

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA



	pàgina		pàgina
EDITORIAL			
73 Reflexions inicials al voltant de les últimes convocatòries MIR <i>A. Martín Zurro</i>	1	82 Síndrome postpolio <i>Almudena Plaza Izquierdo, Alberto Javier Soria Castro, Eva Saenz Yustes</i>	10
DE L'EVIDÈNCIA A LA PRÀCTICA CLÍNICA		UPDATE XX CONGRÉS DE LA CAMFIC	
74 L'efectivitat de la glucosamina en el tractament de la gonartrosi <i>Oriol Rebagliato Nadal</i>	2	84 Actualització en diabetis <i>Manel Mata Cases</i>	12
CASOS CLÍNICS		88 Actualització en malalties infeccioses <i>Carles Llor Vilà</i>	16
76 Síndrome de malabsorció: a propòsit d'un cas <i>Víctor López-Marina, Gregori Pizarro Romero, Rosa Alcolea García</i>	4	93 Actualització en salut mental <i>Anna Moretó Reventós</i>	21
80 Epistaxi i hipertensió arterial en una dona de 51 anys <i>X. Blancafort, S. Calvet, E. Pujol</i>	8	97 Actualització en malalties respiratòries <i>M. Antònia Llauger Roselló</i>	25
		101 Actualització en dermatologia <i>Rosa Senan Sanz</i>	29

CRÈDITS

Butlletí editat per:

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Portaferriça, 8, pral. 1a. / 08002 Barcelona

Tel: 93 301 17 77 · Fax: 93 318 10 01 · E-mail: camfic@camfic.org

© CAMFiC Reservats tots els drets

JUNTA PERMANENT

Presidenta:

M.Dolors Forés i Garcia

Vicepresidents:

Sebastià Juncosa i Font**Josep Maria Sagrera i Mís**

Secretari:

Ricard Peiró i Navarro

Vicesecretària:

Carolina Roig Buscató

Tresorer:

Ramon Velayos i Balcells

Vocals:

Carles Alsina Navarro**Rafael Ruiz Riera**

Gerent Fundació d'AP:

Gabriel López Casares**COMITÈ EDITORIAL**

Director:

Joan Lozano i Fernández

C. Editorial:

Carles Llor i Vilà**Rosa Pou i Vila****Xavier Brià i Ferré****Ernest Vinyoles i Bargalló****Mènci Benítez Camps****Montse Balagué Corbella****Miquel Àngel Martínez i Adell****Raül Bonich i Juan****Lurdes Alonso Vallès****Carmen Becerra Fuentes**

Comunicació:

Jordi Monedero i Boado

Secretària:

Mercè Deu i Martínez**SECCIONS**

Recerca:

Montse Balagué Corbella

Docència:

Yolanda Ortega i Vila

Formació:

Rosa Morral Parente

Comunicació:

Josep Espinasa i Rifà

Residents:

Manuel Sarmiento Cruz**VOCALIES TERRITORIALS**

Anoia:

Xavier Cantero Gómez

Garraf:

Cristina Gallardo i Sánchez

Girona:

Xavier Pérez i Berrueto

Lleida:

Núria Nadal Braqué

Maresme:

Juan José Montero i Alía

Osona:

Anna Rodríguez Ferré**PRODUCCIÓ**

Realització: EdiDe, S.L.

D.L.: B-17.664-1988

Tarragona:

Joan Josep Cabré i Vila

Terres de l'Ebre:

Rosa Caballol i Angelats

Vallès Occidental:

Montserrat Baré i Mañas

Vallès Oriental:

Eulàlia Cladellas i Oliveras**ENLLAÇOS AMB EL BUTLLETÍ**

Acreditació activitats:

Lluïsa Rodríguez i Latre

Adolescència:

Ignasi Casado i Zuriguuel

Alcohol:

Rosa Freixedas i Casaponsa

Anticoagulació oral:

Jordi Altirriba i Vives

APOC:

Aurora Carranzo

Respiratori:

Mària Antonia Llauger Rosselló

ATDOM:

Antonio Aranzana i Martínez

Cerebrovascular:

Mària Teresa Alzamora i Sas

Comunicació i salut:

Josep Massons i Cirera

Cooperació Internacional (COCOOPSI):

Lluís Solsona Díaz

Dermatologia:

Raül Bonich i Juan

Diabetis (GEDAPS):

Pilar Roura i Olmeda

Dislipèmies:

César Asenjo i Vázquez

Exercici físic i salut:

Óscar Peña i Chimenis

Farmàcia:

Julio González i Algas

Gent gran:

Mònica Papiol i Rufiàs

Hipertensió arterial:

Narcís Salleras i Marco

Infeccioses (GERMIAP):

Isabel González i Saavedra

Malalties del cor:

Valeria Pacheco i Huergo

MBE:

Mènci Benítez i Camps

Obesitat:

Julio González i Algas

Osteoporosi:

Cristina Carbonell i Abella

Patologia digestiva:

Gerard Martínez i Sánchez

Patologia prostàtica:

Elisenda Sant i Arderiu

Qualitat:

Miquel Reguant i Fosas

Reumatologia:

Xavier Mas i Garriga

Risc cardiovascular:

Josep Franch i Nadal

Salut mental:

Albert Grau i Ruvireta

Tabaquisme (GRAPAT):

Joan Lozano i Fernández

Urgències:

Pedro Cabrero i Sobrino

VIH:

José Manuel Castillejo i Medina

Violència a la dona:

Pilar Babi Roureda

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

EDITORIAL

REFLEXIONS INICIALS AL VOLTANT DE LES ÚLTIMES CONVOCATÒRIES MIR

En els darrers anys s'ha produït un canvi molt important a la dinàmica de la convocatòria MIR estatal. Aquest canvi, en un context en què la Medicina de Família continua en els últims llocs de preferència per a l'elecció de places per part dels aspirants a residents, ens col·loca en una situació difícil que ja s'ha traduït a la darrera convocatòria en l'existència de places sense cobrir a Catalunya. Les causes d'aquesta situació i els remeis que s'hi poden aplicar no són simples i tampoc, al menys en gran part, es poden engegar actuacions aïllades en l'àmbit autonòmic, atès que calen mesures d'abast estatal.

Alguns dels fets característics de les convocatòries MIR actuals són els següents:

1. El MIR exclusivament distributiu ja és una realitat.
2. Existeix una tendència progressiva (no corregida) que s'incrementi el nombre de places i es mantingui o disminueixi el de presentats a la prova.
3. En aquesta última convocatòria s'ha produït un increment significatiu de places no cobertes.
4. Un nombre creixent de persones que escullen una plaça després no es presenten per cobrir-la.
5. En el MIR, les places no cobertes y les que resten buides per canvi d'especialitat o programa no es tornen a cobrir a la mateixa convocatòria.
6. Més del 25% dels metges que fan la residència de Medicina de Família es tornen a presentar any rere any a l'examen MIR.
7. S'ha produït un increment important del percentatge de metges extracomunitaris presentats a l'examen a les tres últimes convocatòries.
8. Catalunya és la Comunitat Autònoma que major increment de places ha ofert a l'última convocatòria MIR.
9. Algunes de las especialitats sotmeses abans a la quota autonòmica es troben entre les que han experimentat un increment més important de places ofertes a l'última convocatòria.
10. MFC continua essent l'especialitat escollida en darrer lloc.
11. Espanya és un país que està augmentant el seu atractiu a escala internacional des de la perspectiva de la formació de postgrau en línia semblant al que va passar en diversos països de l'àrea anglosaxona ara fa bastants anys.

Algunes de les possibles mesures que es poden considerar són les següents:

1. Sembla necessari considerar la pertinença de mesures de garantia del nivell i perfils dels professionals d'altres països que volen accedir al nostre sistema de formació especialitzada.
2. En el context d'un MIR distributiu l'absència d'una nota mínima d'accés afecta greument l'efectivitat i l'eficiència de la prova MIR. És necessari dissenyar nous instruments, mètodes i estratègies per a l'accés i l'assignació de places de formació especialitzada.
3. Cal analitzar en profunditat l'estratègia a seguir davant el nombre elevat de renúncies inicials a prendre possessió d'una plaça i de les renúncies que es produeixen un cop iniciada la formació, i establir mecanismes correctors que evitin, al menys en part, els «forats» de recursos del sistema de formació i que no contribueixin a dificultar encara més la planificació de recursos humans del sistema sanitari. Cal establir mecanismes que dificultin, sense impedir-ho totalment, el fet que un metge que segueix un programa MIR es torni a presentar a la prova pràcticament cada any.
4. És evident que las propostes de places que s'ofereixen per a les comunitats autònomes no responen, en molts casos, a anàlisis sòlides i independents de les necessitats d'especialistes tant en l'àmbit estatal com en l'autonòmic. Es diu sempre que la prioritat és l'oferta en Atenció Primària, però en realitat es penalitza aquest àmbit mentre es continua mantenint o incrementant l'oferta de la resta d'especialitats.
5. A Espanya i a Catalunya tenim un mercat laboral molt rígid amb una correspondència estricta entre lloc de treball i titulació. Amb 49 especialitats i 17 comunitats autònomes, la rigidesa s'incrementa encara més i impedeix una anàlisi global i estratègica de les necessitats de professionals més enllà de l'estudi purament demogràfic. Cal generar nous instruments (registre de professionals sanitaris) i flexibilitzar el mercat laboral.

En definitiva i com a conclusió final, és urgent prendre decisions clares en el terreny de la formació especialitzada y cal analitzar l'oportunitat de formar un o més grups específics de treball que estudiïn de forma coordinada els diferents vessants del problema i que iniciïn el desenvolupament de la Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries (LOPS) en el camp de la formació de postgrau.

A. Martín Zurro

Coordinador general del Programa de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya

L'EFECTIVITAT DE LA GLUCOSAMINA EN EL TRACTAMENT DE LA GONARTROSI

AUTOR

Oriol Rebagliato Nadal
EAP Gòtic. Barcelona.

INTRODUCCIÓ I HIPÒTESI DE CERCA

L'artrosi és una artropatia caracteritzada per la degeneració del cartílag articular i per la presència de canvis reactius, generalment proliferatius, en les epífisis òssies adjacents i en la càpsula articular.

Pot afectar qualsevol de les articulacions sinovials, essent el genoll una de les més afectades, sovint de manera bilateral, i més incapacitant i amb més impacte socioeconòmic. És una de les causes més freqüents de consulta, afecta totes les poblacions i la seva incidència augmenta amb l'edat.

L'edat, el sexe femení, l'obesitat i algunes activitats laborals o esportives poden afavorir-ne l'aparició.

El símptoma principal és el dolor de característiques mecàniques, i a l'exploració podem trobar tumefacció, vesament articular, bloquejos articulars i limitacions de mobilitat. Pot haver-hi crepitació, deformitat, inestabilitat i signes d'inflamació. L'exploració complementària a realitzar serà la radiografia en bipedestació, tenint en compte la freqüència de dissociació entre les troballes radiològiques i la clínica, especialment en fases inicials.

El tractament consisteix en mesures generals encaminades a disminuir la càrrega de l'articulació, teràpia física i analgèsia, incloent-hi antiinflamatoris en les aguditzacions. És en aquest context que cal situar la glucosamina com a substrat per a la síntesi de proteoglicans del cartílag, de la qual s'ha proposat que, a més de millorar la funcionalitat dels pacients, podria influir en el curs de la malaltia. Davant aquesta possibilitat terapèutica, la nostra pregunta és la següent:

Quina és la utilitat real de la glucosamina en pacients amb gonartrosi?

ELEMENTS DE LES PREGUNTES CLÍNiques

Problema de salut

Gonàlgia d'origen artròsic.

Característiques dels pacients

Pacients d'edat avançada amb gonàlgia artròsica.

Intervenció a estudiar

Disminució del dolor i millora de l'estat funcional com a conseqüència d'afegir glucosamina al tractament de base.

Mesura de resultat

Nombre de pacients amb millora del dolor (nombre de pacients necessari a tractar (NNT)).

ESTRATÈGIA DE CERCA (figura 1)

Es realitza una cerca de les bases de dades secundàries. Es troben tres revisions sistemàtiques dins la base de dades de *Clinical Evidence* i set documents dins la Biblioteca Cochrane (dos articles a la revista *Bandolera* i cinc revisions, només una d'elles relacionada directament amb la nostra pregunta).

Consultant bases de dades primàries, al Medline-Pubmed es realitza una cerca utilitzant les paraules clau Joint Diseases [MeSH] AND Glucosamine. S'obtenen 463 articles, però limitant la cerca a assajos clínics aleatoris (ACA) publicats els darrers 5 anys, en resten només 22, dels quals seleccionem l'estudi GAIT¹ per la seva alta qualitat.

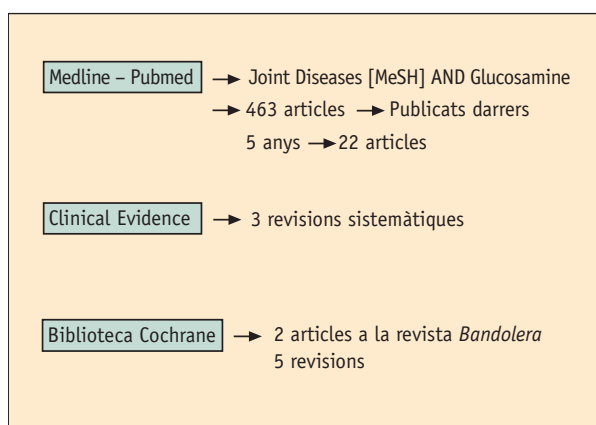


FIGURA 1. Estratègia de cerca.

DISCUSSIÓ

L'assaig clínic GAIT és un estudi multicèntric, doble cec i controlat amb placebo i celecoxib. Inclou 1.583 pacients (64% dones) amb gonartrosi simptomàtica que es distribueixen aleatòriament a cinc branques de tractament: glucosamina 1.500 mg/dia, condroitín-sulfat 1.200 mg/dia, glucosamina més condroitín-sulfat, celecoxib 200 mg/dia, i placebo durant 6 mesos. No s'obtenen diferències estadísticament significatives de disminució de dolor entre glucosamina (64%), condroitín-sulfat (65%), la combinació d'ambdós (67%) ni placebo (60%) als 6 mesos, mesurada com a disminució del 20% de la suma de puntuació a l'escala WOMAC. Només en el subgrup de pacients amb dolor moderat-greu s'observen diferències significatives (placebo 54% vs glucosamina més condroitín-sulfat 79%, $p = 0,002$), amb un NNT de 4, de manera que caldria tractar quatre pacients amb glucosamina i condroitín-sulfat allhora, durant 6 mesos, perquè un d'ells presentés la millora en simptomatologia que ens hem proposat com a objectiu. Però com que aquest subgrup de dolor moderat-greu només representa una mostra de 70 pacients per branca d'aleatorització, caldrien més assajos per confirmar aquest resultat.

La darrera revisió de la Biblioteca Cochrane² (taula 1) ja deixava clar, contradient així l'anterior, que havia revisat menys articles d'alta qualitat i més antics, que no hi ha una evidència gaire alta que l'administració de glucosamina durant 2 a 3 mesos sigui capaç de reduir el dolor en gran mesura, amb escasses millores en capacitat funcional.

La revisió del *Clinical Evidence*³ (taula 2) remarcava que hi havia evidències escasses en la capacitat de la glucosamina per millorar el dolor i la capacitat funcional en la gonartrosi, essent tant segura com el placebo i més que els AINE.

Taula 1. Biblioteca Cochrane

2005 ²	20 ACA	2.570 pacients	No millora en funció (escala WOMAC) No millora en dolor, excepte preparacions <i>Rotta</i> [®]
-------------------	--------	----------------	--

Taula 2. Clinical Evidence

1999 ⁴	6 ACA	911 pacients	Efecte moderat de la glucosamina (disminuït si només tenim en compte assajos d'alta qualitat) en dolor i funció (escala WOMAC i Índex Lequesne)
2002 ⁵	7 ACA (inclosos 3 de l'anterior revisió)	1.020 pacients	Dos assajos mostren menys disminució de dolor amb glucosamina Dos assajos no troben diferències significatives Dos assajos mostren millora de dolor segons l'escala VAS
2005 ³	13 ACA genoll 4 ACA altres localitzacions o no especificat	1.992 pacients 182 pacients	Sense diferències significatives en dolor (8 ACA) ni en funció (6 ACA)

CONCLUSIÓ

Els anomenats condroprotectors no s'han demostrat útils en aquest estudi realitzat per un organisme independent i amb una mostra més gran que els anteriors, utilitzant escales més precises per mesurar la millora clínica i amb criteris d'inclusió més exigents, com ara criteris radiològics.

IMPLICACIÓ EN LA PRÀCTICA CLÍNICA

Per tant, no hi ha suficient evidència per iniciar cap tractament amb aquests medicaments. En els casos de tractaments ja instaurats o de prescripció induïda per altres nivells d'atenció, la manca de resposta als 3 mesos és motiu per retirar-los, atès que aquest és un període suficient per valorar la magnitud de l'efecte.

BIBLIOGRAFIA

1. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, Klein MA, O'Dell JR, Hooper MM et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med.* 2006; 354 (8): 795-808.
2. Towheed TE, Maxwell L, Anastassiades TP, Shea B, Houpt J, Robinson V, Hochberg MC, Wells G. Teràpia con glucosamina

para el tratamiento de la osteoarthritis (revisió Cochrane traduïda). A: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traduïda de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

3. Jiri Chard, Claire Smith, Stefan Lohmander and David Scott. Musculoskeletal disorders. Osteoarthritis of the knee. Glucosamine. Disponible a http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/msd/1121/1121_I8.jsp
4. McAlindon TE, LaValley MP, Gulin JP, et al. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis: a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000; 283: 1469-1475. Search date 1999; primary sources Medline and Cochrane Controlled Trials Register.
5. Richey F, Bruyere O, Ethgen O, et al. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in knee osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1514-1522. Search date 2002; primary sources Medline, Premedline, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews, Current Contents, Biosis Previews, Healthstar, EBM Reviews, manual review of the literature and congressional abstracts, and contact with authors and manufacturers of glucosamine and chondroitin.

SÍNDROME DE MALABSORCIÓ: A PROPÒSIT D'UN CAS

AUTORS

Víctor López-Marina, metge de família. ABS Piera, SAP Anoia, ICS Piera, Barcelona.
 Gregori Pizarro Romero, metge de família. ABS Badalona 6-Llefià, ICS Badalona, Barcelona.
 Rosa Alcolea García, metgessa de família. ABS Besòs, ICS Sant Adrià del Besòs, Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA

Víctor López Marina
 ABS Piera, SAP
 Anoia, Barcelona
 Tel.: 937 789 300
 Fax: 937 789 668
 Adreça electrònica: victor_lopezmarina@yahoo.com

Antecedents

Presentem el cas d'un pacient home de 50 anys d'edat, exfumador de 40 cigarretes/dia des de fa 3 mesos, bevedor de 30-40 g d'alcohol/dia, sense cap antecedent patològic d'interès i sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Treballador de la construcció des dels 16 anys.

Malaltia actual

El pacient consulta perquè té una astènia important (refereix que es troba molt cansat, fins al punt que gairebé no té forces per treballar), anorèxia i pèrdua de 5 kg de pes en l'últim any. En interrogar-lo sobre l'hàbit intestinal, explica que fa 4-5 deposicions diarreiques amb mucositat, però sense sang, al dia, des de fa 2 anys, essent prèviament aquest hàbit normal. Durant les últimes 3-4 setmanes, s'hi ha afegit insomni terciari i suors nocturnes. No hi ha febre, tos ni síndrome miccional associades.

A l'exploració física destaca el següent:

1. Bon estat general. Conscient i orientat. Normohidratat i normocolorejat. Ta: 36,2 °C. TA: 135/85.
2. Exploració abdominal: dolor a la palpació d'hipocondri dret, fosa ilíaca esquerra i hipogastrí; no es palpen masses ni megàlies; peristaltisme conservat; prova puny-percussió lumbar bilateral negativa.
3. Auscultació cardiorespiratòria, exploracions neurològica i otorinolaringològica estrictament normals.

El quadre s'orienta com a síndrome de malabsorció. Atès que l'etiologia d'aquesta síndrome inclou moltes entitats patològiques (taula 1), es sol·liciten diverses exploracions complementàries:

1. Anàlítica: Hb: 13,5 g/dl; VCM: 104,1 fl; HCM: 34,2 pg; 5.780 leucòcits/mm³, amb fórmula leucocitària normal; 360.000 plaquetes/mm³; estudi d'anèmies (siderèmia, ferritina, àcid fòlic i vitamina B₁₂) normal; colesterol: 209 g/dl, triglicèrids: 245 g/dl; GOT: 34 UI/l; GPT: 28 UI/l; GGT: 170 UI/l; serologies per VIH, lues, VHA, VHB i VHC negatives; estudi immunològic (CEA, PSA, FR, ANA i antiScl-70) normal; estudi bàsic d'orina normal.
2. Fecatest: negatiu.
3. RX tòrax: signes de broncopatia crònica.
4. Ecografia abdominal: criteris d'hepatopatia crònica en fase inicial i/o infiltració grassa difusa.
5. Colonoscòpia: sense alteracions de la normalitat.

Amb aquests resultats (macrocitosi, dislipèmia mixta, elevació de la GGT i criteris ecogràfics d'hepatopatia crò-

nica en fase inicial i/o infiltració grassa difusa) es pensa en una probable etiologia alcohòlica i es fa una anamnesi dirigida sobre l'hàbit enòlic. El pacient refereix un consum de 110 g/dia d'alcohol. El següent pas és descartar/confirmar una síndrome de dependència alcohòlica mitjançant les proves de CAGE i MALT. Ambdues són positives, la primera amb una puntuació de 3 punts i la segona de 15 punts.

Orientació diagnòstica

Es tracta d'un pacient home de mitjana edat que presenta una síndrome tòxica perllongada, amb alteració del ritme deposicional en forma de diarrees també perllongat i, des de fa poc, s'hi afegeix insomni terciari i suors nocturnes. Acompleix, a més, criteris per a la síndrome de dependència alcohòlica. El diagnòstic correcte del nostre pacient seria síndrome de malabsorció secundària a dependència alcohòlica.

