions més petites, l'impacte de l'import pot ser crític per al recolzament d'un projecte concret.

La COCOOPSI, un cop rebudes tots els projectes, en recomana a la Junta de l'SCMFiC un o dos d'acord amb uns criteris que s'han tramès prèviament a les ONG aspirants (Taula 3)

### Taula 3 Característiques prioritàries en l'avaluació de projectes.

1. Projectes sanitaris amb participació de l'atenció primària i orientats a la comunitat
2. Contrapart local clara.
3. Projectes amb objectius clars i avaluable
4. Projectes integrats dins la xarxa sanitària d'ús públic del país.
5. Projectes respectuosos amb el medi ambient i la cultura local.
6. Projectes a desenvolupar amb personal local, especialment les dones.

La decisió final quant a l'adjudicació del projecte correspon a la Junta.

## Històric

Els projectes adjudicatari de les successives convocatòries estan en dipòsit a la seu de l'SCMFiC, a disposició de tots els socis. El resum de l'històric del imports assignats és el següent:

- 1999: ONG: Associació Catalana d'Amics del Poble del Sàhara (ACAPS)  
Contrapart local: Mitja Lluna Roja del Sàhara  
Projecte: Subministrament de medicaments essencials.
- 2000: ONG: Medicus Mundi Catalunya  
Contrapart local: Ministeri de Sanitat de Bolívia.  
Projecte: Suport al programa de control de Tuberculosi al Beni (Bolívia)

- 2001: ONG: Associació pel desenvolupament de la Infància a Àfrica (ADIA).  
Associació de metges peruans de Barcelona.  
Contrapart local: Ministeri de Sanitat d'Etiòpia.  
Matres Mundi Perú\*.  
Projecte: Suport al centre nutricional de Wukro (Etiòpia).  
Suport a la xarxa de llevadores de l'altiplà peruà.
- 2002: ONG: ADIA\*.  
Nucli d'Estudis de l'Amazònica a Catalunya (NEAC).  
Contrapart local: Ministeri de Sanitat d'Etiòpia.  
Fundação Vitoria Amazonia.  
Projecte: segona fase de construcció del centre de renouiment.  
Implantació de "cartilha da saúde" en població ameríndia d'una zona protegida.

\*Addició del 0,7% de la Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria.

## Conclusions

En definitiva, a l'SCMFiC disposem d'un model participatiu, d'accés públic i transparent per a la gestió d'un import dedicat específicament a la cooperació sanitària internacional. És evident que el sistema funciona amb una base voluntarista i li falten les maneres gestores de les ONG expertes. No obstant, a nivell de societat científica és, possiblement, un mètode pertinent i adequat.

Només ens resta agrair a tots els socis, tots els grups de treball, tots els autors de guies i llibres, tots els membres de les juntes des de 1995 la vostra confiança. Penseu que els diners destinats a cooperació surten dels ingressos de la Fundació; en definitiva, de la part que vosaltres ingresseu amb el vostre esforç.

I recordar que la cooperació internacional és important però que de cap manera pot substituir la iniciativa i el protagonisme de la gent dels països de baixa renda en la resolució dels seus propis problemes. Recíprocament, un món més igualitari només és possible si nosaltres també abordem els problemes i injustícies del nostre país; l'atenció crítica sobre els medis de comunicació, la rebuda cordial als immigrants, l'educació dels nostres fills i els nostres pacients en el convenciment que totes les persones som lliures i iguals, la defensa de la veritat o la pressió social honesta sobre les estructures explotadores de les riqueses dels països pobres són algunes accions tant o més importants que els projectes de cooperació internacional. És un orgull poder dir que a l'SCMFiC hem pogut recórrer una part d'aquest camí.

## Bibliografia

1. Valerio L, Barro S, Guerrero L. Cooperación internacional, sociedades científicas y salud internacional. Cuadernos de Gestión 2000; 6: 139-146.
2. Medicus Mundi Catalunya. Principios. [http://www.pangea.org/medicus/e\\_quisom.htm](http://www.pangea.org/medicus/e_quisom.htm).
3. Neufeld V, Bergevin Y, Tugwell P. The role of academic health sciences centres in International Health. CMAJ 1993; 148: 1546-49.
4. Gutiérrez Fuentes JA. Papel de la ciencia en la cooperación para el desarrollo. Acta de la Asamblea Constituyente de la Sociedad Española de medicina Tropical y Salud Internacional. En: Instituto de salud Carlos III ed. Madrid, 1998; 34-9

# Ésser i fer de metge no és fàcil i resignar-s'hi no ho hauria d'ésser.

Maribel Rodríguez i Calo\*,

Enric Mauri i Clua\*\*.