Evolució

S'aconsella una dieta astringent, hidratació abundant en forma d'aigua y suc astringents, realització d'exercici físic aerobi progressiu, abstinència total d'alcohol i es comença teràpia de desintoxicació amb clormetiazol 192 mg, amb la següent pauta terapèutica:

1r dia: 3-3-3 3r dia: 2-2-3 5è dia: 1-1-1 7è dia: 0-0-1
 2n dia: 3-2-3 4rt dia: 2-1-2 6è dia: 1-0-1

Després de 2 mesos d'abstinència total d'alcohol, el pacient resta asimptomàtic de les diarrees, ha guanyat 6 kg de pes, l'hàbit deposicional és normal i no té tanta astènia. L'insomni i les suors nocturnes han desaparegut.

Discussió

La síndrome de malabsorció és una entitat patològica davant la qual el metge de família es troba amb una freqüència relativament elevada. L'etiologia d'aquesta síndrome engloba un ampli ventall de possibilitats diagnòstiques (taula 1) dins les quals es troba el consum excessiu d'alcohol.

Un hàbit enòlic important pot comportar l'aparició de molts trastorns per a la salut (taula 2). La patologia intestinal derivada de l'acció de l'alcohol sobre l'intestí ve donada per tres mecanismes diferents: per l'acció tòxica directa de l'etanol sobre el duodè, el jejú i l'ili; per l'acció tòxica indirecta de l'etanol a través dels seus nivells plasmàtics a la sang que ho irriga; per les alteracions nutritives secundàries (deficiències en folats, tiamina i nutrients)¹.

TAULA 1. Classificació etiològica de la síndrome de malabsorció

Maldigestió	<ul style="list-style-type: none"> • Postgastrectomia: més freqüent al Billroth II. Factor més important: el ràpid buidament gàstric • Insuficiència pancreàtica exocrina: pancreatitis crònica, fibrosi quística, carcinoma pancreàtic
Dèficit de sals biliars	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatopaties i colestasi: maldigestió (absorció de D-xilosa i B₁₂ normals) • Sobrecreixement bacterià (síndrome de la nansa cega): es produeix desconjugació de les sals biliars, fixació de la B₁₂ i un grau variable de lesió de la mucosa intestinal • Interrupció de la circulació enterohepàtica: resecció ileal, ileitis terminal (Crohn), drogues (colestiramina, neomicina, etc.)
Superfície d'absorció inadequada (síndrome de l'intestí curt)	<ul style="list-style-type: none"> • Resecció intestinal massiva (després d'una isquèmia mesentèrica, etc.) • Reseccions múltiples (enteritis regional -Crohn-, etc.) • Derivacions jejú-ilials (obesitat patològica) • D'altres causes
Obstrucció limfàtica	<ul style="list-style-type: none"> • Limfangiectàsia intestinal • Malaltia de Whipple • Limfoma
Trastorns vasculars	<ul style="list-style-type: none"> • Congestió: pericarditis constrictiva, insuficiència cardíaca congestiva • Isquèmia: vasculitis, insuficiència vascular mesentèrica
Trastorns primaris de la mucosa absorbiva	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamació o infiltració: malaltia de Crohn, amiloidosi, esclerodèrmia, limfoma, enteritis per radiació, enteritis eosinofílica, enteritis infecciosa, esprue tropical, esprue colagen, jejunitis ulcerosa inespecífica, mastocitosi sistèmica, dermatitis herpetiforme de Dühring-Brocq • Alteracions bioquímiques o genètiques: malaltia celíaca (esprue no tropical), dèficit de disacaridases, abetalipoproteinèmia, hipogammaglobulinèmia, d'altres (malaltia d'Hartnup, cistinúria, etc.)
Trastorns endocrins	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetis <i>mellitus</i> (etiologia multifactorial) • Hipoparatiroidisme • Insuficiència suprarenal • Hipertiroidisme • Síndrome de Zollinger-Ellison: el mecanisme més important és la hipersecreció àcida que inactiva la lipasa pancreàtica • Síndrome carcinoide: podria ser per l'augment de serotonina
Altres etiologies	<ul style="list-style-type: none"> • Acrodermatitis enteropàtica: es produeix per dèficit de zinc hereditari (herència autosòmica recessiva) o adquirit. Es manifesta amb alopecía, diarrea i erupció vesiculoampollosa periorifical i acra (genolls, colzes, dits) • Pel·lagra o malaltia de Casal: es produeix per dèficit de niacina (àcid nicotínic, vitamines del grup B), amb clínica de demència, diarrea i dermatosi • Fàrmacs • Alcohol

Existeixen diferents categories diagnòstiques per referir-nos al consum d'alcohol:

Abstemi: persona que mai no ha consumit alcohol de manera habitual, encara que prengui petites quantitats ocasionalment.

Bevedor moderat: consum d'alcohol de manera habitual, en quantitats inferiors al límit de risc.

Bevedor de risc: consum setmanal d'alcohol que supera els límits de risc, els quals són 280 g/setmana a l'home i 168 g/setmana a la dona. També s'inclou en aquesta definició els que sense arribar a aquest límit de consum setmanal reconeixen ingestes d'una quantitat important d'alcohol en poc temps. Es considera com a criteri quantitatiu en aquests casos un consum superior a 80 g/dia com a mínim una vegada al mes² i/o 50 g/dia com a mínim en quatre ocasions en el darrer mes³, tant en homes com en dones. Qualsevol ingesta en dones gestants, pacients en tractament amb fàrmacs que impliquin perill o pateixin malalties amb contraindicació per a l'alcohol, professions d'alt risc i pacients menors de 18 anys es considera consum de risc.

Trastorn relacionat amb l'alcohol: l'OMS⁴ el defineix com qualsevol alteració física, psíquica, familiar o social associada a l'alcohol, sense evidència de dependència. Inclou els accidents de trànsit, les alteracions de la funció hepàtica, el conflictes familiars, etc.

Síndrome de dependència alcohòlica: és una part dels trastorns relacionats amb l'alcohol, essent el grup de símptomes conductuals i fisiopatològics que indiquen que el pacient ha perdut el control sobre el seu consum enòlic i segueix bevent encara que les conseqüències siguin adverses⁵.

El concepte de **bevedor problema** inclou els pacients exalcohòlics amb qualsevol consum d'alcohol, TRA i/o SDA⁵.

La sospita d'una síndrome de dependència alcohòlica es fa davant un consum superior a 100 g/dia. El test de CAGE suposa un cribratge d'aquesta síndrome (quadre 1), i el test de MALT, la seva confirmació diagnòstica (quadre 2). Hi ha altres proves per a l'abordatge d'aquesta síndrome, d'utilització menys freqüent a l'Atenció Primària: el CBA (cribratge), l'AUDIT (confirmació diagnòstica), etc⁶.

TAULA 2. Principals trastorns relacionats amb el consum excessiu d'alcohol

Patologia digestiva	<ul style="list-style-type: none"> • Hepàtica: esteatosi, hepatitis, cirrosi • Pancreàtica: pancreatitis aguda o crònica • Esofàgica: síndrome de Mallory-Weiss, varius esofàgiques, esofagitis per reflux gastroesofàgic • Gàstrica: gastritis, agreujament de la malaltia ulcerosa • Intestinal: enteritis, acceleració del trànsit intestinal, síndrome de malabsorció • Neoplàsica: afavoreix les neoplàsies de llavi, de cavitat oral, d'esòfag i l'hepatocarcinoma • D'altres: queilosi de llavis i/o llengua, hematemesi, melenes, rectorràgies
Patologia cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensió arterial • Trastorns cardíacs: arítmies, miocardiopaties
Patologia metabòlica	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperuricèmia • Dislipèmies: hipertrigliceridèmia, hiperlipidèmia mixta • Hipo/hiperglicèmia
Patologia endocrina	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetis <i>mellitus</i> • Trastorns funcionals de les glàndules suprarenals • Trastorns de l'activitat gonadal • Trastorns de la tiroide
Patologia neurològica	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema nerviós perifèric: polineuritis, neuritis òptica • Sistema nerviós autònom: tremolors, impotència • Sistema nerviós central: trastorn cerebral generalitzat, atròfia cerebral i cerebelosa, demència, epilèpsia, accident vascular cerebral, encefalopatia de Wernicke, psicosi de Korsakov, encefalopatia hepàtica
Patologia hemàtica	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorns de la sèrie vermella: anèmia carencial, macrocitosi, hemòlisi, hemodilució • Trastorns de la sèrie blanca: leucopènia, neutropènia • Trastorns plaquetaris: trombopènia, activitat plaquetària augmentada
Patologia psiquiàtrica	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatia <i>minor</i> • Quadres amnèsics • Al·lucinosi • Celotípia • Depressió • Insomni • Ansietat • Reagudització i empitjorament de patologies psiquiàtriques existents • Síndrome d'abstinència alcohòlica
Patologia ginecoobstètrica	<ul style="list-style-type: none"> • Manca de planificació familiar (embaràs no desitjat) • Avortaments de repetició • Síndrome alcohòlica fetal
Problemàtica social, laboral, familiar, econòmica	
Altres trastorns	<ul style="list-style-type: none"> • Miopatia alcohòlica • Contractura de Dupuytren • Psoriasi • Hipovitaminosi • Interaccions medicamentoses • Patologia traumàtica secundària: hematoma subdural, commoció cerebral, fractures, etc. • Osteoporosi

El tractament es basa principalment en l'abstenció absoluta del consum d'alcohol. Altres mesures terapèutiques són les higienicodietètiques (hidratació abundant, exercici físic aerobi, etc.), els ansiolítics i la vitaminoteràpia amb elements del grup B (vitamines B₁-B₆-B₁₂) i àcid fòlic, sempre que n'hi hagi dèficit. Hi ha diferents teràpies ansiolítiques per a la desintoxicació alcohòlica:

1. Clormetiazol 192 mg, amb la pauta que vam seguir en aquest cas clínic.

2. Clorazepat dipotàssic 15 mg, amb la següent pauta:
 1r dia: 1-1-2 3r dia: 1-1-1 5è dia: 1-0-1 7è dia: 0-0-1
 2n dia: 1-1-2 4rt dia: 1-1-1 6è dia: 1-0-1

3. Tiaprida 100 mg, amb la següent pauta:
 1r dia: 2-2-2 3r dia: 2-1-2 5è dia: 1-1-2 7è dia: 1-0-1
 2n dia: 2-2-2 4rt dia: 2-1-2 6è dia: 1-1-1

4. Altres fàrmacs que es poden fer servir són el diazepam, el clordiazepòxid, etc.

QUADRE 1. Test CAGE (versió en llengua catalana)

- Ha tingut algun cop la impressió que hauria de beure menys?
- Li ha amoïnat alguna vegada que la gent li critiqués la seva manera de beure?
- S'ha sentit alguna vegada culpable pel seu hàbit de beure?
- Alguna vegada li ha passat que la primera cosa que ha fet al matí ha estat beure una copa per calmar els seus nervis?

Puntuació: 1 punt per resposta afirmativa.

Correcció: 1 punt és indicatiu de problemes amb l'alcohol; 2 o més punts és sospita de dependència amb l'alcohol.

QUADRE 2. Test MALT (versió en llengua catalana)**MALT-S**

1. Darrerament em tremolen sovint les mans.
2. A temporades, sobretot pel matí, tinc una sensació nauseosa o ganes de vomitar.
3. Alguna vegada he intentat calmar «la ressaca», la tremolor o la nàusea matutina amb alcohol.
4. Actualment, em sento amargat pels meus problemes i dificultats.
5. No és rar que begui alcohol abans d'esmorzar o dinar.
6. Després dels primers gots d'una beguda alcohòlica, de vegades, sento la necessitat irresistible de seguir bevent.
7. Sovint penso en l'alcohol.
8. De vegades he begut alcohol, fins i tot quan el metge m'ho havia prohibit.
9. En les temporades en les quals bec més, menjo menys.
10. En la feina m'han cridat a l'ordre pel meu consum d'alcohol i/o alguna vegada he faltat a la feina per haver begut massa la vigília.
11. Últimament prefereixo beure l'alcohol a soles (i sense que em vegin).
- 11 bis. Bec d'una glopada i més de pressa que els altres.
12. Des que bec més, sóc menys actiu.
13. Sovint tinc remordiments (sentiment de culpa) després d'haver begut.
14. He assajat un sistema per beure (per exemple, no beure abans de determinades hores).
15. Crec que hauria de limitar el meu consum d'alcohol.
16. Sense l'alcohol, jo no tindria tants problemes.
17. Quan estic excitat, bec alcohol per tranquil·litzar-me.
18. Crec que l'alcohol està destruint la meua vida.
19. Tan aviat vull deixar de beure com canvi d'idea i torno a pensar que no.
20. Altres persones no poden comprendre per què bec.
21. Si jo no begués, m'avindria més amb la meua dona o parella.
22. Ja he provat de passar temporades sense alcohol.
23. Si no begués, estaria content amb mi mateix.
24. Repetidament m'han mencionat el meu «alè alcohòlic».
25. Aguanto quantitats importants d'alcohol sense gairebé notar res.
26. De vegades, en despertar-me després d'un dia d'haver begut molt, encara que sense embriagar-me, no recordo en absolut les coses que van passar la vigília.

MALT-O

1. Malaltia hepàtica (mínim un símptoma clínic, com consistència augmentada, hepatomegàlia, dolor a la pressió, etc., i almenys un valor de laboratori patològic, com GOT, GPT o GGT). Aquest ítem solament procedeix si es tracta d'una hepatopatia alcohòlica o d'origen desconegut; descarta, doncs, les hepatitis víriques, l'hepatomegàlia de la cardiopatia congestiva, etc.
2. Polineuropatia. Aquest ítem solament és vàlid quan no existeixin altres causes conegudes, com diabetis *mellitus* o intoxicacions cròniques específiques.
3. *Delirium tremens* (actual o en l'anamnesi).
4. Consum superior a 150 ml (en la dona, 120 ml) d'alcohol pur al dia, almenys durant uns mesos.
5. Consum superior a 300 ml (en la dona, 240 ml) d'alcohol pur, una o més vegades al mes.
6. Fetor alcohòlic (en el moment de l'exploració mèdica).
7. Els familiars o amics pròxims ja han cercat, en alguna ocasió, consell sobre el problema alcohòlic del pacient (al metge, assistent social o institucions pertinents).

Instruccions

- Les preguntes de l'apartat MALT-S seran complimentades pel pacient; per exemple, quan espera per ser visitat. Cada resposta afirmativa té el valor d'1 punt.
- Les preguntes de l'apartat MALT-O seran complimentades pel metge. En aquest cas, cada resposta afirmativa té el valor de 4 punts.
- La suma del MALT-S + MALT-O constitueix la puntuació final:
 - 0-5 punts → No alcoholisme
 - 6-10 punts → Sospita d'alcoholisme
 - 11 punts o més → Alcoholisme

L'abordatge terapèutic pot fer-se des de la consulta d'Atenció Primària o fer una derivació a un centre especialitzat si el pacient acompleix un o més dels següents criteris⁷: patologia psiquiàtrica associada a l'hàbit alcohòlic; antecedents d'intents fracassats de desintoxicació; disfunció familiar important que faci recomanable la intervenció d'altres especialistes; falta de suport sociofamiliar; possibilitat de presentació de *delirium tremens*; manca de compliment de la pauta terapèutica indicada des d'Atenció Primària; petició del mateix pacient.

BIBLIOGRAFIA

1. Cuevas BJ. Patología orgánica derivada del consumo de alcohol. En: Cuevas BJ, Sanchís FM. Tratado de alcoholología. Madrid: Dupont Pharma, 2000; 147-49.
2. Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. Med Clin (Barc) 1992; 99: 584-88.
3. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alc 1995; 56: 423-432.
4. World Health Organization. Problems related to alcohol consumption. Technical Reports Series number 650. Ginebra: WHO, 1980.
5. Escobar F. Diagnóstico del alcoholismo en atención primaria. JANO 1995; 49: 79-81.
6. Rodríguez-Martos A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona: Salvat Editores, 1989.
7. Fernández FM, Gual SA, Cabezas PC. Drogodependencias. Alcoholismo. A: Martín ZA, Cano PJ. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4a. ed.). Barcelona: Harcourt, 2000; 705-719.

EPISTAXI I HIPERTENSIÓ ARTERIAL EN UNA DONA DE 51 ANYS

AUTORS

X. Blancafort, S. Calvet i E. Pujol
ABS La Mina, Sant Adrià del Besòs, Barcelona.

Introducció

La hipertensió arterial (HTA) és una patologia molt freqüent a la població general. Malgrat la baixa prevalença de causes secundàries, la importància del seu diagnòstic rau en la possibilitat de fer tractament etiològic. Es presenta el cas d'una dona amb epistaxi de repetició com a manifestació clínica d'HTA secundària.

Antecedents

Dona de 51 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes ni hàbits tòxics, amb antecedents personals de dislipèmia, obesitat, hipotiroidisme subclínic i histerectomia amb aneختomia per mioma diagnosticat arran d'un quadre de metrorràgies. Antecedent patern de neoplàsia pulmonar.

Malaltia actual

Durant les successives visites realitzades des de l'any 1992, únicament la primera mostra xifres de pressió arterial (PA) elevades (150/94 mm Hg). A partir de novembre de l'any 1994 fins al gener de 1996 la pacient va consultar en set ocasions per haver presentat durant els dies anteriors quadres espontanis d'epistaxi que van requerir taponament en diferents serveis d'urgències. S'acompanyen de sufocacions i sudoració, i a vegades també de palpitations, diarrea i xifres altes de PA que no es confirmen a la consulta. A l'exploració física destaca discreta hepatomegàlia. La radiografia de tòrax i l'electrocardiograma no evidencien cap patologia. Les proves de laboratori són normals, exceptuant les xifres de colesterol (CT: 283 mg/dl; HDL: 61 mg/dl; LDL: 207 mg/dl; TG: 79 mg/dl). L'exploració otorinolaringològica evidència una rinitis seca. Una segona valoració per l'especialista mostra un pòlip a la fossa nasal esquerra. Al setembre de 1995 la pacient presenta a la consulta xifres de PA elevades (170/110), motiu pel qual es realitza una

MAPA de 24 h (Spacelabs 90207) amb els següents valors: 24 h 115/71, dia 120/76, nit 94/50, càrrega tensional diürna 2/0%. Posteriorment, des del servei d'urgències d'otorinolaringologia la pacient és derivada a consultes externes de medicina interna, on s'inicia tractament amb enalapril 10 mg/dia, bromazepam 1,5 mg/dia i àcid ascòrbic 600 mg/dia. Davant l'aparició de noves epistaxis amb xifres altes de PA, el gener de 1996 ingressa per fer-li un estudi.

Evolució

Estant ingressada a planta presenta una epistaxi acompanyada de gran agitació, nerviosisme i envermelliment toràcic amb xifres de PA de 220/120 i freqüència cardíaca de 170 bpm. Davant la sospita de feocromocitoma, es determinen les catecolamines plasmàtiques, que s'eleven fins a tres vegades els valors normals, mentre que a orina les catecolamines són de 100 µg/dia (n < 100), i les metanefrines, d'1,70 mg/dia (n < 0,9). La TC toracoabdominal evidència un nòdul suprarenal dret de 15 mm. La gammagrafia amb iode és negativa. Es realitza suprarenalectomia dreta. La peça quirúrgica mostra un adenoma cortical de cèl·lules de la capa reticular d'1 cm de diàmetre, sense malignitat. Als 2 mesos de la intervenció realitza nova epistaxi amb xifres de PA de 190/130, motiu pel qual reingressa per a descartar un nou feocromocitoma. La RM abdominal, la gammagrafia amb octreòtid i les catecolamines a l'orina descarten un nou tumor. La pacient és valorada pel servei de psiquiatria, que diagnostica un trastorn obsessiu compulsiu i un trastorn d'ansietat. Tres anys més tard, realitza nova epistaxi amb xifres tensionals de 160/85. A l'actualitat es manté normotensa.

Discussió

L'epistaxi és una patologia molt freqüent. En la major part dels casos l'edat del pacient ajuda a establir el diagnòstic.

Així, en l'adult, l'úlcera septal, els cossos estranys i els tumors malignes són causa de sagnat recidivant, si bé en general d'escassa quantitat. A la pacient, en canvi, l'hemorràgia és abundant. L'antecedent personal de metrorràgies podria fer pensar en una malaltia hemorràgica. D'aquestes, les malformacions vasculares congènites, com l'angiomasosi hemorràgica familiar de Rendu-Osler-Weber, i la resta de trastorns hereditaris acostumen a debutar a edats més joves, i si bé poden ser causa d'epistaxi de repetició a qualsevol edat, l'absència d'antecedents familiars i l'absència de petèquies, hematomes i equimosi gairebé les descarta. La pacient no presenta hepatopatia, aplàsia medul·lar ni cap altra malaltia que justifiqui una alteració plaquetària o de la coagulació, i l'anàlisi ho corrobora. La presència de pòlips a les fosses nasals és un símptoma generalment secundari a un procés al·lèrgic i, més rarament, inflamatori, que podria justificar el sagnat.

Respecte al diagnòstic diferencial d'HTA secundària¹ (taula 1) la història clínica (taula 2) exclou la major part de les causes. L'obesitat de la pacient no presenta una distribució cushingoide, i tampoc s'acompanya de clínica de la síndrome d'apnea obstructiva del son. L'exploració neurològica normal, la llarga durada del procés (> 1 any) i l'absència de deteriorament de l'estat general van en contra d'un tumor central com a causa d'HTA. En determinades

TAULA 1. Sospita d'hipertensió secundària

Edat d'inici < 20 anys o > 50
Absència d'antecedents familiars
Hipertensió estadi III
Hipertensió resistent
Afecció greu d'òrgan diana

persones, un sagnat extern abundant com el de la pacient pot afavorir una crisi d'ansietat amb palpitations, sudoració i sufocacions. De fet, la prevalença de crisis d'ansietat en pacients amb HTA és significativament superior als normotensos² i alguns autors consideren l'ansietat un factor de risc per a la HTA. En el cas descrit, el teixit adipós dificulta la valoració de la hepatomegàlia, que podria ser tumoral i explicar una síndrome carcinoide. Les sufocacions climatèriques, sense ser causa d'HTA, serien similars a la rubefacció de la síndrome carcinoide. Si bé la pacient referia sufocacions des de la histerectomia realitzada 8 anys abans, explicava també un canvi de característiques des de març de 1995, essent més perllongades i amb envermelliment més generalitzat, mentre que en el climateri les crisis esdevenen cada vegada menys freqüents i de menor intensitat.

TAULA 2. Causes d'HTA secundària

Anticonceptius orals, antiinflamatoris, antidepressius tricíclics, alcohol, sal, cocaïna	Substàncies vasoactives
Inici o empitjorament brusc, deteriorament de la funció renal amb IECA o ARA II, buf abdominal, malaltia vascular, hipopotasèmia	Renovascular
Infeccions d'orina prèvies, litiasi, traumatisme, història familiar, edemes, proteinúria	Nefrogènica
Fàsies cushingoide, obesitat central, equimosi, debilitat muscular, atrofia cutània, estries vínoles, hirsutisme, amenorrea	Cushing
Elevació paroxística de la pressió arterial superposada o no a elevació crònica de la PA i la tríada cefalea, palpitations i sudoració	Feocromocitoma
Taquicàrdia, exoftalmia, nòdul tiroideu, tremolor, pressió diastòlica normal o baixa, pèrdua de pes, nerviosisme, diarrea	Hipertiroïdisme
Bradipsíquia, pell seca, restrenyiment, signes de baix cabal, predomini d'HTA diastòlica, augment de pes, bradicàrdia, displipèmia	Hipotiroïdisme
Hipercalcèmia d'origen incert	Hiperparatiroidisme
Creixement parts acres, retenció hidrosalina, hipertròfia ventricular	Acromegàlia
Rubefacció sobtada a cara i coll, telangiectàsies, dolor abdominal, diarrea, broncoespasme	Síndrome carcinoide
Tetraplegia, hipertensió endocranial, accident vascular cerebral, disautonomia	Trastorn neurològic
Crisis de dolor abdominal, taquicàrdia, sudoració, retenció urinària, neuropatia perifèrica motora, símptomes psiquiàtrics	Porfíria aguda
Reducció polsos a extremitats inferiors, indentació costal a la radiografia de tòrax	Coartació d'aorta
Augment de les tres sèries sanguínies, hiperviscositat	Policitemia vera
Obesitat, roncs durant el son, somnolència i pèrdua de concentració diürna	Síndrome d'apnea obstructiva del son

Modificada de la *Guia de pràctica clínica: HTA per a l'Atenció Primària*. 2a edició. SCMFIC.

D'altra banda, la informació aportada per la monitorització ambulatoria de la PA tampoc permet donar suport a una sospita diagnòstica (taula 3).

La importància de la HTA com a factor de risc o desencadenant del sagnat és controvertida. Mentre diversos autors neguen qualsevol relació, Herkner et al³ troben xifres de PA superiors en pacients amb epistaxi que consulten a urgències. Alguns autors troben una relació amb la hipertrofia ventricular esquerra de malalts hipertensos, però no amb la severitat de la HTA. Manfredini et al⁴ descriuen un patró bifàsic que recorda el ritme circadià de la PA, suggerint que la PA podria desencadenar o causar l'epistaxi. La nostra experiència a un centre d'Atenció Primària mostra que sobre un total de 30 urgències hipertensives, hi ha una tendència horària entre les 10:00 i les 13:00 h, amb una mitjana d'edat de 60 anys; si bé la major part consulten per cefalea, s'observa un cas d'epistaxi. Zampaglione et al⁵ amb un total de 499 casos troben una incidència del 17% d'epistaxi com a clínica acompanyant de la crisi HTA.

El feocromocitoma és una causa poc freqüent d'HTA (0,1% pacients amb HTA diastòlica). Potser per això, en el cas presentat, la sospita clínica no apareix fins a la visualització directa d'una crisi. Hi ha una major prevalença en dones entre 30 i 50 anys i el 90% presenta la tríade de cefalea episòdica, sudoració i palpitations. Les crisis d'HTA es produeixen per un alliberament sobtat de noradrenalina secundària a canvis de flux sanguini, compressió directa o fàrmacs, però no per estímul neurogen. Aproximadament, en el 25% dels casos existeix una línia germinal⁶, motiu pel qual en casos d'edat jove (< 30 anys) i multifocals convé realitzar un estudi genètic.

TAULA 3. Monitorització ambulatoria de la pressió arterial (MAPA) i sospita d'HTA secundària

Caiguda nocturna de PA normal - hiperparatiroidisme primari, coartació d'aorta
PA mitjana nocturna més elevada - feocromocitoma
Reducció important de la caiguda nocturna de PA - HTA renovascular
Reducció moderada de la caiguda nocturna de PA - hipertiroïdisme, Cushing, hiperaldosteronisme primari

BIBLIOGRAFIA

1. Oliveras i Serrano A. ¿Cómo diagnosticar la hipertensión secundaria? *FMC* 2001; 8 (7): 448-457.
2. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Association of panic disorder and panic attacks with hypertension. *Am J Med* 1999 Oct; 107 (4): 310-316.
3. Herkner H, Havel C, Mullner M, et al. Active epistaxis at ED presentation is associated with arterial hypertension. *Am J Emerg Med* 2002 Mar; 20 (2): 92-95.
4. Manfredini R, Portaluppi F, Salmi R, Martini A, Gallerani M. Circadian variation in onset of epistaxis: analysis of hospital admissions. *BMJ* 2000; 321: 111.
5. Zampaglione B, Pacale C, Marchisio M, Cavallo-Perin P. Hipertensive Urgencies and Emergencies. *Hypertension* 1996; 27: 144-147.
6. Neumann HPH, Baush B, McWhinney SR, et al. Germ-line mutations in nonsyndromic pheochromocytoma. *N Engl J Med* 2002; 346: 1459-1466.

SÍNDROME POSTPOLIO

AUTORS

Almudena Plaza Izquierdo, metgessa de família.

ABS Sant Adrià I. Sant Adrià de Besòs.

Alberto Javier Soria Castro, metge de família.

ABS Sant Roc. Badalona.

Eva Saenz Yustes, metgessa de família.

ABS Sant Adrià I. Sant Adrià de Besòs.

Introducció

Durant les dècades de 1950 i 1960, abans de la implantació de les campanyes de vacunació massiva, es van produir al nostre país un gran nombre de casos de poliomièlitis infantil. Es tracta de pacients que actualment tenen poc més de 40 anys que poden presentar la denominada síndrome postpolio (SPP), poc coneguda per la majoria dels metges de família, de dificultós diagnòstic pel fet de presentar una simptomatologia molt similar a la d'altres processos d'estirp neuronal i que, actualment, manca de protocol diagnòstic adequat. Atesa la greu afectació funcional que pot suposar, creiem important la seva divulgació a tota la comunitat mèdica.

Antecedents

Dona de 44 anys amb antecedents de poliomièlitis paralítica als 6 mesos d'edat que va afectar ambdues extremitats

inferiors, amb predomini a l'extremitat inferior esquerra (EIE). Durant la infància va precisar cirurgia per allargar l'EIE i escurçar l'extremitat inferior dreta (EID). Altres antecedents patològics d'interès són: escoliosi dorsolumbar, hèrnia d'hiat i hipercolesterolèmia.

Malaltia actual

La pacient havia mantingut la capacitat de la marxa sense ajudes tècniques fins fa uns 4 anys en què va començar a sentir-se cansada, presentant debilitat progressiva d'EID amb nombroses caigudes, sobretot en l'últim any, per la qual cosa va iniciar l'ús de bastó.

L'**exploració física** va mostrar atrofia d'EIE, amb marcat *recorvatum* de genoll esquerre i balanç muscular 0/5 a EIE. A EID el balanç muscular era de 3/5 en el psoas, 4/5 a quàdriceps i 5/5 distal, amb sensibilitats conservades i reflex cutani plantar flexor.

L'**analítica**, que va incloure CPK i hormona tiroïdal, va ser normal.

Amb la sospita clínica d'SPP, la pacient es va derivar a l'Institut Guttmann, on es va realitzar electromiograma, que va informar de seqüeles de polio a EIE i EID, de predomini proximal. Es va observar activitat espontània en vast intern, extern i recte anterior, així com en el bessó. Aquesta activitat espontània de gran amplitud és el que va suggerir SPP.

Evolució

Es va adaptar ortesi a l'EIE per donar seguretat en la marxa i es va recomanar la realització d'exercicis, especialment desgravats en piscina, per evitar el cansament. Després de 9 mesos, el balanç muscular de l'EID va empitjorar, passant de 4/5 a 2/5 a nivell de quàdriceps. A l'EMG comparatiu va aparèixer major pèrdua d'unitats motores, absència d'activitat espontània en musculatura de bessons, però persistència en musculatura proximal d'EID.

La pacient ha necessitat una revisió del grau de minusvalidesa a causa de la pèrdua funcional soferta en els últims anys i necessita actualment l'ús de cadira de rodes per efectuar distàncies llargues.

Discussió

El terme **SPP** és el més utilitzat per etiquetar un complex simptomàtic consistent especialment en fatiga progressiva, debilitat muscular i dolor, que apareix diverses dècades després d'un episodi de poliomièlitis paralítica.

El **mecanisme etiopatogènic** exacte es desconeix. Dins les hipòtesis establertes, la que té més acceptació entre els investigadors considera l'SPP com una síndrome neurològica específica secundària a denervació. Es tractaria de la degeneració gradual distal d'unitats motores que, després de sobreviure a l'episodi agut de poliomièlitis, han tingut una sobrecàrrega física i funcional, establint posteriorment mecanismes de compensació mitjançant noves terminacions i connexions axonals. Hi hauria un moment en què les neurones motores ja no serien capaces d'engegar aquests mecanismes, provocant una descompensació del balanç entre els processos de denervació i reinervació, amb el consegüent deteriorament funcional posterior.

Altres autors impliquen l'edat, el procés normal d'envel·liment, el sobreesforç muscular, problemes ortopèdics, alteracions biomecàniques i qualsevol altra patologia que contribueixi a la deterioració funcional com a causa del SPP.

D'entre els possibles **factors de risc** estudiats, sembla que els pacients amb major risc de presentar SPP són aquells amb una major afectació motora en la malaltia aguda, més edat, sobrecàrrega i dolor muscular amb l'exercici.

La **prevalença** de l'SPP en el nostre país no es coneix per manca d'estudis; oscil·la, segons els autors, entre el 22 i el 80% dels subjectes que van patir polio paralítica. La mitjana de temps entre l'episodi agut de polio i l'SPP és de 35 anys.

Les **manifestacions clíniques** són variades; les més esmentades són la fatiga, la debilitat muscular i el dolor. La fatiga és el símptoma més freqüent (80-90% dels pacients), pot ser generalitzada o només muscular i es caracteritza per aparèixer al final del dia i millorar després d'un període de repòs i amb son. La debilitat muscular es considera el símptoma neurològic més important, ja que no s'observa durant el període estable. El dolor, tant articular com muscular, es relaciona sovint amb una excessiva activitat física, però també pot ser causat per inestabilitat articular, contractura de parts toves, escoliosi, asimetria d'extremitats i alteració de la mecànica postural.

Altres símptomes que també poden associar-s'hi, encara que amb menor freqüència, són atrofia muscular, trastorns del son, intolerància al fred i dificultat per respirar.

El **diagnòstic** és clínic i d'exclusió. No hi ha proves de laboratori o de electrodiagnòstic que permetin establir un diagnòstic de certesa. L'analítica sanguínia és normal excepte en un escàs nombre de pacients en els quals pot existir un augment dels nivells de creatinina. Els estudis electrofisiològics, les proves de neuroimatge (TAC, RM) i la biòpsia muscular no són útils per discriminar entre pacients amb nous símptomes i els qui mantenen funció neurològica estable. La seva utilitat diagnòstica es restringeix a identificar o descartar altres patologies.

El **tractament** es basa en el control dels símptomes i dels problemes associats per millorar l'estat funcional i psicològic del pacient, reduir l'activitat física establint períodes de descans adequats, l'ús de dispositius d'ajuda (bastons o cadires de rodes) quan sigui necessari i establir un programa d'exercicis de forma individualitzada. Malgrat el desenvolupament de diversos estudis clínics dirigits a avaluar l'efecte d'alguns fàrmacs sobre la debilitat i la fatiga del SPP (piridostigmina, esteroides, amitriptilina, l-carnitina i d'altres), no existeixen actualment fàrmacs que hagin demostrat beneficis clínics substancials.

El curs clínic és habitualment benigne, lent i amb grans períodes d'estabilització. Les proves electrofisiològiques no són necessàries per al seguiment dels pacients, atès que les possibles alteracions registrades no es correlacionen amb la progressió clínica. Cal donar al pacient la informació necessària perquè adeqüi el seu estil de vida, faci revisar el seu grau de minusvalidesa i s'adapti a les seves noves discapacitats. El metge de família té un important paper en el diagnòstic i seguiment d'aquests pacients.

BIBLIOGRAFIA

- Informe de situació sobre el síndrome postpolio: revisió de la literatura, situació en Espanya y posibles líneas de actuación. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto Salud Carlos III, junio de 2002.
- Burk Jubelt MD, James C, Agre MD. Characteristics and Management of Postpolio Síndrome. *JAMA* 2000; 284: 412-414.
- Clavelou P. Post-polyomyelitis syndrome. *Rev Neurol (Paris)* 2004 Feb; 160 (2): 229-233.

ACTUALITZACIÓ EN DIABETIS

AUTOR

Manel Mata Cases
CAP La Mina, Barcelona.
Grup GEDAPS de la CAMFiC.
Granollers, 30 de juny de 2006

1. L'EASD no dona suport a la baixada de 110 a 100 mg per al diagnòstic de glucèmia basal alterada proposada per l'ADA

Forouhi NG, Balkau B, Borch-Johnsen K, et al. On behalf of EDEG. The threshold for diagnosing impaired fasting glucose: a position statement by the European Diabetes Epidemiology Group. Diabetologia 2006; 49 (5): 822-827.

Comentari: Quan ja semblava que s'havia acceptat la baixada del llindar de normalitat de la glucèmia a 100 (ADA, 2003), l'EASD encarrega una revisió de la qüestió a un grup d'experts que conclouen que no hi ha prou arguments consistents per aquest canvi i que, per tant, en són contraris. El principal argument és que acceptar aquesta reducció significa etiquetar com a grup de risc el 30-50% de la població adulta, el que esdevindria gairebé una epidèmia de repercussions mundials sense que realment tinguin el mateix risc de DM2 els qui estan entre 100 i 109 que els qui estan entre 110 i 125. També desaconsellen utilitzar el terme *prediabetis*, ja que dona per fet que aquests pacients arribaran a ser diabètics, cosa que en la majoria dels casos no passa. Així doncs, sembla prudent mantenir una postura conservadora i només posar l'etiqueta diagnòstica de «glucèmia basal alterada» als pacients amb valors d'entre 110 i 125 mg/dl. Desconeixem si en els propers mesos l'OMS o la Federació Internacional de Diabetis (IDF) prendran alguna posició al respecte.

2. Nova Guia per al tractament de la DM2 de la IDF (Federació Internacional de Diabetis)

IDF Clinical Guidelines Task Force. Global Guideline for Type 2 Diabetes: recommendations for standard, comprehensive, and minimal care. Diabet Med 2006; 23 (6): 5795-93.

Comentari: Es tracta de l'actualització del famós «consens europeu» que ara esdevé «mundial». La definició dels tres nivells de «cures» permet diferenciar el que és útil en qualsevol mitjà del món (estàndard) del que és imprescindible com a «mínim» o de l'ideal en situacions amb molts recursos. El document es pot descarregar de: <http://www.idf.org/webdata/docs/IDF%20GGT2D.pdf>

3. Nous criteris per al diagnòstic de la síndrome metabòlica establerts per la IDF

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome-a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. Diabet Med 2006; 23 (5): 469-480.

Comentari: Document de la IDF on es proposa la cintura abdominal com a «criteri obligatori» per al diagnòstic de la síndrome metabòlica (SM), al qual cal afegir dos criteris més dels ja considerats prèviament pel NCEP-ATPIII (HDL baix, hipertriglicèridèmia, PA > 130/85 i glucèmia > 110). Proposen diferents valors de cintura en funció de les ètnies, però sempre més baixos que els previs del NCEP-ATPIII (102 cm per als homes i 88 cm per a les dones). Així, per als europeus rebaixen els valors de la cintura abdominal a 94 cm en els homes i 80 cm en les dones. Això comporta un increment de la prevalença d'SM que, en un estudi fet en població adulta espanyola, passaria del 22 al 27,3% en els homes, i del 28,8 al 31,7% en les dones, tot i que l'increment de la prevalença de la cintura de risc passaria del 22,1 al 54,7% en els homes, i del 64,1 al 85,9% en les dones (Lorenzo et al. *Diabetes Care* 2006; 29: 685-691). Ningú ha criticat la rebaixa d'aquests valors diagnòstics de la cintura, però en canvi sí que s'ha qüestionat la utilitat clínica del diagnòstic d'SM i, de fet, un document de consens ADA/EASD (vegeu el següent article) desaconsella totalment l'ús d'aquest diagnòstic en la pràctica clínica.

4. No s'hauria d'utilitzar el diagnòstic «síndrome metabòlica», atès que no sembla comportar un major risc que la suma dels seus components per separat (consens ADA-EASD 2005)

Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The Metabolic Syndrome: Time for a Critical Appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2005; 28: 2289-2304.

Comentari: El grup de treball de l'ADA (Associació Americana de Diabetis) i l'EASD (Associació Europea de Diabetis) posa en dubte el valor de l'SM com a diagnòstic i, fins i tot, com a síndrome, ja que no hi ha suficient evidència perquè sigui reconegut com a marcador de risc vascular independent. Amb les evidències de què disposem considerem que l'SM no té un valor afegit sobre el risc que comporta la suma de cada un dels factors de risc (no és més que la suma de tots ells) i, per tant, en desaconsellen l'ús en la pràctica clínica. En termes pràctics es recomana l'abordatge estricte de cada un dels FRCV quan sigui necessari. Es sorprenent aquest posicionament contrari a la IDF, atès que en alguns estudis sí que es demostra un major risc de diabetis i de morbidimortalitat cardiovascular, però sembla una postura pragmàtica i coherent, especialment en les consultes sobresaturades d'Atenció Primària del nostre medi.

5. En dos estudis observacionals els pacients tractats amb metformina tenen un menor risc cardiovascular i menys mortalitat que els tractats amb sulfonilurees

Evans JM, Ogston SA, Emslie-Smith A, Morris AD. Risk of mortality and adverse cardiovascular outcomes in type 2 diabetes: a comparison of patients treated with sulfonylureas and Metformin. *Diabetologia* 2006; 49 (5): 930-936.

Johnson JA, Simpson SH, Toth EL, Majumdar SR. Reduced cardiovascular morbidity and mortality associated with Metformin use in subjects with Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2005; 22 (4): 497-502.

Comentari: Existeixen noves evidències dels beneficis a llarg termini en termes de mortalitat total i cardiovascular de la metformina enfront de les sulfonilurees (SU), a partir de dos registres poblacionals de prescripció al Canadà i al Regne Unit. Fins i tot, ajustant per altres factors de risc, tractaments i condicions, els pacients tractats amb SU van tenir una major mortalitat total i cardiovascular en tots dos estudis (HR de la mortalitat CV de 1,7 a l'estudi britànic i de 1,34 en el canadenc). En canvi, observen diferències pel que fa als pacients tractats amb la combinació de SU + metformina: a l'estudi britànic també van tenir una major mortalitat total i cardiovascular que metformina sola (HR de la mortalitat CV de 2,4), mentre que els autors canadencs observen una menor mortalitat total i cardiovascular respecte dels tractats amb SU (HR de la mortalitat CV de 0,59). Els autors opinen que més que un efecte perjudicial de les SU es tracta d'un efecte beneficiós de la metformina. Així doncs, tal com proposen les guies Sheffield i IDF, el tractament de primera elecció en el pacient amb DM2 (amb o sense sobrepès) hauria de ser sempre metformina si no existeix cap contraindicació o intolerància. Pel que fa a la combinació d'ambdós fàrmacs, tot i que els resultats són contradictoris, existeix consens que és la combinació de primera elecció quan falla la monoteràpia.

6. Els pacients tractats amb metformina tenen un menor risc de mortalitat per càncer que els tractats amb sulfonilurees o insulina

Bowker SL, Majumdar SR, Veugelers P, Johnson JA. Increased cancer-related mortality for patients with type 2 diabetes who use sulfonylureas or insulin. *Diabetes Care* 2006; 29: 254-258.

Comentari: Un altre estudi observacional que mostra més beneficis de metformina, ara en relació amb la menor mortalitat per càncer en comparació amb els pacients tractats amb SU o insulina (OR de 1,3 i 1,9 respecte de metformina). En altres estudis també s'ha suggerit la major incidència de càncer de colon en pacients DM2 tractats amb insulina (Renehan AG et al. *BMJ* 2005; 330: 551-552). Un cop més, no es pot esbrinar si la diferència es atribuïble als beneficis del tractament amb metformina o a un excés de risc en els malalts tractats amb insulina i SU. És doncs un altre argument a favor de que el tractament de primera elecció en el pacient amb DM2 hauria de ser sempre metformina si no és que existeix cap contraindicació o intolerància.

7. Estudi PROACTIVE: pioglitazona redueix episodis cardiovasculars majors en prevenció secundària, però amb un major risc d'insuficiència cardíaca

Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective PioglitAZone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 1279-1289.

Comentari: Es tracta del primer «megatrial» fet amb una glitazona. És un estudi en prevenció secundària en el qual van participar més de 5.000 pacients que prenen dos fàrmacs hipoglucèmics (un 33% insulina) i ja havien tingut un episodi cardiovascular (ECV). Aquests pacients van rebre pioglitazona o placebo durant 3 anys. Tot i que va haver una reducció del 10% de tots els ECV (variable principal), la diferència no va ser significativa. En canvi, en la variable secundària (IAM + AVC + mort cardiovascular) va haver una reducció significativa del 16%. A més d'una reducció no massa important de l'HbA1c (0,5) hi va haver reduccions de pressió arterial, triglicèrids i HDL-colesterol i un 53% menys de noves insulinitzacions en el grup de pioglitazona. Com a efectes adversos cal destacar l'increment de pes, dels edemes i de les hospitalitzacions per insuficiència cardíaca, motiu pel qual cal ser molt curosos en indicar aquest tractament a pacients amb risc d'ICC. Tot i els beneficis demostrats per pioglitazona, alguns experts creuen que en aquests pacients els inconvenients poden superar-los.