\*Psicòloga Clínica

\*\*Metge Psicoterapeuta

Agenda Psicoterapeutes Associats

**D**es dels seus inicis, la medicina ha estat una disciplina exigent amb els qui s'hi han dedicat, ja que la seva pràctica ha tingut implicacions que han anat més enllà de l'estrictament mèdic. Fins no fa gaire la *bona pràctica* ha estat lligada, més enllà del coneixement científic, a decisions i estils personals que no s'aprenien als manuals; gairebé era allò que els *bons metges* (metge o metgessa) "naixien". Ara, amb els canvis sociològics que es van produint (demogràfics, noves estructures i formes de funcionament, pluriocupació, etc.) aquella qüestió resulta més complexa, i semblaria que fins i tot més difícil; el metge ha de fer front a escenaris amb components econòmics, socials, personals, culturals, etc. diversos, per la qual cosa ja no pot exercir com un professional que es limita a la seva àrea, diguem-ne, tècnica, i que quan cal es recolza en les seves qualificades, més o menys, aptituds personals. La situació actual requereix un grau gairebé també "professional" de gestió, i no únicament ni principalment en l'aspecte material, per a poder tenir en compte els factors més rellevants que incideixen en la seva tasca. I no cal dir que la pràctica professional seria impossible sense aquesta importantíssima aportació que fa el metge des de la seva persona.

De vegades, però, la situació resulta menys fàcil de manegar del que ens agradaria, i aleshores constreny i dificulta l'exercici (i en definitiva la satisfacció personal); aleshores pot quedar compromès el resultat de la nostra intervenció, a tots els nivells. Hom pot esmentar situacions no gaire allunyades dels nostres entorns professionals: qui no coneix, directament o indirecta, la qüestió de les demandes judicials (amb tot el desgast personal que implica un procés d'aquesta índole), i això era impensable anys enrera; o no s'ha trobat algú que exercia amb indiferència, potser perquè se sent eixorc, caducat, exhaurit com a professional, sentint que no pot lluitar en i amb un entorn que resulta quasi hostil (ara en diem estar "cremat" d'una realitat relativament freqüent en l'àmbit mèdic); i les amenaces de violència, encara més alarmants. Aquestes són mostres del fet que els metges, professionals de la salut en la societat, experimenten destrets, sovint latents, que afecten el seu benestar personal, i tal vegada fins i tot la seva salut, tant o més que si fossin autèntics trastorns manifestos. I ens hauríem de preguntar, Qui té cura del metge (metge o metgessa)? I també ens podem preguntar si hi ha algun "tabú" que impedeixi que el professional demani, i se li ofereixi, els suports que necessita (del tipus que sigui, jurídic, econòmic, operatiu, formatiu, preventiu, pròpiament personal, o específicament curatiu quan escau, tal com ja hi ha una valuosa actuació col·legial al respecte, etc.). Es tracta d'esdevenir un professional que pugui viure

la seva vocació amb llibertat i plenitud, amb legítim orgull de la seva professió i un merescut reconeixement de la seva tasca, i tot això inclou deixar de banda "mites" professionals, idealitzadors o omnipotents, que distorsionen el que esperem de la nostra funció i els reptes que hi assumim, generadors d'una insatisfacció, sinó angoixa, que convé prevenir.

El camp de la medicina evoluciona, els pacients canvien, la relació metge-pacient indubtablement també; i el que afecta el pacient, afecta la relació assistencial, i afecta el metge, en algun grau tant si vol com si no, en tant que persona. I del professional mèdic, com a figura experta de la díada assistencial, és de qui s'espera que tingui els instruments per a dirigir de la millor manera possible les seves intervencions i el curs de l'assistència. I les implicacions de la nostra actuació incideixen en la trajectòria professional, i més enllà d'ella, i en molts casos, en altres esferes de la vida personal.

Els avenços científics i tècnics permeten i faciliten la pràctica professional, però en última instància sempre trobem el mateix: el pacient, la relació que establim amb ell i el nostre paper en tot això. En la relació assistencial s'estableix un "camp de forces" que no hem après prou a detectar, i a integrar i elaborar en aquella; i això també es pot aplicar a l'equip professional, a l'organització del centre de treball, al paper, al seu torn, que juga la tasca professional en la biografia de cadascú. Igual que tenim en compte la presència de factors personals en els pacients i les seves malalties, hem de tenir-ho pel que fa a com estem sotmesos, també, a influències diverses, potser imperceptibles però amb immediats efectes, dels nostres pacients, de l'equip professional del que formem part i del nostre entorn relacional. Aquestes coses, com tantes altres, es poden aprendre.

Escau, doncs, raonablement, no resignar-se a què ésser i fer de metge sigui quelcom talment difícil, segons com professionalment frustrant, segons com vitalment feixuc, i maldar, individualment, associativament (com és el marc idoni i acreditat de la Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària), per millorar l'ergonomia de l'exercici mèdic, formar la capacitat de prevenció-resolució de disfuncions, potenciar l'efecte protector del grup de treball, enfortir el recursos personals per als propis "professionalisme" i "humanisme" (família, lleure ...); en definitiva, es tracta que hom cregui que és millor l'acció (permetre's creativitat) que la inacció (permetre's, només, resignació), perquè ésser i fer de metge (metge o metgessa) esdevingui gratificant, tant com professionalment i humanament pot ésser-ho.

# IV Ajuts a la Recerca de l'SCMFiC.

## Bases de la convocatòria

### Àmbit i objecte

L'SCMFiC amb la finalitat de promoure entre els seus socis la recerca científica en les diferents àrees de l'Atenció Primària de Salut, convoca ajuts per finançar projectes de recerca. Poden sol·licitar-los tots aquells professionals que pertanyin a l'SCMFiC; almenys el 75% dels investigadors dels grups d'investigadors que optin a l'ajut han de pertànyer a l'SCMFiC i l'investigador principal ha de ser-ne obligatòriament soci.

### Quantitat i durada dels ajuts

- Es premiaran un màxim de 5 projectes de recerca.
- L'import total dels ajuts d'aquesta quarta convocatòria ascendeix a 15.000€.
- La quantitat de l'ajut es determinarà en cada cas en funció dels criteris d'avaluació i selecció. En cap cas l'import màxim sobrepujarà els 6.000€ per projecte.
- Els fons seran gestionats per la Fundació d'Atenció Primària.
- La durada dels projectes serà com màxim de 2 anys.
- Les quantitats concedides podran cobrir parcialment o total l'ajut que se sol·licita.
- Els criteris de prioritització per avaluar l'acceptació dels diferents projectes que es presentin a la convocatòria es basaran en l'originalitat del projecte, el seu interès i la seva rellevància per a l'Atenció Primària, així com en la metodologia emprada, el pla de treball i cronograma, els recursos econòmics existents en el projecte i la multicentricitat.
- En la valoració dels recursos no s'esguardaran les partides referides a bosses de viatges per a la presentació del treball en congressos.
- En cas de concessió del projecte serà obligatori presentar un article dels resultats de la investigació en el Butlletí de la Societat Catalana de Medicina de Família.

### Sol·licitud i documentació que cal presentar

Cal emplenar la sol·licitud en català que es troba en la pàgina web de la Societat Catalana de Medicina Familiar (<http://www.scmfic.org>).

Cal una declaració jurada sobre quantitats sol·licitades a altres fonts de finançament i, en el seu cas, concedides per al mateix fi. En el cas d'un projecte multicèntric cal emplenar-se un formulari per a cada investigador principal, especificant-se la part del projecte que es vagi a desenvolupar. Cal la conformitat amb el comitè ètic local en aquells casos en què sigui necessari.