8. Triple teràpia: els pacients tractats amb SU + metformina que tenen una HbA1c superior al 9,5% es poden beneficiar més de l'addició d'insulina glargina que de la de rosiglitazona

Rosenstock J, Sugimoto D, Strange P, Stewart JA, Soltes-Rak E, Dailey G. Triple therapy in type 2 diabetes: insulin Glargine or Rosiglitazone added to combination therapy of sulfonylurea plus Metformin in insulin-naïve patients. *Diabetes Care* 2006 Mar; 29 (3): 554-559.

Comentari: Aquest estudi compara la triple teràpia oral afegint rosiglitazona amb l'addició d'insulina glargina nocturna en pacients tractats amb SU + metformina. La reducció de l'hemoglobina glicada va ser similar, però, analitzant els resultats segons l'HbA1c de partida, es va veure que, amb valors iguals o superiors al 9,5%, la reducció va ser significativament major amb glargina. Pel que fa als efectes adversos, els pacients insulinitzats es van engreixar la meitat del que es van engreixar els qui van rebre la glitazona i hi va haver un 12% d'edemes amb glitazona i cap cas amb insulina. En canvi, la taxa d'hipoglucèmia, un cop ajustada per l'índex de massa corporal, va ser del doble amb insulina glargina (tant total com nocturna). Per tant, tot i que les dues opcions són d'una eficàcia similar, abans de prendre una decisió cal considerar la HbA1c de partida per als efectes adversos. Si l'HbA1c és superior a 9 seria preferible la insulinització, atès que la seva titulació permetria una major reducció de l'HbA1c.

9. El tractament combinat amb metformina i una dosi nocturna d'insulina glargina o NPH és igual d'eficaç, però s'aconsegueix un millor control de la glucèmia abans de sopar amb glargina

Yki-Jarvinen H, Kauppinen-Makelin R, Tiikkainen M, Vabatalo M, Virtamo H, Nikkila K et al. Insulin Glargine or NPH combined with Metformin in type 2 diabetes: the LAN-MET study. Diabetologia 2006; 49 (3): 442-451.

Comentari: En aquest estudi els pacients tractats amb metformina van ser insulinitzats amb una pauta nocturna d'insulina glargina o d'NPH. Als 6 mesos, la reducció de l'HbA1c, les dosis d'insulina i els canvis en el pes van ser similars. Pel que fa a les hipoglucèmies només hi van haver diferències significatives en les «no confirmades» a les 12 setmanes (la meitat amb glargina), però aquesta significació va desaparèixer a les 36 setmanes. Una diferència significativa a favor de glargina va ser que la glucèmia abans de sopar va ser més baixa amb glargina que amb NPH. Aquest resultat seria atribuïble a la major durada de glargina (gairebé 24 hores). Glargina seria una bona solució per a aquells pacients tractats amb NPH en què l'HbA1c segueix essent alta, malgrat tenir valors adequats de glucèmia matinal.

10. Metaanàlisi: insulina glargina és igual d'eficaç i comporta menor risc d'hipoglucèmia greu que NPH en el tractament de la DM2

Rosenstock J, Dailey G, Massi-Benedetti M, Fritsche A, Lin Z, Salzman A. Reduced hypoglycemia risk with insulin Glargine: a meta-analysis comparing insulin Glargine with human NPH insulin in type 2 diabetes. Diabetes Care 2005; 28 (4): 950-955.

Comentari: Metaanàlisi de quatre estudis comparatius entre NPH (1 o 2 dosis/dia) i glargina en pauta de dosi única nocturna en pacients amb DM2 tractats amb fàrmacs orals. Glargina s'ha mostrat igualment efectiva (reducció d'HbA1c, dosis requerides i augment de pes), però amb un menor risc d'hipoglucèmies totals i nocturnes, especialment les greus (al voltant del 50%). Això podria facilitar un tractament més agressiu amb insulina i, per tant, un millor control amb menys hipoglucèmies. Òbviament, es necessiten estudis a llarg termini per conèixer si comporta millores en la qualitat de vida (en reduir la por a la hipoglucèmia), l'impacte econòmic del control de l'HbA1c i la menor incidència d'hipoglucèmies (estudis de cost-efectivitat).

11. Exenatida és igual d'efectiva i comporta menys augment de pes que la insulina glargina quan s'afegeix a SU + metformina

Heine RJ, Van Gaal LF, Johns D, Mibm MJ, Widel MH, Brodows RG; GWAA Study Group. Exenatide versus insulin Glargine in patients with suboptimally controlled type 2 diabetes: a randomized trial. Ann Intern Med 2005; 143: 5595-69.

Comentari: Als Estats Units es comercialitza des de fa un any l'exenatida, un fàrmac anàleg al GLP-1 que actua retardant el buidament gàstric, estimulant la secreció postprandial d'insulina, frenant el glucagó i augmentant la sacietat a nivell de l'hipotàlam. En diferents estudis s'ha vist que els anàlegs del GLP-1 redueixen la glucèmia postprandial, basal, l'HbA1c i el pes, en combinació amb fàrmacs orals i amb insulina. Com a principals inconvenients cal assenyalar la necessitat d'injecció (dos cops al dia, abans de menjar) i com efectes adversos freqüents les nàusees i vòmits atribuïbles al seu mecanisme d'acció i que milloren progressivament amb el pas del temps. L'originalitat d'aquest treball rau en el fet que compara la possibilitat d'utilitzar exenatida en comptes d'insulina quan fracassen els fàrmacs orals combinats (SU + Met). La reducció d'HbA1c va ser similar (1,1), però mentre que la insulina glargina va fer augmentar el pes dels pacients 1,8 kg, l'exenatida el va reduir en 2,3 kg (diferència de 4,1 kg). Les glucèmies postprandial i les hipoglucèmies nocturnes també van ser menors amb exenatida. Les nàusees i els vòmits van ser molt freqüents (57 i 17%, respectivament). Així doncs, l'exenatida seria una alternativa a la insulina, amb pitjor tolerància inicial, però amb beneficis sobre la pèrdua de pes, encara que es desconeixen els seus efectes a llarg termini. Actualment, s'estan estudiant altres fàrmacs amb un mecanisme d'acció similar, però per via oral, com els inhibidors del DPP-IV, que es l'enzim que degrada el GLP-1, i que en estudis en fase tres s'ha vist que tenen un efecte similar.

12. La insulina inhalada no es més efectiva que els fàrmacs orals i, per tant, es preferible afegir-la en lloc d'utilitzar-la en monoteràpia

Rosenstock J, Zinman B, Murphy LJ, et al. Inhaled insulin improves glycemic control when substituted for or added to oral combination therapy in type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 2005; 143: 549-558.

Comentari: En aquest estudi es van dividir els pacients en tres grups: els que van prendre fàrmacs orals (FFOO), els que van prendre insulina inhalada abans de menjar juntament amb FFOO (INH + FFOO) i els que van prendre insulina inhalada sola abans de menjar. Els pacients es van autoajustar les dosis d'insulina inhalada segons els nivells de glucèmia. Després de 12 setmanes, les reduccions en l'HbA1c eren superiors en el grup de INH + FFOO (1,67) que en el grup d'insulina inhalada sola (1,18), en relació amb el grup que va seguir amb només FFOO (grup control). L'augment de pes, els episodis d'hipoglucèmia i la tos lleu van ser més freqüents en els grups d'insulina inhalada. La funció pulmonar va ser similar en tots els grups. La insulina inhalada pot ser una opció del tractament per al diabètics tipus 2 quan no es controlen amb FFOO, però no és superior i, per tant, es preferible el tractament combinat. En aquest estudi no es va comparar amb insulina injectada, motiu pel qual no es pot valorar si realment és una alternativa real a la insulinització convencional. De fet, la seva acció es comparable a la d'un anàleg ràpid i per tant insuficient per un control de les 24 hores, el dispositiu del inhalador és massa gran i

només permet dosificar combinant les càpsules de 1 i 3 mg (equivalent a 3 i 9 unitats d'insulina). En canvi, la insulina injectada permet ajustaments més precisos de dosis i els anàlegs lents (com glargina) tenen l'avantatge de la dosi única diària, que es pot ajustar amb una sola punxada matinal de glucèmia. Finalment, malgrat que els pacients podrien preferir inhalar la insulina que no pas punxar-se-la, la necessitat de fer l'autoanàlisi en sang capil·lar pot reduir l'aparent benefici de no haver-se de punxar la insulina (la injecció d'insulina no és dolorosa, mentre que la de l'autoanàlisi sí que ho és).

13. Estudi ASCOT: atorvastatina redueix el nombre d'episodis cardiovasculars majors en pacients diabètics hipertensos d'alt risc cardiovascular

Sever PS, Poulter NR, Dablot B, et al. Reduction in Cardiovascular Events With Atorvastatin in 2,532 Patients With Type 2 Diabetes: Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA). *Diabetes Care* 2005; 28: 1151-1157.

Comentari: Subestudi de l'ASCOT.LLA que analitza l'efecte del tractament de la dislipèmia amb 10 mg d'atorvastatina en prevenció primària en 2.532 diabètics hipertensos d'alt risc (amb almenys tres FRCV) però sense hipercolesterolèmia (colesterol total < 220 mg/dl). Als 3,3 anys es van observar reduccions significatives d'episodis cardiovasculars majors (RRR 23%), però les reduccions en trastorns coronaris (16%), AVC (33%) i mortalitat no van ser significatives, probablement pel baix nombre de trastorns apareguts. Malgrat que els resultats no són tan «contundents» com els dels estudis HPS (amb simvastatina 40) i CARDS (amb atorvastatina 10), aquest estudi confirma el benefici del tractament amb atorvastatina en diabètics hipertensos d'alt risc sense hipercolesterolèmia en prevenció primària.

14. Estudi FIELD: fenofibrat redueix els episodis cardiovasculars totals, però no la variable principal de l'estudi (trastorns coronaris) en diabètics d'alt risc

Keech A, Simes RJ, Barter P, et al. Effects of long-term Fenofibrate therapy on cardiovascular events in 9795 people with type 2 diabetes mellitus (the FIELD study): randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 1849-1861.

Comentari: L'estudi FIELD pretenia conèixer si el fenofibrat podia reduir la malaltia cardíaca coronària i altres complicacions cardiovasculars en gairebé 10.000 pacients diabètics d'alt risc, dels quals un 78% no tenien antecedents de malaltia CV. Fenofibrat va reduir l'IAM no mortal un 24%, els trastorns cardiovasculars totals un 11%, i la revascularització coronària un 21%, però la variable principal d'aquest assaig (primer IAM mortal no mortal) no va arribar a la significació estadística a causa d'un increment de l'IAM mortal en el grup de fenofibrat (4,4 vs 3,7 per 1.000). Cal tenir en compte que el doble de pacients del grup tractat amb placebo van rebre una estatina (17 vs 8%), el que podia haver restat part del

benefici del fibrat. Malgrat els resultats positius previs dels estudis HHS i VA-HIT amb altres fibrats, els fibrats tenen un valor relatiu si es comparen amb les estatines. Així doncs, tal com recomanen les guies, els fibrats quedarien com a una opció alternativa quan predomina l'elevació de triglicèrids amb valors normals de colesterol, les estatines no es toleren o en associació amb aquestes.

15. No hi ha cap grup de fàrmacs antihipertensius que sigui millor que els altres pel que fa a la reducció de complicacions cardiovasculars en els diabètics

Turnbull F, Neal B, Algert C, et al. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Arch Intern Med.* 2005; 165 (12): 1410-1419.

Comentari: Metaanàlisi que compara els diferents grups farmacològics pel que fa a la mortalitat total i cardiovascular en diabètics i no diabètics. Quan es compara IECA amb diürètics i betablocadors, calciantagonistes amb diürètics i betablocadors i IECA amb calciantagonistes, s'observa que la reducció de la mortalitat cardiovascular, la malaltia coronària, l'AVC i els episodis cardiovasculars majors és similar en tots ells. On sí que es veuen diferències és en la insuficiència cardíaca: els diürètics i els betablocadors n'indueixen menys que els calciantagonistes. Els beneficis són similars en diabètics i no diabètics. Els autors opinen que els beneficis s'han d'atribuir a la magnitud de la reducció de la pressió arterial i que de moment no hi ha evidències que els IECA o els ARA II ofereixin avantatges sobre els altres fàrmacs antihipertensius en la reducció d'episodis cardiovasculars en els pacients diabètics.

16. DM2 no és igual a prevenció secundària: només els diabètics amb múltiples FRCV tenen un risc similar al dels no diabètics amb malaltia coronària o cardiovascular

Howard BV, Best LG, Galloway JM, et al. Coronary heart disease risk equivalence in diabetes depends on concomitant risk factors. *Diabetes Care* 2006; 29: 391-397.

Comentari: Estudi observacional prospectiu nord-americà que demostra que els diabètics no tenen el mateix risc coronari que els infartats no diabètics i que, per tant, no s'ha de considerar la diabetis com un equivalent coronari (afirmació de l'NCEP-ATPIII basant-se en l'estudi de Haffner et al, *Diabetes Care* 1998). Un grup de 4.549 persones va ser seguit durant 10 anys per establir la incidència de malaltia coronària i cardiovascular (mortal i no mortal). Al igual que en altres estudis, els diabètics sense MCV tenen un risc de patir episodis coronaris mortals i no mortals inferior al de les persones no diabètiques amb MCV (25,9 vs 57,4 en homes i 19,1 vs 58,4 en dones). La incidència de malaltia coronària dels diabètics

amb 1 o 2 FR addicionals va ser del 14%, mentre que en els que tenen múltiples FR va ser del 40%. Pel que fa a la incidència de malaltia cardiovascular i la mortalitat, els resultats van ser similars. Aquest estudi reafirma l'opinió de molt experts, i també de les guies del nostre país, que

consideren que, en prevenció primària, en el diabètic també s'ha de calcular el risc coronari abans de decidir un tractament hipolipemiant, ja que no tots els diabètics tenen el mateix risc (malgrat que l'NCEP els consideri com a prevenció secundària).

ACTUALITZACIÓ EN MALALTIES INFECCIOSES

AUTOR

Carles Llor Vilà
EAP Jaume I, Tarragona.
Grup d'Infeccioses de la CAMFiC.
Granollers, 30 de juny de 2006

1. És essencial sospitar la meningitis meningocòccica en les primeres 6 hores d'evolució. El tractament inicial amb penicil·lina no és útil

Thompson MJ, Ninis N, Perera R, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet 2006; 367: 397-403.

Comentari: En un estudi dut a terme amb 448 nens de fins a 16 anys amb diagnòstic de meningitis (103 amb meningitis mortal i 345 amb meningitis no mortal), amb confirmació microbiològica de *Neisseria meningitidis* en 373 casos, es va observar que la majoria d'ells presentava símptomes no específics en les primeres 4-6 hores. Només 165 nens van ser derivats a l'hospital a la primera consulta amb el metge d'Atenció Primària (51%). La clàssica tríada de rash hemorràgic, meningisme i alteració de la consciència aparegué tard (mitjana d'inici de 13-22 hores). No obstant això, el 72% dels nens va presentar símptomes inicials de sèpsia (mal de cames, mans i peus freds i color anòmal de la pell) que van aparèixer en una mitjana de 8 hores. Val a dir que en aquest treball els nens arribaren a l'hospital amb una mitjana de temps de 19 hores.

Les conclusions d'aquest estudi són molt significatives i útils per salvar vides: molt abans que aparegui la clínica clàssica de rash hemorràgic, rigidesa nugal i fotofòbia, que acostuma a observar-se a partir de les 13 hores d'infecció meningocòccica, una clínica precoç de fredor de mans i peus i color anòmal de la pell (a més de mal de cames en nens més grans d'un any) ha de fer sospitar al clínic la infecció per meningococ.

Harnden A, Ninis N, Thompson M, et al. Parenteral penicillin for children with meningococcal disease before hospital admission: case-control study. BMJ 2006; 332: 1295-1297.

Comentari: Una de les situacions més incòmodes a l'Atenció Primària és el maneig d'una sospita de meningitis en la consulta abans de ser derivada a l'hospital. Hi ha països on tenen protocol·litzat administrar una dosi de penicil·lina parenteral abans de la derivació perquè es pensa que minva la mortalitat. El fonament per a aquesta pràctica es basa en estudis observacionals duts a terme fa uns quants anys. En el primer número de juny de 2006 es

publiquen a *BMJ* diversos treballs relacionats amb aquest tema. El més important és un estudi de casos i controls fet al Regne Unit de 1997 a 1999, en què s'incloueren individus de 0 a 16 anys amb malaltia meningocòccica. Aquest és un subestudi de l'estudi comentat anteriorment, on es reclutaren 448 nens, però el treball de Harnden només prengué en consideració els 158 nens en què els metges de família van tenir la sospita diagnòstica de meningitis meningocòccica. Uns altres 166 nens van ser atesos també pels metges de família, però en aquests no es va sospitar la infecció meningocòccica. En l'anàlisi global s'incloueren tots els nens amb malaltia meningocòccica independentment de si els metges d'Atenció Primària van tenir la sospita diagnòstica o no. En l'anàlisi global, l'administració de penicil·lina va tenir un cert efecte protector (*odds ratio* sense ajustar de 0,85). Dels 158 infants valorats en el treball de Harnden, 26 van morir i 132 van sobreviure (l'*odds ratio* sense ajustar va ser de 5,96). Quan l'*odds ratio* es va ajustar per altres variables de confusió, l'associació amb la mortalitat va ser fins i tot més alta: 7,45 vegades més (IC 95%: 1,47-37,67) possibilitats de morir que els que no van ser tractats amb antibiòtics i també major possibilitat de complicacions en els que van sobreviure si van rebre antibiòtics (cinc vegades més; IC 95%: 1,7-15). Si s'haguessin inclòs en l'anàlisi els 166 nens que van ser vistos per metges de família, però en els quals no es va sospitar la malaltia meningocòccica, l'*odds ratio* hauria baixat a 1,45.

En comparació amb la majoria d'estudis observacionals publicats fins ara, el resultat d'aquest estudi de casos i controls és molt conclouent: és millor no donar penicil·lina. També és cert que no tots els estudis fets fins ara havien demostrat una efectivitat clara de l'antibiòtica prèvia: així, en quatre dels 12 estudis en què s'avaluava l'efectivitat de l'administració parenteral de penicil·lina s'observaren resultats desfavorables per a l'antibiòtica. L'estudi de Harnden és el primer on només es valoren aquells infants en què es fa el diagnòstic de presumpció de meningitis meningocòccica; és, de fet, una fortalesa de l'estudi, ja que la incertesa en el maneig es produeix únicament quan es té la sospita de meningitis. Com diu Perera en el mateix número del *BMJ*, per tenir la possibilitat de rebre l'administració de penicil·lina, l'infant havia de ser vist prèviament per un metge d'Atenció Primària i, realment, els nens vistos

pel metge de família van tenir una mortalitat més baixa que els que no van ser atesos per cap metge d'Atenció Primària (18 vs 37%).

Quines són les possibles explicacions dels resultats tan desfavorables per a la penicil·lina observats en aquest estudi? Se n'assenyalen unes quantes:

- El possible efecte beneficiós de la penicil·lina en els estudis previs podia ser causat pel fet que els pacients que van rebre antibioteràpia van arribar abans a l'hospital. Així, els 158 nens diagnosticats de malaltia meningocòccica pels metges d'Atenció Primària portaven més temps de malaltia que els 166 que també van ser atesos per metges d'Atenció Primària però que no van ser diagnosticats (14 vs 8 hores de mitjana de temps des de l'inici dels símptomes).
- La gravetat dels pacients va ser diferent entre els que van rebre antibioteràpia: els que van ser tractats amb penicil·lina estaven més greus i realment van puntuar més alt que aquells que van ser derivats sense donar l'antibiòtic en una escala de gravetat (*Glasgow meningococcal septicæmia prognostic score*): una mitjana de 6,5 entre els primers i de 4 en els controls en el moment de ser admesos a l'hospital.
- Una altra possible explicació de la major gravetat dels nens que van rebre penicil·lina podria ser el fet que la penicil·lina precipita el xoc per a l'alliberament d'endotoxines durant la bacteriòlisi abans que el nen arribi a l'hospital.
- Una altra explicació, apuntada per Kvalsvig en una resposta ràpida a aquest article, és que el xoc, el meningisme i el rash petequial són manifestacions tardanes d'una resposta inflamatòria a les endotoxines més que pels efectes del meningococ. En aquesta fase més tardana, el tractament antibiòtic ja és inútil. Dit d'una altra manera, un cop ja ha passat un temps determinat, just quan hi ha una càrrega microbiana important i el dany tissular és important, tant se val el maneig que se'n faci.

Els diferents treballs publicats en el *BMJ* deixen clar que la situació en aquests moments és incerta i que per arribar a una conclusió definitiva sobre el que s'ha de fer davant la sospita de meningitis meningocòccica caldria dur a terme un assaig clínic. No hi cap dubte que més important que qüestionar l'antibioteràpia abans de derivar el pacient a l'hospital és, a l'hora de salvar vides, fer la sospita de meningitis al més aviat possible, fer la derivació a l'hospital al més ràpid possible, monitoritzar el pols i la freqüència respiratòria i ser capaç de detectar el xoc hipovolèmic si es produeix. El primer punt és bàsic per al metge d'Atenció Primària. En aquest sentit, us recomanem la consulta d'un treball recent sobre els primers símptomes que apareixen en la meningitis, publicat pels mateixos autors.

2. L'efectivitat dels β -lactàmics en el tractament de la pneumònia atípica no greu és similar a la dels macròlids o les quinolones

Mills GD, Oebley MR, Arrol B. *Effectiveness of β -lactam antibiotics compared with antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis. BMJ 2005; 330: 456-58.*

Comentari: Es tracta d'una metaanàlisi d'assaigs clínics doble cec, en què es compara un β -lactàmic amb un antibiòtic eficaç enfront els atípics (macròlids, ketòlids i fluoroquinolones). En aquesta metaanàlisi s'inclouen treballs no publicats duts a terme per companyies farmacèutiques. En aquest estudi s'identificaren 18 estudis que abraçaven 6.749 pacients, amb una mitjana d'edat més baixa que en condicions normals. Ni els macròlids, els ketòlids ni les fluoroquinolones foren més eficaços que els β -lactàmics en els pacients amb infeccions causades per gèrmens atípics, observant-se un risc relatiu de fracàs terapèutic de 0,97 (IC 95%: 0,87-1,07). Aquesta equivalència en el nombre de fracassos s'observà en les pneumònies causades per *Mycoplasma pneumoniae* (n: 211) amb un risc relatiu de 0,60 (IC 95%: 0,31-1,17) i en les causades per *Chlamydia pneumoniae* (n: 115) amb un RR: 2,32 (IC 95%: 0,67-8,03). En canvi, els nous antibiòtics foren més eficaços que els β -lactàmics en les pneumònies causades per *Legionella* (RR: 0,4; IC 95%: 0,19-0,85), encara que el nombre de pneumònies per aquest germen foren molt poques. Els nous antibiòtics tenen una excel·lent activitat *in vitro* enfront els tres gèrmens atípics. Hi poden haver diverses raons per explicar aquests resultats. El diagnòstic moltes vegades és incorrecte, es tracta habitualment d'infeccions autolimitades, o bé podria tractar-se de coinfeccions asimptomàtiques amb un patògen que sí que respon al tractament β -lactàmic. A partir d'aquestes dades, no es recolza la combinació rutinària de dos antibiòtics per tractar la pneumònia atesa a la comunitat. Les recomanacions de tractament antimicrobià en la pneumònia es basen habitualment en opinions d'experts i en dades *in vitro* més que en les dades observades dels assaigs clínics. Els resultats d'aquesta metaanàlisi recolzen el tractament inicial en monoteràpia amb un β -lactàmic [nivell d'evidència 1a].

3. La vacuna antipneumocòccica és útil per prevenir la mortalitat en la gent gran

Vila-Córcoles A, Ochoa-Gondar O, Hospital I, Rodríguez T, Gómez A. *Protective effect of pneumococcal vaccine against death by pneumonia in elderly subjects. Eur Respir J 2005; 26: 1086-1091.*

Comentari: La vacuna antipneumocòccica polisacàrida 23-valent va ser comercialitzada l'any 1983. En l'actualitat es recomana per a les persones grans i grups d'alt risc. Tanmateix, malgrat el llarg temps transcorregut des de la seva introducció, la seva efectivitat en la prevenció de la infecció pneumocòccica i altres episodis clínicament rellevants segueix essent discutida. Un grup de metges de família de Tarragona van avaluar l'efectivitat de la vacuna per a la prevenció de la malaltia invasiva, pneumònia i mort entre els individus de més de 65 anys, per la qual cosa van seguir dues cohorts de pacients vacunats uns i altres no vacunats durant 40 mesos, incloent-hi tots els majors de 65 anys assignats a vuit centres de salut (n: 11.241). Aquest és un estudi preliminar amb 2 anys de seguiment. Les variables de resultats principals van ser la pneumònia adquirida a la comunitat (hospitalitzada o ambulatoria) i la mort per pneumònia. Totes les pneumònies van ser validades mirant les històries clíniques dels pacients tant a l'hospital de referència com en els centres de salut. En l'anàlisi multivariant es va ajustar per edat, sexe,

estat de vacunació antigripal, comorbiditat i estat immunològic. La vacunació antipneumocòccica no va alterar el risc d'hospitalització per pneumònia (*hazard ratio*: 0,80; IC 95%: 0,5-1,28) ni de pneumònia en general (HR: 0,86; IC 95%: 0,56-1,31), però sí que es va associar amb una reducció significativa de mortalitat per pneumònia (HR: 0,28; IC 95%: 0,09-0,83). La conclusió d'aquest treball –que reflecteixen altres publicats sobre la matèria– és que la vacuna no és pas efectiva per minvar l'aparició de pneumònia, però sí que ho és per minvar-ne el risc de mortalitat, la qual cosa aporta més arguments per recomanar la vacunació sistemàtica entre els ancians.

4. Les infeccions respiratòries baixes a l'Atenció Primària són majoritàriament virals

Creer DD, Dilworth JP, Gillespie SH, et al. Aetiological role of viral and bacterial infections in acute adult lower respiratory tract infection (LRTI) in primary care. Thorax 2006; 61: 757-9.

Comentari: Un dels motius de consulta més freqüents en l'Atenció Primària és la infecció de vies respiratòries. En molts casos, la seva etiologia és desconeguda, però en un percentatge molt alt es dona tractament antibiòtic. En aquest cas, uns metges d'Atenció Primària van fer un estudi prospectiu i controlat, que incloïa 80 pacients adults (casos) i 49 controls en un període de 12 mesos. Es van fer frotis de gola, aspirats nasals, cultius d'esput, amplificació d'àcids nucleics per tal de detectar *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* i virus gripals, parainfluenza 1-3, coronavirus, virus respiratori sincític, adenovirus, rinovirus i enterovirus alhora que es va dur a terme l'anàlisi bacteriològica de l'esput. Es van identificar microorganismes potencialment patògens en 55 pacients amb infeccions del tracte respiratori inferior (69%) i en set controls (14%; $p < 0,0001$). El percentatge de detecció va ser del 63% per a etiologia viral i del 26% per a etiologia bacteriana entre els pacients, i del 12 i el 6%, respectivament, entre els controls. Els microorganismes que més freqüentment es van identificar entre els pacients van ser rinovirus (33%), influenzavirus (24%) i *Streptococcus pneumoniae* (19%) comparat amb el 2% ($p < 0,001$), 6% ($p < 0,02$) i 4% ($p < 0,01$), respectivament, en els controls. Es van identificar múltiples patògens en 18 de 80 infeccions del tracte respiratori (22,5%) i en dos de 49 controls (4%; $p = 0,01$). Una troballa interessant d'aquest treball és que rarament es van identificar gèrmens atípics i que la clínica no ajuda a distingir la causa viral de la bacteriana, fet que ja es coneixia prèviament. Aquest treball palesa una vegada més l'àmplia etiologia viral que veiem en les infeccions del tracte respiratori baix en la comunitat.

5. Es poden donar cefalosporines als pacients al·lèrgics a la penicil·lina

Apter AJ, Kinman JL, Bilker WB, et al. Is there cross-reactivity between penicillins and cephalosporins? Am J Med 2006; 119: 354. e11-19.

Comentari: L'al·lèrgia a la penicil·lina o a l'amoxicil·lina és una de les reaccions al·lèrgiques que apuntem més a les històries clíniques. No obstant això, moltes vegades ens

preguntem quantes de les al·lèrgies que apuntem ho són veritablement. En aquest sentit, els treballs publicats sobre aquest tema ens confirmen que no més del 10% dels casos d'al·lèrgia es confirmen amb proves cutànies. Fins fa poc, diagnosticar «al·lèrgia a la penicil·lina» implicava automàticament la prescripció d'un macròlid, ja que sempre s'havia comentat que no es podia administrar una cefalosporina. En aquest sentit, s'han publicat en el darrer any diverses revisions on es demana per l'evidència disponible sobre la tan famosa reactivitat creuada entre les penicil·lines i les cefalosporines. Els resultats són clars en el sentit que un 10% aproximadament dels pacients amb al·lèrgia confirmada a la penicil·lina són al·lèrgics a les cefalosporines de primera generació i a alguna de segona generació; en canvi, no s'ha vist aquesta associació amb les cefalosporines de tercera generació. Això es produeix per la similitud de les cadenes laterals de les cefalosporines i de les penicil·lines, de manera que com més semblants són, hi ha més probabilitat de reactivitat creuada; aquest és el cas de cefadroxil, cefalexina o cefalotina. En canvi, aquest risc es minimitza quan s'administren cefalosporines més noves. Pichichero, en una revisió recent, arriba a afirmar que la utilització d'aquestes cefalosporines amb cadenes laterals diferents de les de la penicil·lina i d'amoxicil·lina és segura en els pacients amb al·lèrgia a les penicil·lines i que el risc de reactivitat és tan baix que el seu ús es justifica fins i tot des del punt de vista medicolegal. No obstant això, sembla raonable la idoneïtat de fer una prova cutània als pacients que presenten una reacció anafilàctica prèvia amb penicil·lina abans d'instaurar-los un tractament amb una cefalosporina, i probablement els pacients que presenten una al·lèrgia dubtosa a penicil·lina/amoxicil·lina són els qui podrien beneficiar-se de l'ús de cefalosporines.

Altres treballs relacionats:

Pichichero ME. Cephalosporins can be prescribed safely for penicillin-allergic patients. J Fam Pract 2006; 55: 106-112.

6. La idoneïtat de les pautes curtes de 3 dies en les cistitis de les dones i en les pneumònies no greus

Katchman EA, Milo G, Paul M, Christiaens T, Baerheim A, Leibovici L. Three-day vs longer duration of antibiotic treatment for cystitis in women: Systematic review and meta-analysis. Am J Med 2005; 118: 1196-1207.

Comentari: Es tracta d'una metaanàlisi que tenia per objectiu esbrinar l'eficàcia i la seguretat de la pauta antibiòtica curta oral de 3 dies per a la cistitis no complicada en la dona no embarassada respecte a la pauta de 5 dies o més per tal d'alleujar els símptomes i per assolir el guariment bacteriològic. Es van identificar 32 assaigs clínics aleatoris i controlats, incloent-se 9.605 pacients. No es van observar diferències estadísticament significatives quant a taxes de fracàs a curt termini entre ambdues pautes (RR: 1,16, IC 95%: 0,96-1,41) ni tampoc a llarg termini (RR: 1,17, IC 95%: 0,99-1,38). No obstant això, la pauta de 3 dies va ser menys efectiva per prevenir el fracàs bacteriològic, assolint-se un risc relatiu d'1,37 (IC 95%: 1,07-1,74) a curt termini i d'1,47 (IC 95%: 1,22-1,77) a llarg termini. Com era d'esperar es van observar més efectes secundaris entre les dones assignades a les pautes perllongades (RR: 0,83, IC95%: 0,79-0,91).

Els autors de la metaanàlisi conclouen dient que ambdues pautes són similars tot i que s'aconsegueix major eradicació bacteriològica amb la pauta més llarga.

El Moussaoui R, De Borgie CA, Van der Broek P, et al. Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. BMJ 2006; 332: 1355-1362.

Comentari: Article publicat el mes de juny de 2006. Es tracta d'un assaig clínic aleatori i controlat amb placebo dut a terme en l'àmbit hospitalari, en què es comparen dues pautes terapèutiques en persones diagnosticades de pneumònia no greu (amb una puntuació en el *Pneumonia Severity Index* de menys de 110) i que han millorat prèviament amb una pauta d'amoxicil·lina endovenosa durant 3 dies. Un grup va ser assignat a 5 dies més d'amoxicil·lina 750 mg/8 h per via oral, i l'altre grup, a placebo. Ambdós grups van ser comparables en l'inici de l'estudi amb l'única diferència que els assignats a placebo estaven més greus que els que es van assignar a antibioteràpia. L'efectivitat clínica als 10 dies va ser del 93% en ambdós grups i als 21 dies tampoc es van observar diferències estadísticament significatives (90% de guariment en el grup assignat a placebo i 88% entre els tractats amb la pauta d'amoxicil·lina). Quant a la resolució radiològica de la pneumònia, tampoc es van trobar diferències estadísticament significatives entre ambdós grups (86% en el dia desè i en el dia 28è entre els assignats a placebo i del 85 i 79%, respectivament, en els assignats a tractament antibiòtic). Només es van trobar diferències estadísticament significatives pel que fa als efectes secundaris (11% en el grup placebo i 21% en el grup de tractament). Aquests resultats posen de manifest una incertesa que s'està arrossegant des de fa temps: la durada del tractament antibiòtic. Sabem que com més llarga és la pauta més resistències se'n generen i més incompliment es produeix. Segons els resultats d'aquest estudi, i un cop instaurat un tractament amb amoxicil·lina a dosis altes en un pacient amb pneumònia, caldria citar-lo al cap de 3 dies per observar-ne l'evolució; en cas de millora, podríem discontinuar el tractament antibiòtic, atès que la continuació d'aquest tractament durant més dies no aporta major guariment.

7. El paper de les estatines en la pneumònia i en la infecció gripal

Fedson DS. Pandemic influenza: A potential role for statins in treatment and prophylaxis. Clin Infect Dis 2006; 43: 199-205.

Comentari: S'han publicat diversos treballs sobre l'efectivitat de les estatines en la pneumònia i en la infecció gripal. En una excel·lent revisió, Fedson publica en el número del 15 de juliol del *Clinical Infectious Diseases* tota l'evidència disponible sobre aquest nou rol de les estatines, en un moment d'incertesa sobre el possible adveniment d'una pandèmia gripal, i on l'accés a les vacunes i antivirals tampoc no està garantit. És conegut que les infeccions per influenzavirus s'associen amb un augment en la presentació de malalties cardiovasculars en general. S'ha observat que augmenten els nivells sèrics de diverses citocines proinfla-

matòries, com el factor de necrosi tumoral alfa, la interleucina 6 i la proteïna C reactiva. A més, les persones que s'han mort al sud-est asiàtic per la infecció per H5N1 presentaven nivells molt elevats d'aquestes citocines. Estudis clínics fets amb persones adultes sanes amb grip han demostrat que els pacients amb concentracions més altes de citocines proinflamatòries tenen un risc més elevat de ser admesos més endavant a l'hospital per complicacions posteriors, la més comuna per pneumònia adquirida a la comunitat.

És conegut el paper beneficiós de les estatines en les persones amb malalties cardiovasculars; una metaanàlisi recent amb 90.056 individus inclosos en 14 assaigs clínics mostrava que la presa d'estatina durant 5 anys minva en un 19% la mortalitat per trastorns coronaris i el 17% en ictus. Aquest efecte està lligat a la disminució en els nivells de colesterol que s'aconsegueix, però també als efectes antiinflamatoris i immunomoduladors que aquests fàrmacs tenen, ja que s'ha vist que redueixen de forma substancial les concentracions d'aquestes citocines. Diversos treballs han posat de manifest que les estatines poden ser beneficioses en els pacients amb infeccions greus. Això s'ha vist, principalment, en estudis experimentals amb models animals on les estatines alteren favorablement el curs de la sèpsia bacteriana, però també en els humans. Així, el tractament concomitant amb estatines redueix en un 87-92% la taxa de mortalitat atribuïda a la bacterièmia segons els resultats de dos estudis publicats recentment. En un altre estudi publicat a *Lancet* en el 2006, amb 70.000 persones grans donades d'alta després de ser hospitalitzades per episodis cardiovasculars aguts, les que foren tractades amb estatines van mostrar un risc menor de noves hospitalitzacions per sèpsia en general i per sèpsia mortal que les que no foren tractades amb estatines. Ara bé, el més interessant de tot plegat és que això també passa en infeccions menys greus. Així, un estudi retrospectiu publicat l'any 2005 realitzat a 787 pacients amb pneumònia adquirida a la comunitat va posar de manifest que, al cap de 30 dies de tractament amb estatines, la mortalitat es reduïa un 64% respecte d'aquells pacients que no seguien cap tractament amb estatines.

Tot això fa pensar que davant la possible aparició de pandèmia gripal podria ser beneficiós el tractament amb estatines. També seria cost-efectiu (només cal mirar el que costa un antiviral i el que costa una estatina genèrica amb preu de referència). També s'han vist efectes beneficiosos amb altres tipus de medicaments, com ara els inhibidors de l'ECA, els ARA II, els antagonistes de l'aldosterona i els inhibidors de la fosfodiesterasa, però on hi ha més cos científic és amb les estatines. Naturalment, a partir d'aquí caldria dissenyar un bon assaig clínic per veure si es confirmen aquests excel·lents resultats.

8. És important considerar els calfreds com a factor predictor de bacterièmia en el quadre febril

Tokuda Y, Miyasato H, Stein GH, Kishaba T. The degree of chills for risk of bacteremia in acute febrile illness. Am J Med 2005; 118: 1417. e1-6.

Comentari: Aquest estudi tenia per objectiu avaluar els diferents graus de calfreds en la predicció del ric de bacterièmia en pacients amb malalties febrils agudes. Per això, seguint una metodologia prospectiva, es van

incloure en un servei d'urgències pacients adults de forma consecutiva amb síndrome febril. Es definiren diferents graus de calfreds: lleus, quan es considerava equivalent a una sensació de fred que requeria posar-se una jaqueta al damunt, moderats quan era necessari posar-se una manta gruixuda, i greus quan, malgrat la manta gruixuda, tot el cos tremolava. Dels 526 pacients inclosos, 40 van desenvolupar una bacterièmia (7,6%), 65 pacients van presentar calfreds que es van catalogar com a greus (12,4%), 100 individus van patir calfreds moderats (19%), i 105, calfreds lleus (20%). Comparant-los amb aquells que no van presentar calfreds, el risc de bacterièmia va ser de 12,1 (IC 95%: 4,1-36,2) per aquells que presentaven calfreds greus; 4,1 (IC 95%: 1,6-10,7) per als que van tenir calfreds moderats, i 1,8 (IC 95%: 0,9-3,3) per als que van tenir calfreds lleus. L'especificitat dels calfreds greus va ser del 90,3% (IC 95%: 89,2-91,5) amb una raó de probabilitat positiva de 4,65 (IC 95%: 2,95-6,86). L'absència de calfreds va mostrar una sensibilitat del 87,5% (IC 95%: 74,4-94,5) amb un raó de probabilitat negativa de 0,24 (IC 95%: 0,11-0,51). Aquest estudi posa de manifest que, com més importants són els calfreds, més possibilitats hi ha de desenvolupar una bacterièmia, fet que hem de tenir en compte quan visitem un pacient amb una síndrome febril.

9. El paper dels antibiòtics en la conjuntivitis bacteriana és marginal

Rietveld R, Ter Riet G, Bindels P, Bink D, Sloos JH, Van Weert H. *The treatment of acute infectious conjunctivitis with fusidic acid: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2005; 55: 924-930.*

Comentari: En Atenció Primària és una pràctica habitual tractar amb antibiòtics tòpics qualsevulla conjuntivitis presumiblement bacteriana que visitem malgrat la poca evidència del benefici que s'obté amb la seva utilització. En aquest assaig clínic aleatori controlat amb placebo, doble cec, fet a vint-i-cinc centres d'Atenció Primària d'Holanda es comparava el gel amb àcid fusídic amb el placebo en les conjuntivitis infeccioses agudes (en aquell país és l'antibiòtic tòpic que més s'empra per a la conjuntivitis bacteriana). Els subjectes inclosos van ser aquells amb clínica d'ull vermell i la presència de supuració mucopurulenta o la presència de parpelles enganxades o d'ambdós. La pauta va ser posar-se una gota de gel d'àcid fusídic o placebo quatre vegades al dia durant 7 dies i es va utilitzar com a variable de resultat principal les taxes de guariment als 7 dies. Es van analitzar 163 pacients, guarint-se 45 dels 81 pacients assignats a tractament actiu, i 53 de 90 assignats a placebo, assolint una diferència de 5,3% entre ambdós tractaments (IC 95%: -11 a 18). No es van observar diferències en la mitjana de simptomatologia entre ambdós grups. La prevalença de cultiu bacterià positiu a l'inici va ser del 32%; l'eradicació bacteriana va ser del 76% entre els assignats a àcid fusídic i del 41% entre els que reberen placebo, observant-se una diferència de risc del 35% (IC 95%: 9,3-60,4). L'efectivitat del tractament va ser més alta entre els pacients que tenien cultiu positiu a l'inici (23% de diferència, IC 95%: -6 a 42). Aquest estudi posa de manifest que el benefici del tractament antibiòtic en les conjuntivitis bacterianes és marginal.

Sbeikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis update. Br J Gen Pract 2005; 55: 962-964.

Comentari: La major part d'assaigs clínics fets per comparar el tractament antibiòtic amb el placebo en les conjuntivitis bacterianes s'han fet en l'àmbit hospitalari. En Atenció Primària només se n'han publicat dos: un és el comentat anteriorment i l'altre comparava el cloramfenicol amb el placebo en els nens. Les metaanàlisis de dades de remissió clínica i microbiològica palesen que l'aplicació tòpica d'antibiòtics és beneficiosa quant a la millora precoç dels símptomes (dies 2-5), assolint un risc relatiu de millora simptomàtica d'1,24 (IC 95%: 1,05-1,45) i microbiològica (risc relatiu d'1,77; IC 95%: 1,23-2,54). En canvi, encara que s'observen diferències estadísticament significatives, les dades en la reducció de símptomes a llarg termini no són clínicament rellevants (risc relatiu d'1,11; IC 95%: 1,02-1,21) ni tampoc en les taxes de guariment bacteriològic a llarg termini (risc relatiu d'1,56; IC95%: 1,17-2,09). El que és cert és que moltes conjuntivitis bacterianes agudes es resolen espontàniament, encara que no sabem clínicament quines són aquestes.

10. Augment de les infeccions de transmissió sexual en la nostra àrea

Menéndez B, Ballesteros J, Clavo P, Del Romero J. Aumento de la sífilis y de la infección gonocócica en varones homosexuales o bisexuales en Madrid. Med Clin (Barc) 2005; 125: 756.

Comentari: A Espanya, el sistema de malalties de declaració obligatòria ha mostrat importants reduccions en la incidència de sífilis i d'infecció gonocòccica fins l'any 2001. En els 2 anys posteriors s'insinua un canvi en aquesta tendència, principalment entre els homosexuals. Amb l'objectiu de conèixer la incidència de sífilis, gonocòccia i infecció per *Chlamydia* es va fer aquest estudi a Madrid, on es demostra un augment en la consulta per aquestes malalties de 2002 a 2004. El nombre de persones heterossexuals es mantingué estable i el d'homes homosexuals i bisexuals va anar creixent, passant del 29,5% de tots els pacients l'any 2002 al 37,3% l'any 2004. Amb això es confirma a Espanya un augment en les conductes de risc en les relacions sexuals entre els homes. Les mesures per fer front a aquesta nova situació han d'abastar el tractament dels casos i les seves parelles, esperar els programes de prevenció i control de les infeccions de transmissió sexual, sobretot quant a les activitats i missatges adreçats als homes homosexuals. Val a dir que aquests resultats s'estenen a tota l'àrea geogràfica del sud d'Europa.

Altres treballs relacionats:

Vall-Mayans M, Casals M, Vives Á, Loureiro E, Armengol P, Sanz B. Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona, 2002-2003. Med Clin (Barc) 2006; 126: 94-96.