### Termini i lloc de presentació

El termini de presentació de sol·licituts és el 30 d'abril de 2004. La sol·licitud s'haurà de trametre per correu electrònic a [mbalague@scmfic.org](mailto:mbalague@scmfic.org). En cas que no es disposi de signatura electrònica, els formularis n°1 i n°2 exclusivament es faran arribar a la seu de l'SCMFiC abans del 30 d'abril de 2004, adreçats a:

Montse Balagué  
C/ Portaferriça 8, ppal 1a  
08002 Barcelona.

### Resolució

La composició del comitè avaluador s'aprovarà en la Junta Directiva de l'SCMFiC a petició de la Secció de Recerca de la Societat. La resolució del comitè avaluador serà inapel·lable.

### Adjudicació i quantificació

L'adjudicació dels ajuts es realitzarà en funció dels criteris de prioritització establerts. La concessió de l'ajut es comunicarà personalment a cada un dels investigadors principals dels projectes candidats i es farà pública pels mitjans de comunicació habituals de l'SCMFiC. El seu pagament es farà efectiu en dues parts: el 70% en el Congrés Català i el 30% en el moment de la publicació de l'article dels resultats al Butlletí.

### Compromisos i obligacions de l'adjudicatari

S'haurà d'enviar una memòria semestral de l'evolució de la investigació i de les despeses realitzades a [mbalague@scmfic.org](mailto:mbalague@scmfic.org). Les despeses realitzades a càrrec de l'Ajut en el decurs de la investigació s'hauran de sol·licitar en un formulari específic a na Montse Savall: [montse@scmfic.org](mailto:montse@scmfic.org). A la fi del termini de concessió de l'ajut s'haurà de lliurar el treball finalitzat en les condicions establertes. Es demanarà la seva publicació, totalment o parcialment, en el Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar per rebre la totalitat de l'ajut.

En la presentació tant oral com escrita dels resultats del projecte als diferents fòrums i publicacions científiques, es farà constar "Treball finançat amb el IV Ajut per a la recerca de l'SCMFiC".

### Incompliment

En el supòsit que el beneficiari incompleixi els requisits establerts a les bases del present ajut, es podrà declarar per part del comitè avaluador la pèrdua del dret de la percepció de dit ajut i, en el seu cas, l'obligació de reintegrar la part ja tramitada i/o percebuda.



## Cistitis

### Què és la cistitis?

La cistitis o infecció d'orina simple, és la conseqüència del pas de microbis de la zona anal (on estan habitualment), a la via urinària (on normalment no n'hi ha). En les dones, la distància a recórrer pels microbis és més curta que en els homes i, per tant, és més freqüent que això passi. El 50% de les dones pateixen una cistitis al llarg de la seva vida. Algunes en presenten més d'un episodi.

### Per què es produeix la cistitis?

Afavoreixen el pas de microbis a la via urinària: les relacions sexuals, l'ús d'espermicides o de diafragma, la presa d'antibiòtics i la menopausa. També afavoreix la cistitis rentar-se massa sovint els genitals ja que això fa que la flora que ens protegeix desaparegui. En canvi, NO afavoreixen el pas de microbis a la via urinària: la dutxa, la obesitat, els tampons.

### Quins són els símptomes?

La cistitis habitualment dona uns símptomes d'inici molt sobtat i sovint molt molestos: "cremor" o "coïssor" en orinar, sensació de pes a la part baixa del ventre, ganes d'orinar sovint però amb poca quantitat d'orina. A vegades pot donar febre (només algunes dècimes). Cal saber que la cistitis pot donar sang a la orina però això no vol dir que sigui greu.

### Com es diagnostica?

El metge de família, a la consulta, analitzarà l'orina amb un mètode senzill i molt fiable: les tires reactives. En pocs minuts pot confirmar si vostè pateix cistitis, sense cap necessitat de realitzar més proves. El metge li indicarà el tractament que necessita i així deixarà de tenir molèsties.

### Es tracta d'una infecció greu?

En persones sanes, es tracta d'una infecció poc important. Les cistitis no evolucionen a infecció als ronyons ja que els microbis que produeixen infecció als ronyons donen altres símptomes.

### Quan ens ha de preocupar una cistitis?

Quan la persona que la pateix té alguna malaltia greu, alteració de les vies urinàries o dels ronyons, litiasi (pedres) urinària, diabetis o alguna deficiència immunològica. També ens hem de preocupar si apareix febre alta (més de 38°C) i calfreds. En aquest cas s'ha de consultar al metge el mateix dia per tal de fer una nova valoració.

### És freqüent tenir més d'una cistitis?

En dones, sí que és freqüent i continua essent poc important. En homes, en canvi, si es produeix una segona cistitis, habitualment cal realitzar algun estudi complementari.

### Com puc prevenir les cistitis?

Anar a orinar sovint (no esperar a què hi hagi ganes d'anar a orinar). Evitar dur pantalons que estrenyin quan hem d'estar moltes hores assegudes. Neteja adequada després d'orinar (netejar-se de davant a darrere; és a dir, des de la vagina a l'anus) i neteja adequada després de les defecacions (aigua i sabó, de davant a darrere).



## Cistitis

### ¿Qué es la cistitis?

La cistitis o infección de orina simple, es la consecuencia del paso de microbios de la zona anal (donde están habitualmente), a la vía urinaria (donde normalmente no hay). En las mujeres, la distancia a recorrer por los microbios es más corta que en los hombres y, por ello, es más frecuente que padezcan cistitis. El 50% de las mujeres padecen una cistitis a lo largo de su vida. Algunas presentan más de un episodio.

### ¿Por qué se produce la cistitis?

Favorecen el paso de microbios a la vía urinaria: las relaciones sexuales, el uso de espermicidas o de diafragma, la toma de antibióticos y la menopausia. También favorece la cistitis lavarse demasiado a menudo los genitales ya que eso provoca que la flora que nos protege, desaparezca. Sin embargo NO favorece el paso de microbios a la vía urinaria: la ducha, la obesidad, los tampones.

### ¿Cuales son los síntomas?

La cistitis habitualmente da síntomas de inicio muy brusco y a menudo muy molestos: "quemazón" o "escozor" al orinar, sensación de peso en la parte baja del vientre, ganas de orinar frecuentemente pero orinando poca cantidad. A veces puede dar febrícula (sólo algunas décimas). Es preciso saber que la cistitis puede dar sangre con la orina pero esto no significa que sea grave.

### ¿Cómo se diagnostica?

El médico de familia, en la consulta, le analizará la orina con un método sencillo y muy fiable: las tiras reactivas. En pocos minutos le podrá confirmar si lo usted padece cistitis, sin ninguna necesidad de realizar más pruebas. El médico le indicará el tratamiento que necesita y así dejará de tener molestias.

### ¿Se trata de una infección grave?

En personas sanas, se trata de una infección poco importante. Las cistitis no evolucionan a infección en los riñones ya que los microbios que producen infección en los riñones dan otros síntomas.

### ¿Cuándo debe preocuparnos una cistitis?

Cuando la persona que la padece tiene alguna enfermedad grave, alteración de las vías urinarias o de los riñones, litiasis (piedras) urinaria, diabetes, o alguna deficiencia inmunológica. También nos debe preocupar si aparece fiebre alta (más de 38°C) y escalofríos. En este caso se debe consultar al médico ese mismo día para que haga una nueva valoración.

### ¿Es frecuente tener más de una cistitis?

En mujeres sí es frecuente y continúa siendo poco importante. En hombres, en cambio, si se produce una segunda cistitis, habitualmente es preciso realizar algún estudio complementario.

### ¿Cómo puedo prevenir las cistitis?

Orinar a menudo (no esperar a que tenga ganas de orinar). Evitar llevar pantalones ajustados cuando vamos a estar muchas horas sentados. Limpieza adecuada después de orinar (limpiarse de delante a atrás, es decir, desde la vagina al ano) y limpieza adecuada después de defecar (agua y jabón, de delante a atrás).



## Reflux gastroesofàgic (les cremors)

Malgrat que a l'estómac hi ha una gran quantitat d'àcid (àcid clorhídric), el normal és que no produeixi molèsties perquè les seves parets estan preparades per suportar-ho. No obstant, quan l'àcid puja de l'estómac a l'esòfag es té la sensació de cremor perquè les parets de l'esòfag són més sensibles. Per tant, a la majoria dels casos, la cremor és deguda al pas de l'àcid des de l'estómac cap l'esòfag. Això s'anomena "reflux gastroesofàgic" ("reflux" de fluir en direcció contrària i "gastroesofàgic" indicant el pas d'estómac (gastro) a esòfag. Les següents mesures generals són relativament senzilles i li milloraran els símptomes.