Massari V, Dorléans Y, Flabault A. Persistent increase in the incidence of acute male urethritis diagnosed in general practices in France. Br J Gen Pract 2006; 56: 110-114.

ACTUALITZACIÓ EN SALUT MENTAL

AUTORA

Anna Moretó Reventós
ABS Sant Andreu, Barcelona.
Grup de Salut Mental de la CAMFiC.
Granollers, 30 de juny de 2006

EPIDEMIOLOGIA

Kessler R, Demler O, Frank R, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. N Engl J med 2005; 352: 2515-2523.

Comentari: Estudi multicèntric fet als Estats Units on es comparen dos estudis de tendències en prevalença i tractament de les malalties mentals en població de 18 a 54 anys. El primer estudi va ser fet entre 1990 i 1992, i el segon, entre 2001 i 2003.

La prevalença i la gravetat dels trastorns mentals es manté estable, però el nombre de pacients tractats aug-

menta. Les visites anuals a especialistes en salut mental han augmentat en un 50% entre 1992 i 2000 i el nombre de persones que reben tractament per depressió s'ha triplicat entre 1987 i 1997. Només la meitat dels qui reben tractament compleixen criteris de trastorn mental, l'augment en els pacients tractats es produeix tant en l'Atenció Primària com en l'especialitzada i es independent de la gravetat del trastorn. L'augment dels tractaments no fa disminuir el nombre ni el tipus de trastorns. Els grups socialment desfavorits segueixen sense rebre tractament quan els caldria.

Atribueixen l'augment dels tractaments al marketing en la indústria farmacèutica i al desenvolupament de programes comunitaris de detecció de trastorns mentals.

Fabregat, Perera & Bosch

A D V O C A T S

Dret Civil: contractes, responsabilitat civil, accidents de trànsit, dret de consumidors i usuaris, arrendaments, immobiliari, separacions i divorcis, herències i testaments.

Dret Mercantil: constitució de societats, operacions societàries, secretaries de societats i consells d'administració, contractació i insolvències, propietat industrial i intel·lectual.

Dret Penal: assessorament i defensa en delictes de caire socioeconòmic (estafes, apropiacions indegudes, aixecaments de béns, delictes societaris, delictes fiscals, delictes contra el medi ambient, alcoholèmies o lesions).

Dret Laboral: acomiadaments individuals i col·lectius, reclamacions Seguretat Social, accidents de treball, convenis col·lectius, assessorament de problemàtiques laborals.

Dret Fiscal i Comptabilitat: declaracions fiscals (IRPF, patrimoni, impost societats, IVA, transmissions i successions). Comptabilitat d'empreses i particulars.

Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin(Barc.)* 2006;126 (12): 445-451.

Comentari: Estudi epidemiològic sobre els trastorns mentals a Espanya en una mostra representativa de població general espanyola major de 18 anys. Un 19,5% de les persones entrevistades van presentar algun trastorn mental al llarg de la vida i un 8,4% en els darrers 12 mesos. El trastorn mental més freqüent és l'episodi depressiu major (3,9% prevalença/any i 10,5% prevalença/vida), seguit de la fòbia específica, la distímia i l'abús d'alcohol. La prevalença de trastorns mentals segons aquest estudi és inferior a la d'altres països occidentals, fet que es podria atribuir a l'ús d'una nova versió de l'entrevista CIDI que ha fet disminuir els falsos positius. Però a Itàlia la prevalença també és inferior a la de països del nord d'Europa, pel que es podria fer la hipòtesi que als països mediterranis la prevalença de trastorns mentals és inferior.

La relació prevalença/vida, prevalença/any és un indicador indirecte de la durada o cronicitat d'un trastorn. Els resultats orienten cap a una major cronicitat dels trastorns d'ansietat envers els depressius, que podrien tenir un curs més episòdic. Les dones, els joves, els aturats i els qui tenen menys nivell educatiu són els grups poblacionals amb més risc.

Aragonés Benaiges E. Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria de salud. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2005; 32 (1): 30-37.

Aragonés E, Piñol JL, Labad A, Folch S, Mèlich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. *Int J Psychiatry in Medicine* 2004.

Comentari: Estudi fet a 10 centres d'Atenció Primària de Tarragona. Estudi en dos fases: cribratge de 906 pacients consecutius amb la *Zung's self-rating depression Scale*, 2a fase en una submostra de 306 pacients on es fa entrevista psiquiàtrica estructurada (SCID-I) i una bateria de qüestionaris de qualitat de vida, activitat global, comorbiditat orgànica. Van trobar una prevalença de depressió major del 14,3% i un 4,8% de distímia. En un 35,6% es presenten de forma somatitzada, cosa que en dificulta la detecció. El 72% dels pacients amb trastorn depressiu va ser detectat pel seu metge de capçalera, la detecció anava associada a un major nivell educatiu, la gravetat dels símptomes i la queixa explícita per símptomes psicològics. Els pacients no detectats pels metges d'Atenció Primària solen ser els qui presenten una depressió lleu on no està demostrat el benefici de la seva detecció.

Ortiz A, García B, De la Mata I. Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable. *Archivos de Psiquiatría* 2005; 68 (2):151-168.

Comentari: Estudi fet a un CSM de Madrid on es van avaluar tots els pacients nous (1.004) que van acudir a un CSM durant un any. El 95,5% van ser derivats pel metge de família, però en un 54,5% la demanda partia del mateix pacient o de la família. El 24,4% dels pacients nous no van rebre diagnòstic de trastorn mental i se'ls va codificar com a codi Z (CIE 10): «factores que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis de salut». La meitat tenia pautat tractament farmacològic abans de consultar, en un 44% amb antidepressius. Un de cada cinc d'ells va ser

derivat de forma preferent, això vol dir que pacients més greus havien d'esperar més a ser atesos. Respecte a fins a quin punt pensaven millorar anant al CSM, una tercera part dels codis Z tenien expectatives «màgiques» de millora (puntuaven per sobre de 9 en l'escala Likert). El 52% van ser donats d'alta del CSM després de la primera entrevista, a un 11% se'ls va suspendre el tractament que portaven, en el 22,22% no es va modificar el tractament, a un 3,7% se li va introduir un antidepressiu en el tractament, i el 40,7%, que van ser derivats sense tractament, van seguir sense ell.

ABORDATGE I TRACTAMENT

GUIES CLÍNiques DE REFERÈNCIA

Guia NICE depressió (desembre2004):

www.nice.org.uk/CG_023

Guia NICE ansietat (desembre2004):

www.nice.org.uk/CG_0232

Guia NICE depressió en nens i joves:

www.nice.org.uk/CG_028

La primera guia recomana com a primer pas davant de la depressió lleu no fer tractament d'entrada i fer «esperar-observant» (*watchful waiting*) durant uns 15 dies, a veure què passa. L'*screening* de la depressió només en els casos de risc.

Les tres guies són molt clares i pràctiques, basades en l'evidència, recomenables. Adjunten informació per donar als pacients i cuidadors. Les revisen cada dos anys.

Guia APA for the treatment of patients with panic disorder (april 2006): www.psych.org/psych_pract/tretg/pg/prac_guide.cfm

FÀRMACS AUTORITZATS PER LA FDA EN EL TRASTORN DE PÀNIC

Els fàrmacs autoritzats per la FDA per al tractament del trastorn de pànic són alprazolam, fluoxetina, paroxetina, sertralina i venlafazina.

Dades de seguretat

- El 2004 la FDA alertà de l'augment de risc de suïcidi en nens i adolescents en tractament amb antidepressius ISRS. Aquest risc és el doble en els primers mesos de tractament. La guia recomana un seguiment estret d'aquests pacients, especialment a l'inici i al canvi de dosi, i ajustar-ne les indicacions (els antidepressius no tenen aprovada la indicació del trastorn de pànic en pediatria). En adults en tractament amb antidepressius no s'ha comprovat un risc de suïcidi més elevat.
- Els pacients en tractament amb antidepressius haurien de ser assessorats sobre risc de trastorn bipolar o canvis hipomaniacs i en aquests pacients estaria indicada la retirada del tractament.

Dades d'eficàcia

- Fluoxetina (20 mg/dia), paroxetina (40 mg/dia), sertralina (50 mg/dia) i venlafazina (75 mg/dia) s'han mostrat segures i efectives en el tractament de pànic. Citalopram i escitalopram no tenen aprovada la indicació del trastorn de pànic.

- Les BZD són efectives i la guia remarca que alprazolam té la millor evidència en eficàcia antipànic.
- Dues metaanàlisis que comparen el tractament amb ISRS, ADT i BZD mostren que tots tenen una eficàcia semblant en trastorn de pànic i TAG, però suggereixen una millor tolerància dels ISRS sobre els ADT.
- La presència de fòbia social en pacients amb trastorn de pànic s'associa a una bona resposta a la paroxetina.

Durada del tractament

Es recomana de 6 a 12 mesos.

PSICOTERÀPIES

La teràpia cognitivoconductual ha demostrat eficàcia en les modalitats individual i grupal, fins i tot en protocols reduïts de sis sessions. Altres psicoteràpies tenen pocs estudis-control.

El benefici de la medicació associada a teràpia CC no s'ha pogut establir.

Girona L, Ribera R, Juárez JC, Lalueza MP. Luces y sombras de la prestación terapéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. Gac Sanit 2006; 20 (Supl 1): 143-153.

Comentari: Analitza els canvis en la utilització d'antidepressius i antipsicòtics a Espanya en el període 1997-2004. Els resultats dels assaigs clínics que comparen l'eficàcia dels ADT amb els ISRS i els nous antidepressius mostren en general poca diferència entre ells, alguns estudis donen majors taxes de remissió amb ADT en la depressió major greu. En quant a taxes d'eficàcia la majoria d'estudis donen uns percentatges de remissió de l'ordre del 30%, respostes parcials en un 40% i sense resposta en el 30% restant. Cal destacar que en aquests estudis la resposta a placebo és elevada i la taxa de resposta als medicaments eficaços és només un 20-30% superior a placebo.

En quant als efectes secundaris, els ISRS produeixen menys efectes cardiovasculars i anticolinèrgics, però produeixen alteracions gastrointestinals, hiponatremia, quadres tardans d'apatia i desmotivació i trastorns sexuals. La Agència Espanyola del Medicament recorda que els ISRS no han d'utilitzar-se en nens i adolescents. L'única que no ha demostrat resultats desfavorables en aquest grup d'edat ha estat la fluoxetina. El citalopram seria d'elecció en ancians amb polifarmàcia per la seva menor interacció amb el citocrom P450.

Pel que fa als antipsicòtics de segona generació o atípics (ASG), només s'observen resultats més bons si es comparen amb dosis altes d'haloperidol. Els ASG no presenten menys efectes secundaris totals que l'haloperidol, només menys efectes extrapiramidals. Diversos estudis conclouen que no calen dosis tan altes d'haloperidol com s'estan donant, sinó que amb dosis de 2-5 mg/dia ja hi ha resposta clínica. Pel que fa al seu ús en el tractament dels trastorns conductuals de la demència en el vell, tenen una eficàcia propera al placebo tant els de primera com els de segona generació.

Baos-Vicente V. Eficacia de los nuevos antipsicóticos frente a los viejos en el paciente con trastornos mentales graves. Aten Primaria 2006; 37(4): 185-186.

Comentari: Breu i clara revisió dels darrers estudis on es qüestiona la superioritat dels antipsicòtics atípics enfront dels clàssics.

Ortiz A, Lozano C. El incremento en la prescripción de antidepresivos. Atención Primaria 2005; 35 (3): 152-155.

Comentari: Aquest estudi analitza l'impacte clínic real de l'augment de prescripció d'antidepressius en els darrers anys i apunta el seu ús «cosmètic» actual. Qüestiona les prevalences en l'augment de la depressió en els principals estudis epidemiològics i ho atribueix a la gran sensibilitat de les entrevistes semiestructurades utilitzades i al fet d'haver estat fetes per personal no expert. També ho atribueix al que s'entén per depressió avui dia on s'està produint un procés de medicalització de la vida quotidiana. Sembla que una part important de l'increment en prescripció dels antidepressius es pot atribuir a que s'està tractant gent que no ho necessita i on no està demostrat que el seu ús sigui eficaç. Les depressions lleus que són les que no sol detectar el metge de família, tenen un curs similar tant si es detecten com si no, i tenen una bona evolució a curt termini per si soles. El problema de prescriure medicació a qui no ho necessita, més enllà de la iatrogènia medicamentosa, ajuda a potenciar una actitud passiva davant la pròpia vida. La popularització dels AD no ha ajudat en la prevenció del suïcidi i les ILT per causa psiquiàtrica estan experimentant un notable augment.

De la Mata Ruiz I. Tratamiento farmacológico de la ansiedad en atención primaria. Semergen 2005; 31: 301-302.

Comentari: L'autor d'aquest estudi reflexiona sobre la dificultat d'establir un llindar precís i consensuat a partir del qual els símptomes d'ansietat han de ser tractats amb psicofàrmacs. Fa un repàs històric als diferents tractaments administrats, BZD en les dècades de 1960 i 1970. Posteriorment, darrere del seu ús indiscriminat surten veus d'alarma sobre el grau potencial de dependència i abús, i així arribem als anys vuitanta on l'interès per l'ansietat disminueix en benefici de la depressió, que es converteix en la primera malaltia psiquiàtrica a detectar i tractar pels metges de família, on sembla que hi ha un infradiagnòstic i un tractament amb AD, tricíclics en aquest moment, amb dosis infraterapèutiques i de curta durada. Per arribar a finals de la dècada de 1980 on apareixen els ISRS, generalitzant-se ràpidament la massiva prescripció d'aquests fàrmacs (és el tercer grup terapèutic líder en vendes l'any 2002).

La dècada del 1990 sols origina variacions farmacocinètiques dins dels ISRS ja coneguts i la investigació se centra en les indicacions dels antidepressius, que són aprovats per al tractament del trastorn de pànic, TOC, TEP, fòbia social i TAG.

Conclou que no existeixen estudis adients que avaluin els avantatges dels ISRS sobre les BZD en els casos d'ansietat crònica incapacitant.

La reflexió última de l'autor apunta a estar atents davant la creixent medicalització del malestar lligat a l'experiència humana i a la iatrogènia atribuïble a l'etiqueta diagnòstica que posem al pacient en identificar el seu sofriment com a malaltia.

García Ramos J, Gallego Rodríguez JM. Psicoterapias en atención primaria. FMC 2003; 10 (7): 508-513.

Comentari: Aquest estudi repassa les principals modalitats de psicoteràpia útils i factibles a l'Atenció Primària.

García-Campayo J, Claraco LM, Tazón P, Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. Atención Primaria 1999; 24: 594-601.

Comentari: Tècnica psicoterapèutica per a la resolució de situacions d'estrès de la vida diària. Molt útil a l'Atenció Primària perquè se centra en problemes emocionals i socials molt freqüents en aquest àmbit. Consisteix en una teràpia individual curta, de 6-8 sessions, que poden fer metges i/o infermers. Existeix evidència de la seva utilitat en entorns de Primària en el tractament de trastorns neuròtics crònics, depressió i pacients somatitzadors.

El mateix autor ha publicat enguany el llibre *Psicoterapia de resolución de problemas en AP*, editat per la Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria.

CONTROVÈRSIES

Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and social usefulness of a psychiatric category. BMJ 2001; 322: 95-98 (13 January).

Comentari: L'autor explica la gènesi de la categoria diagnòstica de la síndrome d'estrès posttraumàtic. És un llegat de la guerra d'Estat Units al Vietnam i els problemes que algunes persones presentaven en tornar-ne. Segons l'autor la història d'aquesta categoria diagnòstica és un exemple de la relació entre els problemes socials i la medicina, és a dir, un reflex de la medicalització de la medicina. L'estrès es desplaça de l'esfera social a la clínica.

Punts importants d'aquest estudi:

1. Un diagnòstic psiquiàtric no és necessàriament una malaltia.
2. El distrés o el patiment no és cap psicopatologia.
3. La síndrome d'estrès posttraumàtic és una entitat construïda més des de les idees sociopolítiques que des de la psiquiatria.

Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? BMJ 2006; 332: 1027-1030.

Comentari: En aquest article, els autors analitzen les raons i l'evidència que hi ha per a recomanar fer cribratges de depressió a l'Atenció Primària en una revisió que van fer per a la Cochrane. Amb la idea que la depressió és freqüent a l'Atenció Primària i moltes vegades no és diagnosticada, es pot augmentar la detecció amb proves psicomètriques i hi ha medicines per tractar-la. Als Estats Units i a Austràlia es recomana fer cribratges a la població, però la guia NICE anglesa de depressió només recomana fer-ne en població de risc.

Els autors de l'estudi constaten el següent:

1. Una part considerable de les persones considerades com a «casos» per al cribatge tenia símptomes que es van resoldre en 2-4 setmanes. Per cribatge es detecta un nombre elevat de falsos positius. Molts casos no detectats pel metge d'Atenció Primària en un primer moment s'identifiquen en visites successives. Per tant, conclouen que el cribatge no seria eficient.

2. Els instruments de cribatge tenen un valor positiu baix (< 50%), la qual cosa els fa poc útils per als professionals de Primària.
3. En general, els pacients no detectats presenten formes lleus de depressió, que sovint es resolen sense cap mena d'intervenció.

Els mals potencials del cribatge són l'estigma associat a l'etiqueta diagnòstica i el risc d'etiquetar malestars mentals com a malalties. Identificar un nombre alt de pacients amb depressió lleu pot bloquejar els recursos sanitaris perjudicant els més greus i també implica augmentar el temps d'atenció a Primària per fer el seguiment als qui donen positiu.

Els autors conclouen dient que els cribratges de depressió no són efectius ni cost-efectius com a via per millorar el benestar mental de la població

Peiró S. La construcción de la evidencia b(i)ase medicine. Gestión clínica y sanitaria 2005; 7 (4): 131-138.

Comentari: L'autor d'aquest estudi analitza les limitacions de la medicina basada en l'evidència principalment pel «sesgo de patrocinio» que condiona quins estudis es publiquen i quins no, depenent de si els resultats són favorables o no a la indústria patrocinadora. En els assaigs patrocinats es comparen els nous tractaments amb placebo i no amb els tractaments habituals, cosa èticament qüestionable. La decisió de l'alternativa amb què es compara: nombrosos assaigs comparaven els antipsicòtics atípics a dosis usuales amb dosis fixes de 20 mg/dia d'haloperidol (el doble de la màxima usual) el que feia que augmentessin els efectes extrapiramidals de l'haloperidol. També hi ha problemes amb la selecció de pacients que es fa en aquests estudis, atès que es recluten pacients de baix risc: el 92% de pacients amb depressió atesos a un CSM serien exclosos dels assaigs clínics amb antidepressius. Això fa que els tractaments en pacients reals tinguin menys utilitat i provoquin més efectes secundaris.

Aquest article és un toc d'atenció de sobre què es construeix moltes vegades la medicina basada en l'evidència perquè siguem cauts.

CARACTERÍSTIQUES DE L'ATENCIÓ A LA SALUT MENTAL A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Pérez Franco B, Turabián Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? Atención Primaria 2006; 37 (1): 37-39.

Comentari: En aquest article es proposa un abordatge de la depressió propi d'Atenció Primària. Planteja el problema amb els instruments que s'apliquen: DSM-IV i escales diagnòstiques. Diu que la pregunta: «s'ha sentit trist o deprimat en el darrer mes?» és tan efectiva per al cribatge de la depressió com qualsevol altra, que el metge de família discrimina entre falsos positius o negatius segons el coneixement que té de la història clínica i del context del pacient. Proposa un abordatge alternatiu de la depressió a AP:

1. Classificació orientada a la pràctica: malestar que no requereix intervencions específiques, malestar que requereix intervenció i trastorns psiquiàtrics majors.
2. Contextualització del problema i del pacient.
3. Entrevista clínica narrativa que és terapèutica per ella mateixa, amb un diagnòstic amb possibilitat de canvi.

4. Intervencions breus, però continuades, són tan efectives en l'abordatge de la depressió com en la diabetis i la HTA.
5. Entendre la curació com un alleujament o desbloqueig d'una situació, més que no pas com la normalització conductual.

Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. *Patients and health professionals view on primary care for people with serious mental illness: focus group study. BMJ, doi:10.1136/bmj.38440.418426.8f (published 20 april 2005).*

Comentari: Estudi qualitatiu fet a West Midlands (Anglaterra) on van participar 45 pacients amb malaltia mental greu, 39 metges de capçalera i 8 infermeres de Primària. Es van constituir sis grups de pacients, sis grups de professionals sanitaris i sis grups mixtes: a parts iguals sanitaris i pacients. Tots els pacients havien estat visitats pel seu metge de capçalera en el darrer any i un 84% estaven rebent tractament simultani de l'especialista i del metge de capçalera. La majoria dels professionals sanitaris

sentien que l'atenció als individus amb malaltia mental greu sobrepassava les possibilitats de la Primària. Per altra banda, la majoria dels pacients veien la Primària com la pedra angular de l'atenció a la salut física i mental i preferien veure el mateix professional pels seus problemes físics i mentals, sabien que el metge de capçalera tenia pocs coneixements específics en salut mental però valoraven la continuïtat assistencial, que els conegués, els escoltés i busqués ajuda per als problemes de salut mental quan calgués. Els pacients es queixaven de la dificultat d'accés a la Primària en les descompensacions i els generalistes de les dificultats d'accés als serveis especialitzats en salut mental. Tant pacients com metges reconeixien haver exagerat en algun moment els símptomes per ser atesos ells o els seus pacients. Els pacients demanaven alguna via ràpida d'accés a Primària per ser atesos en les descompensacions. Els professionals sanitaris parlaven de «estabilització» i «maneig», els pacients mai utilitzaven el mot «crònic» per descriure la seva malaltia i demanaven als professionals un missatge esperançador.

ACTUALITZACIÓ EN MALALTIES RESPIRATÒRIES

AUTORA

M. Antònia Llauger Roselló
EAP Maragall (ICS) Barcelona.
Grup de Malalties Respiratòries de la CAMFiC.
Granollers, 30 de juny de 2006

En els últims anys s'han desenvolupat importants iniciatius mundials i nacionals –i també de caire local–, dirigides a millorar i unificar l'atenció a les malalties més prevalents en el camp de la pneumologia, l'asma i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Això ha generat nombrosos documents, alguns d'ells difosos de manera irregular, però que comencen a ser una referència alhora d'elaborar guies o protocols. Durant l'any 2005 s'ha procedit a l'actualització de molts d'aquests documents, fruit de la revisió dels treballs més significatius de l'últim any. Em centraré en la revisió de les principals guies i consens.

1. British Guideline on the Management of Asthma (BTS). Update 2005

(www.brit_thoracic.org.uk)

La guia britànica d'asma és de les primeres guies publicades (l'any 1990) i fou una iniciativa de la British Thoracic Society (BTS), el Royal College of Physicians of London i la National Asthma Compaing. L'any 1996 es va publicar la primera guia d'asma de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). BTS i SIGN van reconèixer la necessitat de revisar i unificar les guies, amb metodologies basades en l'evidència, ampliar els seus continguts i dibuixar línies de futur. Fruit d'aquesta voluntat l'any 2004 va aparèixer la nova guia de la BTS amb la metodologia de SIGN, que s'ha revisat l'any 2005, tot i que només està disponible en format electrònic; la propera revisió i publicació serà l'any 2007.

Novetats generals de l'índex 2005

1. Fàrmacs: inclusió d'Ac IgE monoclonals.
2. Capítol revisat sobre asma ocupacional, amb canvis introduïts a partir de la guia basada en l'evidència de la British Occupational Health Research Foundation.
3. Annex sobre asma i rinitis relacionades amb el treball.

Asma intermitent: l'ús del β_2 -agonistes de semivida curta inhalats a demanda és tan correcte o més que el seu ús pautat a qualsevol edat. L'ús superior a dos inhalacions/mes o 10-12 inhalacions/dia és un indicador de mal control de l'asma (alt nivell d'evidència en > 12 anys, opinió d'experts en < 12 anys). La recomanació final és la revisió del pla de tractament quan el pacient té elevades necessitats de β_2 ràpids (The Cochrane Library, issue 3, 2004. Oxford: Update Software).

Introducció dels corticoides inhalats (CI) en l'asma

Ileu: després de la publicació dels resultats d'importants assaigs clínics (AC) (estudis OPTIMA 2002, START 2004), la recomanació de la BTS és considerar la introducció dels CI si hi ha hagut alguna exacerbació en els últims dos anys, si s'usa el β_2 rescat, tres vegades o més/setmana; si hi ha símptomes, tres vegades/setmana o més o alguna nit a la setmana.

Riscos dels CI: els resultats d'una esperada revisió sistemàtica no demostren efectes significatius sobre la massa òssia amb dosis de CI > 1.000 $\mu\text{g}/\text{dia}$ (Jones A, Fay JK, Burr M, et al. Inhaled corticosteroid effects on bone metabolism

in asthma and mild chronic obstructive pulmonary disease [Cochrane Review]. A: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.), però encara no es disposa de resultats coneguts sobre la funció adrenocortical. En els nens, tot i en petites proporcions, es continua alertant del risc de fre del creixement i d'insuficiència suprarenal, raó per la qual s'aconsellen dosis de CI molt ajustades i afegir fàrmacs amb β_2 de vida llarga (LABA) (Dunlop KA, Carson DJ, Steen HJ, et al. Monitoring growth in asthmatic children treated with high dose inhaled glucocorticosteroids does not predicted adrenal suppression. *Arch Dis Child* 2004; 89: 713-716).

Nous corticoides: no s'ha definit encara el grau de seguretat de la mometasona; s'introdueix ciclesonida, encara que està per definir la seguretat i l'eficàcia en relació amb els altres CI.

Altres fàrmacs: amb el màxim nivell d'evidència disponible, es confirma l'efecte clínic beneficiós dels antileucotriens (ARLT) en tots els grups d'edat, i amb el màxim grau de recomanació s'insisteix en la no utilització dels β_2 de vida llarga sense CI.

Combinació d'inhaladors: les metaanàlisis i revisions sistemàtiques no demostren cap diferència en l'ús dels CI i LABA en combinació o separats (AC en majors de 5 anys). Disponible a: www.sign.ac.uk/guidelines/published/support/guideline63/index.html.

Esteroides orals: no hi ha evidències de la utilitat dels LABA, teofil·lina o ARLT en la disminució dels corticoides orals (CO), tot i que milloren els símptomes; en adults, el mètode recomanat per reduir i eliminar els CO és la introducció dels CI, fins i tot a dosis > 2.000 $\mu\text{g}/\text{dia}$ si és necessari.

Crisis: tot i que s'ha recomanat àmpliament doblar la dosi de corticoides davant una exacerbació, els últims estudis no permeten extrapolar aquesta pràctica en el cas de pacients que utilitzen elevades dosis de CI; són necessaris més estudis en aquests sentit, i també per demostrar si pot ser adequat augmentar igualment els LABA.

Nous fàrmacs: l'omalizumab (Ac antiIgE monoclonal) pot resultar beneficiós en pacients seleccionats amb asma persistent greu, però encara no està definit el seu lloc a l'esquema terapèutic de l'asma.

Sistemes d'inhalació: davant les contínues evidències de la mala tècnica d'inhalació, es fa una especial recomanació sobre la necessitat de no iniciar cap tractament inhalat sense un correcte ensenyament de la tècnica i de la comprovació que el pacient la realitza satisfactòriament. S'afegeix la recomanació d'utilitzar els pressuritzadors amb cambra per als β_2 en les crisis lleus i moderades, a partir de 2 anys; no hi ha evidències al respecte en crisis greus i molt greus (Inhaler devices. Evidence table 5: 3. In stable asthma are inhaled corticosteroids best delivered by pressurised metered dose inhaler (pMDI), other hand held inhalers or nebuliser in adults and children? Edinburgh: SIGN; 2005. Disponible a: [url:http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/support/guideline63/index.html](http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/support/guideline63/index.html)).

Tant en nens a partir de 5 anys com en adults s'asseynala amb el màxim grau de recomanació que és igual d'efectiu l'ús de pressuritzadors amb cambra que els sistemes de pols seca. Es recomana la substitució dels propèl·lents CFC per HFA, tant pels pressuritzadors amb β_2 agonistes com pels de CI. A l'últim document de 2005, s'hi afegeix una taula de recomanacions especials per cuidar les cambres (compatibilitat necessària amb els IPC, una inhalació dins la cambra seguida d'una inhalació, consells de neteja, recanvi de les cambres de plàstic cada 6-12 mesos, etc.).

Fàrmacs i embaràs: l'única incorporació d'aquest any fa referència a la seguretat de l'ús de les cromones durant l'embaràs (nivell C) (Westby M, Benson M, Gibson P. Anticholinergic agents for chronic asthma in adults [Cochrane Review]. A: The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Asma ocupacional: aquest capítol significa una nova aportació d'aquest any. Resumint, els aspectes més importants són els següents:

1. Davant l'elevada incidència de l'asma ocupacional i del nombre d'agents identificats (> 400), es recomana la sospita d'asma ocupacional en aquells debuts d'asma a l'edat adulta, o en els casos de reparició de símptomes ocorreguts en la infància.
2. Per al diagnòstic és necessari utilitzar mètodes objectius, i es recomana la mesura seriada del flux espiratori màxim (FEM), amb almenys quatre lectures diàries.
3. S'ha de recomanar l'allunyament de l'agent causal identificat al més aviat possible després del diagnòstic, idealment durant el primer any després d'iniciar-se els símptomes.
4. Proposta d'algoritme sobre el maneig a l'Atenció Primària.

Newman Taylor AJ, Nicholson PJ. Guideline for the prevention, identification and management of occupational asthma: Evidence review and recommendations. London: British Occupational Health Research Foundation; 2004. Disponible a: [url:HTTP://www.bohrf.org.uk/downloads/asthrev.pdf](http://www.bohrf.org.uk/downloads/asthrev.pdf). www.occupationalasthma.com.

2. Global Initiative for Asthma (GINA). Update 2005 (www.ginasthma.com)

GINA va néixer l'any 1993, arran d'un acord entre WHO i The National Heart, Lung and Blood Institute, com a una estratègia mundial per aconseguir un consens entre països i especialitats en referència al maneig de l'asma. Les noves aportacions són el resultat de la revisió de les publicacions de tot l'any 2004, per un ampli comitè i amb una metodologia avaluativa ben establerta. Es seleccionaren unes 300 publicacions i 25 d'elles es van identificar com a «d'impacte» perquè podien suposar un canvi o una confirmació d'alguna afirmació prèvia o bé perquè introduïen algun concepte que mereixia ser més ampliat o estudiat. Les modificacions més importants introduïdes en aquesta revisió són les següents:

1. Introducció de la menstruació com un factor que pot contribuir en el desenvolupament d'un episodi d'asma gairebé mortal en pacients amb asma inestable (Martínez-Moragon E, Plaza V, Serrano J, Picado C, Galdiz JB, Lopez-Viña A, Sanchis J. Near fatal asthma related to menstruation. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 113: 242-249).
2. Utilitat de les intervencions ambientals individualitzades i en aspectes domèstics en nens afectats d'asma al·lèrgica (Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, O'Connor GT, Kattan M, Evans R, et al; Inner-City Asthma Study Group. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J med* 2004; 351: 1068-1080).
3. Diferents publicacions han obligat a fer canvis en el capítol de vacunes: recomanació de la vacuna antigripal en pacients amb asma moderada i severa en majors de 3 anys, però no de forma general a tots els asmàtics ni a nens més petits (Cates CJ, Jefferson TO, Bara AI, Rowe BH. Vaccines for preventing influenza in people with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 (2): CD000364. Update of: *Cochrane Database Syst Rev* 2000).
4. En l'apartat on ja s'afirmava que la budesonida i la fluticasona tenen menys efectes sistèmics que la beclometasona i la triamcinolona, s'afegeix que l'asma persistent severa pot beneficiar-se de dosis elevades de propionat de fluticasona inhalat, que fins i tot ha mostrat menys efectes secundaris que la beclometasona i mometasona amb mesures basals i dinàmiques de l'activitat de l'eix hipotàlam-hipofisària-adrenal (Lee DK, Bates CE, Curne GP, Cowan LM, McFarlane LC, Lipworth BJ. Effects of high-dose inhaled fluticasone propionate on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in asthmatic patients with severely impaired lung function. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93: 23-28).
5. Es recomana establir un tractament per a l'osteoporosi als pacients que precisen tractament continuat amb corticoides sistèmics.
6. S'hi afegeixen estudis sobre l'ús dels Ac IgE monoclonals (omalizumab), seguint les recomanacions de l'edició de 2004, en què es recomanava aprofundir en la investigació de l'ús d'aquesta gamma de fàrmacs, que actualment s'indiquen en alguns casos d'asma al·lèrgica greu mal controlada (Holgate ST, Chuchalin AG, Hebert J, et al; Omalizumab 011 International Study Group. Efficacy and safety of a recombinant anti-immunoglobulin E antibody (omalizumab) in severe allergic asthma. *Clin Exp Allergy*. 2004 Apr; 34 (4): 632-638 / Djukanovic R, Wilson SJ, Kraft M, et al. Effects of treatment with anti-immunoglobulin E antibody omalizumab on airway inflammation in allergic asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 583-593).
7. Dues noves revisions sistemàtiques s'hi afegeixen per confirmar que no hi ha evidències per recomanar l'ús de l'homeopatia ni d'acupuntura per al tractament de l'asma (McCarney RW, Lasserson TJ, Linde K, Brinkhaus B. An overview of two Cochrane systematic reviews of complementary treatments for chronic asthma: acupuncture and homeopathy. *Respir Med*. 2004 Aug; 98 (8): 687-696).
8. A la recomanació de no utilitzar els nebulitzadors en el tractament de manteniment de l'asma, s'hi afegeix que

en les crisis el nebulitzador pot ser reemplaçat per un pressuritzador amb cambra (Castro-Rodríguez JA, Rodrigo GJ. Beta-agonists through metered-dose inhaler with valved holding chamber versus nebulizer for acute exacerbation of wheezing or asthma in children under 5 years of age: a systematic review with meta-analysis. *J Pediatr* 2004 Aug; 145 (2): 172-177).

9. En nens d'1 a 3 anys, també es confirma que els CI a dosis baixes són superiors al cromoglicat sòdic (Bisgaard H, Allen D, Milanowski J, Kalev I, Willits L, Davies P. Twelve-month safety and efficacy of inhaled fluticasone propionate in children aged 1 to 3 years with recurrent wheezing. *Pediatrics*. 2004 Feb; 113 (2): e87-94).

Les recomanacions per a la recerca en els anys vinents se centren en els següents punts:

1. Genètica i mecanismes fisiopatològics de l'asma, per tal d'aprofundir en els aspectes preventius.
2. Estudis d'avaluació d'implementació i impacte de guies, programes nacionals o locals en quan a resultats econòmics, ingressos, mortalitat, etc.
3. Recerca de mètodes de diagnòstic precoç, especialment en nens petits.
4. Aprofundiment en els plans d'autotractament.
5. Factors determinants de l'asma greu i de difícil control.
6. Continuar la recerca farmacològica, dirigida a definir bé el lloc de cada tipus de fàrmacs, els efectes secundaris i la investigació dels nous fàrmacs.

3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Update 2005

(www.goldcopd.org)

L'inici de GOLD, seguint la línia de GINA però en MPOC, va ser l'any 2000, i durant l'any 2005 s'ha realitzat la tercera actualització, que inclou les aportacions de l'any 2004. Els estudis i treballs van ser revisats per dos membres del Comitè Executiu, i els seleccionats per algun membre foren revisats per tot el Comitè; es van incloure 131 treballs, i d'ells 10 es va considerar que tenien impacte en GOLD; cinc treballs acabaren incloent-se com a noves referències.

Les novetats incorporades són les següents:

1. Més evidències de la utilitat en l'educació sanitària centrada en grups concrets de pacients, amb personal d'infermeria, i que es reflexa en millors resultats en salut i reducció de costos (Gallefoss F. The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. *Patient Educ Couns* 2004 Mar; 52 (3): 259-266). Més endavant del document, es torna a remarcar la importància de l'educació sanitària, aquesta vegada en base a una intervenció precoç després d'una hospitalització per exacerbació de la malaltia, en què es demostra la millora en la capacitat d'exercici físic i en l'estat general (Man WD, Polkey MI, Donaldson N, Gray BJ, Moxham J. Community pulmonary rehabilitation alter hospitalisation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease).

se; randomised controlled study. *BMJ* 2004; 329: 1209-1213). Encara que ha estat revisat, l'estudi té certes limitacions, com el nombre de participants i l'abandonament d'un percentatge important. És significatiu perquè en MPOC són encara poques les evidències en el camp de l'educació sanitària; es continua remarcant la importància de seguir investigant en aquest camp.

2. En quant als efectes secundaris dels fàrmacs, s'afegeix una menció especial que reafirma els escassos efectes secundaris dels anticolinèrgics, especialment desmentint el possible efecte negatiu del bromur de tiotropi sobre l'aclariment mucociliar pulmonar (Hasari A, Torns N, Agnew JE, Sarno M, Harrison AJ, Dilworth P. The effect of inhaled tiotropium bromide on lung mucociliary clearance in patients with COPD. *Chest* 2004; 125 (5): 1726-1734).
3. En relació amb l'ús del tractament combinat de CI i LABA, es consideren rellevants alguns estudis que demostrin la superioritat de la combinació CI + LABA sobre l'estratègia de combinar broncodilatadors de semivida curta (bripratropi i salbutamol) (Donohue JF, Kalberg C, Emmett A, Merchant K, Knobil K. A short-term comparison of fluticasone propionate/salmeterol with ipratropium bromide/albuterol for the treatment of COPD. *Treat Respir Med* 2004; 3: 173-181). Ara bé, és important assenyalar que l'afirmació s'insereix després de la premissa que l'ús de CI està justificat en pacients amb MPOC greu (FEV1 < 50%) i/o amb moltes exacerbacions.
4. El major nombre de novetats apareix en el capítol dels antibiòtics (ATB) en les exacerbacions; aquest apartat fou revisat especialment pel mateix Comitè Científic de GOLD, amb nombrosos reconeixements per l'oportunitat d'aquesta revisió. Els aspectes més importants d'aquest apartat són els següents:
 - En quant a la indicació de l'ús d'ATB, es presenten les últimes aportacions d'assaigs clínics sobre la validació dels símptomes cardinals (augment de la dispnea, augment del volum de l'espú, augment de la purulència de l'espú) com a criteri d'ús d'ATB, i es conclou amb les següents recomanacions d'ús d'ATB en les exacerbacions de MPOC:
 - Pacients amb exacerbacions que presenten els tres símptomes cardinals (evidència B).
 - Pacients que presenten dos criteris si un d'ells és l'augment de purulència de l'espú (evidència C).
 - Pacients amb exacerbacions greus que requereixen ventilació mecànica, invasiva o no (evidència B).
 - En quan a l'ATB seleccionat, es fa una proposta en funció dels microorganismes més probables, segons el grau de gravetat de la MPOC. Es recomana seguir el tractament entre 3-10 dies, i es donen pautes per la reavaluació, ja que en un 10-30% dels casos no responen a l'elecció empírica de l'ATB.

Finalment, es suggereixen les línies de recerca que s'haurien de prioritzar i, com a fet a destacar, s'inclou un annex final on es defineixen els resultats en salut en relació amb l'MPOC i els indicadors proposats per al seguiment i l'avaluació, amb l'objectiu de promoure comentaris i aportacions de tota la comunitat científica amb vista a la propera revisió de l'any 2006.

4. Normativa SEPAR: asma de control difícil

(www.separ.es)

López-Viña A (coord.), Agüero-Balbín R, Aller-Álvarez JL, Bazús-González T, et al. Arch Bronconeumol 2005; 41: 513-523.

Comentari: Les normatives de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) són un conjunt de documents sobre aspectes fonamentals en pneumologia, amb l'objectiu d'homogeneïtzar els conceptes i procediments, així com de millorar-ne la difusió. Entre les normatives elaborades l'any 2005, destacaré la de l'asma de control difícil, que aborda els aspectes següents:

1. Concepte d'asma de control difícil (ACD): ACD vertadera o ACD per causes alienes a la malaltia. Criteris de definició.
2. Causes d'ACD:
 - Diagnòstic incorrecte d'asma (fibrosi, ICC, bronquiectasi, MPO, etc.).
 - Comorbiditat amb símptomes semblants.
 - Factors agreujants no controlats.
 - Incompliment terapèutic.
3. Epidemiologia i factors de risc.
4. Funció pulmonar. Obstrucció que no es modifica amb 15 dies de prendre corticoides, resposta intensa davant estímuls que habitualment no provoquen broncoespasme, variabilitat extrema.
5. Resposta pobre al tractament.
6. Algorisme d'estudi i diagnòstic.
7. Casos especials: mal control en nens petits.
8. Esquema de tractament:
 - Actuar sobre factors detectats (compliment, exposició a al·lèrgens, comorbiditat, etc.).
 - Tractament intensiu com a asma greu, corticoides orals.
 - Estudi de possible resposta deficient a corticoides orals.
 - No usar sistemàticament tractaments alternatius (sals d'or, metrotexat).
 - Organitzar plans de seguiment, plans per escrit.

5. Guía española para el manejo del asma (GEMA)

(www.gemasma.com)

La GEMA va ser elaborada l'any 2003, seguint l'esperit i recomanacions de GINA, en el sentit d'editar guies locals que recullin les necessitats assistencials, terapèutiques i de recursos de cada realitat. L'objectiu va ser elaborar un document de forma interdisciplinària, i així, liderat per la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), es va aconseguir la participació de diferents societats d'Atenció Primària, pediatria, infermeria, epidemiologia, al·lèrgologia i medicina de l'esport, i es va contar amb les aportacions d'alguns grups de pacients.

A part de la guia completa GEMA, es van elaborar altres documents interessants, com són una edició en català avalada per la CAMFiC, una guia de butxaca (Guía GEMA de bolsillo) i un format per a Pocket-PC. El document GEMA original no ha estat revisat, però en aquest últim any, a part de treballar en la seva difusió, s'han elaborat alguns documents secundaris que poden ser de gran interès:

GEMA per a pacients, pares i amics

Respon al suggeriment que plantejà el grup de pacients participants en la GEMA d'elaborar un document senzill i col·loquial per a la població general i els afectats d'asma. S'ha elaborat seguint les preguntes més freqüents que plantegen els pacients: «Què és l'asma? És freqüent? Per què apareix? Com es produeix? Com es diagnostica? Totes les asmes són iguals? Com es tracta l'asma entre les crisis? Com es tracten les crisis d'asma? Què han de saber les persones amb asma? Existeixen altres remeis? Vols donar-me més informació?».

GEMA per a educadors

Aquesta guia, elaborada fonamentalment per professionals d'infermeria, va dirigida a donar suport a un dels eixos més importants del tractament de l'asma: l'educació sanitària. Es repassen els capítols essencials de la malaltia, i específicament hi ha uns capítols dirigits al paper de l'educació sanitària, a la fisioteràpia i la rehabilitació pulmonar, al procés d'educació i a l'elaboració d'un programa d'educació.

ACTUALITZACIÓ EN DERMATOLOGIA

AUTORA

Rosa Senan Sanz
CAP El Clot, Barcelona.
Grup de Dermatologia de la CAMFiC.
Granollers, 30 de juny de 2006

ACTUALITZACIÓ EN DERMATITIS ATÒPICA

1. Purvis DJ et al. Risk factors for atopic dermatitis in New Zealand children at 3-5 years of age. *Br J Dermatol* 2005; 152: 742-749.
2. Kramer U et al. The effect of environmental tobacco smoke on eczema and allergic sensitization in children. *Br J Dermatol* 2004; 150: 111-118.
3. Synnerstad I, Nilsson L, Fredrikson M, Rosdahl I. Fewer melanocytic nevi in children with active atopic dermatitis than in children without dermatitis. *Arch Dermatol* 2004; 140: 1471-1475.
4. Kalliomaki M, Salminen S, Pousa T, Arvilomi H, Osoultari E. Probiotics and prevention of atopic disease: 4 year follow-up of a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1869-1871.
5. <http://www.allergycafe.ch/> Pàgina on és possible adquirir roba fabricada amb aquest teixit especial per a persones amb atòpia.