### 1. Mesures posturals:

- Esperi 2-3 hores després de sopar abans de posar-se al llit. Durant aquest interval, pot beure aigua. No es recomana prendre líquids calents ni grassos just abans d'anar a dormir.
- No s'inclini cap endavant ni s'alliti després dels menjars (becaina...)
- Aixequi 15 cm les potes de la capçalera del llit (pot posar uns tacs de fusta).



Esperi 2-3h després del sopar per allitar-se.

### 2. Alimentació:

- Faci els menjars poc abundants i freqüents, 5 al dia.
- Eviti els greixos, com les carns roges, embotits, fregits, pastisseria i llets o lactis sencers o no descremats.
- La xocolata, els picants, la llimona i la taronja àcida, li poden augmentar la seva cremor d'estómac.
- Pel mateix motiu, s'aconsella deixar el cafè, el te, les begudes alcohòliques, les que portin cola, les que portin gas i la menta.
- Sí que són recomanables la verdura, la patata i la fruita del temps.



### 3. Altres mesures:

- Si pateix d'obesitat, li anirà bé rebaixar el pes per evitar la pressió abdominal sobre l'estómac. Per la mateixa raó, és bo vestir-se amb roba i cinturó que no premin.
- El tabac facilita la inflamació de l'esòfag per l'àcid, per la qual cosa és millor abandonar aquest hàbit.
- L'aspirina, els antiinflamatoris, les hormones, les pastilles per dormir i altres medicaments, dels quals el seu metge pot informar-li, poden produir reflux gastroesofàgic. Si segueix algun d'aquests tractaments, cal que ho comenti amb el seu metge de capçalera per valorar la possibilitat de canviar-los per d'altres que no influeixin en el reflux.

## Reflujo gastroesofágico (los ardores)

Aunque en el estómago hay una gran cantidad de ácido (ácido clorhídrico), lo normal es que no produzca molestias porque sus paredes están preparadas para soportarlo.

Sin embargo, cuando el ácido sube del estómago al esófago se tiene la sensación de ardor porque las paredes del esófago son más sensibles. Por tanto, en la mayoría de los casos, el ardor se debe al paso del ácido desde el estómago hacia el esófago. Esto es lo que se llama "reflujo gastroesofágico" ("reflujo" de fluir hacia atrás y "gastroesofágico" indicando la dirección de estómago (gastro) a esófago).

Las siguientes medidas generales son relativamente sencillas y le mejorarán los síntomas.

### 1. Medidas posturales:

- Espere 2-3 horas después de cenar para acostarse. Durante este intervalo, puede beber agua. No se recomienda tomar líquidos calientes ni grasos justo antes de ir a dormir.
- No se incline hacia delante ni se acueste después de las comidas (siesta...)
- Levante 15 cm las patas de la cabecera de su cama (puede poner unos tacos de madera).



Espere 2-3h después de la cena para acostarse

### 2. Alimentación:

- Haga las comidas poco abundantes y frecuentes, 5 al día.
- Evite las grasas, como las carnes rojas, embutidos, fritos, pastelería y leche o lácteos enteros o no descremados.
- El chocolate, los picantes, el limón y la naranja ácida, le pueden aumentar el ardor de estómago.
- Por el mismo motivo, se aconseja dejar el café, el té, las bebidas alcohólicas, las que llevan cola, las que llevan gas y la menta.
- Sí que son recomendables la verdura, la patata y la fruta del tiempo.



### 3. Otras medidas:

- Si tiene obesidad, le irá bien bajar unos kilos para evitar la presión abdominal sobre el estómago. Por la misma razón, es bueno vestirse con ropa y cinturón que no aprieten.
- El tabaco facilita la inflamación del esófago por el ácido y por lo tanto es mejor dejar este hábito.
- La aspirina, los antiinflamatorios, las hormonas, las pastillas para dormir y otras medicaciones, que su médico le informará, pueden producir reflujo gastroesofágico. Si sigue alguno de estos tratamientos, debe comentarlo con su médico de cabecera para valorar la posibilidad de cambiarlos por otros, que no influyan con su reflujo.