Comentari: S'ha demostrat una relació directa entre dermatitis atòpica dels nens i els seus pares. És aconsellable que els nens les mares dels quals són atòpiques no rebin alletament matern, perquè augmenta el risc que els nadons la pateixin. Pel que fa a les mascotes de casa, tenir gats a la llar es relaciona amb un increment del risc d'aparició de DA. Tanmateix, amb els gossos no s'ha observat cap relació¹.

El tabac perjudica molt més els pacients que presenten DA, atès que augmenta la sensibilització als àcars i a la pols².

Els nens que presenten DA tenen menys nevus melanocítics, ja que les citocines de la pell inhibeixen el creixement dels melanocits i, per tant, la progressió dels nevus³.

DA i els probiòtics: els *Lactobacillus* actuen sobre les cèl·lules epitelials intestinals i faciliten la degradació del antigen. Els microorganismes vius que, presos en quantitat

suficient modifiquen la flora intestinal, produeixen efectes beneficiosos per a la salut. D'altra banda, quants menys antibiòtics pren la gestant, menys atòpia pateix. Ditopy® són *Lactobacillus rhamnosus* 95%⁴; es tracta d'una novetat recent en el mercat. DermaSilk®, de la casa Genové, ha estat comercialitzat sobretot per a persones amb atòpia de la roba. Es compra directament per Internet o la fàbrica⁵. Es tracta d'un teixit 100% de seda natural, lliure de tintures, antibacterià, que manté la temperatura corporal, és còmode, adaptable, confortable i està compost per un sol fil de fins a 1.200 metres.

ACTUALITZACIÓ EN PSORIASI

1. Ortonne J-P, Shear N, Shumack S, Henninger E for the CLEAR Multinational Study Group. Impact of efalizumab on patient-reported outcomes in high-need psoriasis patients: results of the international, randomized, placebo-controlled Phase III Clinical Experience Acquired with Raptiva (CLEAR) trial [NCT00256139]. *BMC Dermatol* 2005; 5: 13. Published online 2005 December 16. doi: 10.1186/1471-5945-5-13.
2. Gamo R, López-Esteban JL. Terapia biológica y psoriasis. *Actas Dermosif* 2006; 97: 1-17.
3. Sterry W, Barker J, Bobencke WH, et al. Biological therapies in the systemic management of psoriasis: International Consensus Conference. *Br J Dermatol* 2004; 151 (Suppl 69): 3-17.
4. Carrascosa JM, Gardeazabal J, Perez-Ferriols A, et al. Grupo Español de Fotobiología. Consenso en fototerapia: terapia PUVA y terapia UVB de banda estrecha. *Actas Dermosif* 2005; 96: 635-658.

Comentari: Les novetats més importants són les que fan referència al tractament. Una de les més destacades és la utilització d'UVB de franja estreta¹. El seu avantatge

respecte de la teràpia PUVA i REPUVA és que necessita psolarè per via oral. Molt més eficaces han demostrat ser les noves teràpies biològiques^{2,3}, l'ús de les quals s'està desenvolupant en l'àmbit hospitalari: infliximab (Recamida®); etanercept (Enbrel®); alefacept (Ameviva®); efalizumab (Raptiva®)³.

Els nous tractaments eviten l'estimulació dels limfòcits T, bloquejant els enllaços entre les cèl·lules presentadores d'antigen. L'experiència del seu ús fins al moment és limitada i el preu és astronòmic.

La psoriasi és una malaltia mediada per limfòcits enfront de queratinòcits, és a dir, és una patologia de base immunològica mediada per cèl·lules T. De fet, el trasplantament d'MO el donant de la qual té psoriasi, desenvolupa la malaltia en el receptor. L'infiltrat inflamatori precedeix la hiperplàsia epidèrmica i està format per limfòcits T activats afectats de memòria CD4S Ro(+). Per tant, la psoriasi respon a immunodepressors que actuen sobre els limfòcits. Els nous tractaments eviten l'estimulació del limfòcit T, amb la qual cosa impedeixen l'enllaç amb les cèl·lules presentadores d'antígens. Per exemple, l'efalizumab (Raptiva®) no deixa que «passi» el limfòcit a la dermis i fa que continuï el seu curs a la sang. Per això crea limfòcits reversibles com a efecte secundari. S'apliquen dosis sc, que depenen del pes del pacient, i cal explicar-li com ha de punxar-se.

ACTUALITZACIÓ EN ACNE

1. Adeabamowo CA, Spiegelman D, Danby FW, Frazier AL, Willett WC, Holmes MD. High school dietary dairy intake and teenage acne. *J Am Acad Dermatol* 2005 Feb; 52 (2): 207-214.
2. Cunliffe WJ, Fernández C, Bojar R, Kanis R, West F; the Zincladin Clinical Study Group. An observer-blind-parallel group, randomized, multicentre clinical and microbiological study of a topical clindamycin/zinc gel and topical clindamycin lotion in patients with mild/moderate acne. *J Dermatol Trat* 2005; 16: 213-218.
3. Kreuzsch J, Bextermoller R. Efficacy and tolerability of a topical erythromycin/tretinoin combination preparation in acne treatment: post-marketing surveillance study involving over 6500 patients. *Curr Res Med Opin* 2000; 16: 1-7.
4. Leyden JJ. Meta-analysis of topical tazarotene in the treatment of mild to moderate acne. *Cutis* 2004; 74: 9-15.
5. Salita A, Miller B, Menter A, Abramovits W, Loven K, Kakita L. Tazarotene cream versus adapalene cream in the treatment of facial acne vulgaris: a multicenter, double-blind, randomized parallel group study. *J Drugs Dermatol*. 2005; 4: 153-158.

Comentari: S'ha observat una relació positiva entre la ingesta de llet i derivats i l'aparició d'acne moderat o greu. Existeix una hipòtesi segons la qual la càrrega estrogènica i de progesterona i de precursors d'andrògens pot empitjorar l'acne¹.

Zincladin®: clindamicina fosfat 1% + zinc. La clindamicina actua com antibiòtic i antiinflamatori; l'acetat de zinc actua com antibacterià, antiinflamatori, regula la secreció sebaci i afavoreix la reparació tissular. És un tractament

tòpic per a l'acne lleu-moderat², formulat amb gel. Rediderm® disminueix els efectes secundaris de l'antibiòtic. No necessita cap reconstitució. S'aplica un cop al dia. Es pot combinar amb retinoides tòpics i altres tractaments, com antibiòtics sistèmics.

Els Laboratoris Stiefel han llançat a Espanya un producte d'investigació propi, el Duac®, que és una combinació de principis actius com la clindamicina a l'1% i el peròxil de benzoil al 5%, en una sola presentació de 25 g, amb només una aplicació diària. Duac® té més eficàcia, comoditat posològica, rapidesa d'acció i cosmètica sobre els altres tractaments tòpics existents. És eficaç sobre qualsevol tipus de lesió de l'acne moderat, especialment les lesions inflamatòries.

S'han fet altres experiències amb eritromicina més tretinoïna combinades, també amb bons resultats³, però encara no existeix en el mercat aquesta combinació en un sol producte.

Adapalè crema (Differine®) actua a l'augment de la queratinització fol·licular, glàndula sebàcia i la inflamació. No és antibacterià. Es pot posar a l'estiu, fins i tot hi ha indicis que es pot fer servir per endarrerir l'envelliment cutani. La novetat és l'aparició de la crema, atès que abans només es presentava en gel.

El tazarotene (Zorac®) en crema i gel, és una molècula que inicialment s'utilitzava per al tractament de la psoriasi i que ara s'ha mostrat com un dels tractaments tòpics més eficaços per a l'acne^{4,5}.

ACTUALITZACIÓ EN RUBÈOLA

1. Elewski B, Thiboutot D. A clinical overview of azelaic acid. *Cutis* 2006; 77: 12-6.
2. Altinyazar HC, Koca R, Tekin NS, Esturk E. Adapalene vs. Metronidazol gel for the treatment of rosacea. *Int J Dermatol* 2005; 44: 252-255.
3. Buechner S. Rosacea: an up-date. *Dermatology* 2005; 210: 100-108.

Comentari: Existeix un nou tractament, l'àcid azelaic al 15% en gel micronitzat suspès en hidrogel. El gel de Finacea® inhibeix els mediadors inflamatoris. Està indicat en el tractament de la rubèola papulopustulosa^{1,2,3}.

ACTUALITZACIÓ EN HIRSUTISME

Ferrando-Barberá J, Aguilera P. Eflornitina e hirsutismo. *Piel* 2005; 20: 311-313.

Comentari: Existeix un nou tractament tòpic per a l'hirsutisme, l'eflornitina (Vaniqua®). Es tracta d'un medicament inicialment sistèmic, indicat per al tractament de la tripanosomiasi africana, però que també s'ha observat que endarrerix el creixement pilós quan s'aplica per via tòpica. La crema d'eflornitina a l'11,5% o Vaniqua® és un nou tractament per a l'excés de borrisol facial a la dona. S'aplica dos cops al dia i el seu efecte, que és temporal, s'observa al cap d'un o 2 mesos d'haver iniciat el tractament. Els estudis que han proporcionat uns resultats millors són els que combinen la eflornitina amb la fotodepilació.

ACTUALITZACIÓ EN VITILIGEN

1. Valkova S, Traslíeva M, Christova P. Treatment of vitiligo with khellin and UVA: comparison with systemic PUVA. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 180-184.
2. Carrascosa JM, Gardeazabal J, Perez-Ferriols A, et al; Grupo Español de Fotobiología. Consenso en fototerapia: terapia PUVA y terapia UVB de banda estrecha. *Actas Dermosifil* 2005; 96: 635-658.
3. Suga Y, Ikema A, Matsuba S, Ogawa H. Medical pearl: DHA application for camouflaging segmental vitiligo and piebald lesions. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 436-438.

Comentari: El tractament d'elecció per als pacients amb vitiligen de creixement ràpid que produeix picor (sobretot apareix en persones amb estrès important que fa temps que no reben cap tractament) és la metil-prednisolona 6-7 mg/kg en bolus de 6-7 dies, que fa baixar la picor i la progressió del vitiligen.

Kellina per via tòpica. La kellina oral genera una bona resposta de repigmentació en el vitiligen, però augmenta les transaminases fins al 25% dels casos. Per això es fa servir la kellina tòpica¹. No és fototòxica. El Khellin® 3% en gel de carbopol o en llet fluïda és molt útil combinat amb UVA (KUVA-sol). S'aplica a les zones blanques abans d'exposar-se al sol. Sobretot és molt eficaç en nens i joves.

Una altra opció terapèutica és l'UVB de franja estreta (308-311 nm). També s'està emprant més en nens. El làser excimer és un tipus d'UVB de franja estreta que ajuda a respondre millor a la kellina + sol a l'estiu. És la teràpia KUVASOL + UVB². El làser està indicat per tractar pacients amb vitiligen petit, de menys del 20% de superfície, i amb vitiligen recent, en àrees que normalment responen bé.

El broncejador més utilitzat és la dihidroxiacetona³ o DHA. Es tracta d'un camuflatge cosmètic. Sobretot per al dors de les mans. A més, es pot subministrar juntament amb altres fàrmacs perquè no produeix cap barrera.

ACTUALITZACIÓ EN HERPES ZÒSTER

España A, Redondo P. Actualización en el tratamiento del herpes zóster. *Actas Dermosifilogr* 2006; 97: 103-114.

Comentari: La brivudina és un nou tractament de l'herpes zòster que té una potència més elevada que la resta de derivats del aciclovir. Ara bé, no està indicat per tractar pacients immunodeprimits o en tractament amb 5-fluorouracil. La posologia és de 125 mg vo/24 h, durant 7 dies.

ACTUALITZACIÓ EN CÀNCER CUTANI

1. Daling JR et al. Penile cancer: Importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005; 116: 606-616.

2. Gandini et al. Meta-analysis of risk factors of cutaneous melanoma: I. Common and atypical naevi. *Eur J Cancer* 2005; 41: 24-44.
3. Gallagher RP, Spinelli JJ, Lee TK. Tanning beds, and risk of cutaneous malignant melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005; 14: 562-566.
4. Parker J et al. Chronic stress accelerates ultraviolet-induced cutaneous carcinogenesis. *J Am Acad* 2004; 51: 919-922.
5. Sapijaszki MJ. Imiquimod 5% cream (Aldara) in the treatment of basal cell carcinoma. *Skin Therapy Lett* 2005; 10: 2-5.

Comentari

Prevençió primària: el carcinoma de penis invasiu presenta com a factors de risc la fimosi sense circumcisió, la infecció per VPH tipus 16, i el tabaquisme¹.

Prevençió secundària: els pacients amb molts nevus típics també han de ser vigilats, no només els qui tenen signes d'atípiat².

Les làmpades d'UVA augmenten el risc de melanoma maligne, no sols de carcinoma espinocel·lular³. També s'ha estudiat l'estrès crònic com a inductor del càncer cutani induït per radiació UVA⁴.

Actualització del tractament: tractament del carcinoma basocel·lular (CBC, antigament dit basalioma):

- Imiquimod⁵ (Aldara®): tractament que, inicialment, es va utilitzar per condilomes; és un imidazòlic que modifica la resposta immune innata i adquirida. S'ha emprat també a la resta de càncers cutanis no melanomes i per tractar les queratosis actíniques. Augmenta l'apoptosi cel·lular, és a dir, ajuda a l'autodestrucció tumoral. La seva aplicació produeix lesions perifèriques perquè detecta les cèl·lules precanceroses del voltant de la lesió i en genera la mort cel·lular. Els tumors guareixen després d'un mes i mig o 2 mesos d'iniciar el tractament.
- L'Aldara® no funciona bé en els tumors esclerodermiformes amb poca cel·lularitat. Eficàcia: 6 setmanes 76%; 2 anys 75% CBC superficial 100%, nodular 87%; infiltrant 70%.
- **Teràpia fotodinàmica:** Metvix 160 mg/g crema (aminolevulinat metil·lic). Augmenta la síntesis de porfirines, s'espera 3 hores i s'irradia amb llum freda (làmpara Cure-Light®). Aquest tractament és molt car, és menys eficaç que l'Aldara i més o menys igual d'eficaç que la crioteràpia. S'utilitza per a la queratosis actínica i el càncer de pell no melanoma.
- **Extirpació:** la tècnica clàssica és l'exèresi simple amb control anatomopatològic mitjançant talls paral·lels. Cada vegada es fa servir més la cirurgia microgràfica de Mohs, controlada per microscopi. Les indicacions de la cirurgia de Mohs són tumors persistents, amb histologia agressiva, localitzacions d'alt risc i marges sense definir.

NORMES DE PUBLICACIÓ

INSTRUCCIONS PER A LA PRESENTACIÓ DE TREBALLS PERQUÈ SIGUIN PUBLICATS AL BUTLLETÍ DE LA CAMFIC

L'objectiu d'aquesta revista és la d'ésser un punt de referència de les activitats que desenvolupa la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, la dels seus socis i la de l'atenció primària catalana. Alhora ha d'esdevenir una eina perquè es desenvolupi i es divulgui la recerca en l'àmbit de l'atenció primària.

Per a la seva publicació cal considerar les activitats científiques, professionals i socials de la Societat i també els treballs clínics o d'investigació relacionats amb l'atenció primària de salut en totes les seves branques.

CONDICIONS

Fonamentalment, la revista consta de les parts següents:

Editorial. Articles encarregats pel Consell de Redacció sobre temes d'Atenció Primària que tinguin especial transcendència i qualitat.

Articles originals. Treballs d'investigació, preferentment prospectius, sobre etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, clínica, diagnòstic, terapèutica, aspectes organitzatius i control de qualitat en atenció primària. Els dissenys recomanats són de tipus analític en forma d'assaigs clínics transversals, enquestes transversals, estudis de casos i controls, i estudis de cohort. L'extensió recomanada és de 12 fulls de 30 línies, 60-70 pulsacions, i s'admetran un màxim de 6 taules i 6 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de sis.

Articles originals breus. Treballs d'investigació, tant amb resultats definitius com parcials, sobre treballs de recerca esmentats en la secció d'originals que es vulguin publicar perquè tenen un clar interès per al professional de l'atenció primària. L'extensió màxima és de 5 fulls de 30 línies, 60-70 pulsacions, i s'admetran un màxim de 2 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de sis.

Articles de revisió. Treballs de revisió o divulgació sobre aspectes diagnòstics i terapèutics. Tindran una extensió màxima de 5 fulls, tot inclouent un màxim de 2 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de dos.

Casos clínics. Descripció d'un o més casos clínics que per la seva raresa, per la seva forma de presentació o per alguna característica dels mètodes diagnòstics i terapèutics suposin una aportació important al coneixement de la malaltia. L'extensió màxima serà de 5 fulls i s'admetran fins a 2 taules i 2 figures. El nombre de signants ha de ser d'un màxim de tres. L'estructura de presentació: títol, autors, identificació, ABS, introducció, antecedents personals i patològics, malaltia actual, evolució, discussió i bibliografia (màxim 6 cites).

Comentaris bibliogràfics. Secció que serà tributària del Consell de Redacció de la revista en què s'exposaran els resums dels articles que han tingut més rellevància provinents de les revistes més prestigioses.

Fulls d'informació per a pacients. Contingut (extensió màxima de 1.000 paraules, en format pregunta-resposta). 1. Pregunta sobre definició del problema (exemple: què és l'artrosi?). 2. Pregunta sobre prevalença, o magnitud del problema (exemple: és molt freqüent? Afecta a molta gent?). 3. Síntomes inicials (sempre que sigui convenient divulgar-los) o com identificar o reconèixer la malaltia o factor de risc. 4. Com es diagnostica? 5. Tractament o abordatge terapèutic (problemes de compliment, pronòstic) amb recomanacions del tipus signes d'alarma, contagi, etc., si escau. 6. Com es pot prevenir. 7. Consells del teu metge de capçalera. Opcional: Quin paper juga el metge de família en la malaltia en qüestió (per exemple, en el control de la depressió, o altres problemes de salut que puguin ser competències de diferents especialistes). Quan no es tracti d'una malaltia o factor de risc es pot variar aquest esquema (per exemple, si es parla de la relació metge-malalt).

Cartes al director

Altres seccions. El *Butlletí* disposa d'altres seccions (articles especials, novetats terapèutiques i documents), els articles de les quals seran encarregats al Comitè de Redacció de la revista. Tots els socis poden col·laborar espontàniament en qualsevol d'aquestes seccions si així ho desitgen.

Activitats científiques de la societat i notícies. Informació sobre congressos, jornades i altres temes d'actualitat que interessin els socis.

Pàgina del resident. Es manté aquest espai obert als residents que escriguin llurs experiències i idees com han anat fent aquest últim any.

PRESENTACIÓ I ESTRUCTURA DELS TREBALLS

Els treballs han de tenir el format Din A4, 30 línies per full, amb 60-70 pulsacions per línia i amb marges suficients. Els fulls hauran de ser numerats correlativament.

Primer full. S'indicaran en aquest ordre, les dades següents: títol del treball, nom i cognoms dels autors, nom complet i adreça completa del centre de treball, adreça per a la correspondència, e-mail de contacte i data de la tramesa.

Resum. Serà lliurat en un full a part i l'extensió haurà de tenir entre 150 i 250 paraules. No pot ser inferior a 150. El seu contingut s'estructurarà en sis apartats: introducció i objectius, tipus d'estudi, emplaçament, subjectes, mesuraments i intervencions i resultats i conclusions. No contindrà dades que no es trobin en el text.

A continuació cal indicar tres paraules clau d'acord amb les normes de l'Index Medicus, sota les quals el treball pugui ésser codificat.

Treballs. Es recomana la redacció en impersonal. Cal dividir clarament els treballs en les seccions assenyalades.

Bibliografia. Les referències bibliogràfiques seran numerades per ordre d'aparició en el text, amb xifres aràbigues entre parèntesis i recollides en un full al final del treball. La referència d'articles es farà amb aquest ordre: tots els autors, el/s cognom/s seguit/s de la inicial del nom amb punt i separant cada autor per una coma, títol complet de l'article en la llengua original, nom de la revista segons l'abreviatura de l'Index Medicus, any, volum, primera i darrera plana. Exemple: Boj Quesada JR, Xalabardé Guardia A, Bastida Vila P, Molina Vives M, Quiles III I, Tomàs Vilatella J. Estudi comparatiu de la personalitat dels pares i de la dinàmica familiar en l'anorèxia nerviosa. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 311-324. En les referències de llibres s'indicaran cognoms i inicial del nom de tots els autors, títol complet en llengua original, lloc d'edició, editorial, any i planes.

Taules. Cal presentar-les en fulls independents i aniran numerades consecutivament amb xifres romanes. Tindran un títol a la part superior. Si hi ha sigles, cal que s'expliquin al peu de la taula. Cal evitar repeticions entre taules, figures i text.

Figures. Llur nombre serà l'indispensable per a la bona comprensió del text. Es numeraran per ordre d'aparició en el text amb xifres aràbigues. En un full a part es llistaran els peus de les figures. Han de lliurar-se en paper, en les dimensions escaients per a la seva reproducció. Es lliuraran en un sobre, indicant al dors la part superior de la figura i el seu número.

Abreviatures i símbols. En general és desitjable emprar poques abreviatures. Les abreviatures poc comunes s'han de definir en el moment de la seva primera aparició. S'evitaran les abreviatures en el títol.

TRAMESA DELS ORIGINALS

Els treballs s'han d'enviar en suport informàtic i indicar-ne el sistema operatiu i el programa, encara que es prefereix que sigui Word97 o Word 2000, per e-mail a merce@camfic.org. En cas d'haver-hi figures originals o d'altres (fotografies, ECG, etc.) podeu enviar-les, juntament amb una còpia en paper del vostre treball, per correu postal a:

Mercè Deu, secretària de Redacció del *Butlletí*
CAMFiC
C. Portaferri, 8, pral 1a, 08002 Barcelona

El Consell de Redacció podrà suggerir modificacions del text quan es cregui necessàries i també refusar la publicació de treballs quan no es considerin escaients.

SERETIDE®

Hacia el **control total** del asma



mañana  noche 
Todos los días 1 inhalación cada 12 horas

Consultar fitxa tècnica a la pàgina 32




mañana  noche 
Todos los días 2 inhalaciones cada 12 horas



Volumatic+



centro de información gsk
902 202 700
es-ci@gsk.com

 GlaxoSmithKline, S.A. fue la primera comercializadora de medicamentos en España en obtener el registro EMAS

 GlaxoSmithKline
www.asmayepoc.com