

BUTLLETÍ

DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA
FAMILIAR I COMUNITÀRIA



	pàgina		pàgina
EDITORIAL		DE L'EVIDÈNCIA A LA PRÀCTICA CLÍNICA	
105 Reflexions sobre alguns aspectes i fets de l'any 2006, que tot just acabem de finalitzar, i sobre el que ens espera l'any que acabem de començar. Bon any, bona sort	1	123 El tractament oral amb aciclovir o els seus derivats, disminueix el nombre de recurrències d'herpes labial? <i>Helena Roig Carrera</i>	19
TREBALLS ORIGINALS		CASOS CLÍNICS	
107 La síndrome metabòlica com a factor de risc cardiovascular a l'Atenció Primària <i>Joan Josep Cabré Vila, Francisco Martín Luján, Bernardo Costa Pinel, Josep Lluís Piñol Moreso, Josep Lluís Llor Vilà i Yolanda Ortega Vila</i>	3	126 Dona amb tos crònica que no millora amb antitussígens inespecífics <i>M. Teresa Mauri Rojals, Sonia Jiménez Delgado i Josep Lluís Llor Vilà</i>	22
ARTICLES ESPECIALS		129 Osteonecrosi idiopàtica de còndil femoral <i>Marta Catalán Adell, Jenaro A. Fernández-Valencia Laborde</i>	25
117 Presentació d'un instrument d'ajuda a la decisió sobre el cribratge del càncer de pròstata: el projecte DECIDIU-PSA <i>Grup investigador del projecte DECIDIU-PSA</i>	13	131 <i>Mycobacterium gordonae</i> : el seu paper com a patògen <i>Sílvia Barro Lugo, Irene Herrera Solsona i Carlos Martínez Gaitero</i>	27

CRÈDITS

Butlletí editat per:

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Portaferrissa, 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. Dolers Forés i Garcia

Vicepresidents:

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

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:

Joan Lozano Fernández**COMITÈ EDITORIAL**

Director:

Joan Lozano i Fernández

C. Editorial:

Carles Llor i Vilà**Rosa Pou i Vila****Xavier Bria 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 Rifa

Residents:

Manuel Sarmiento Cruz**VOCALIES TERRITORIALS**

Anoia:

Xavier Cantero Gómez

Garraf:

Cristina Gallardo i Sánchez

Girona:

Xavier Pérez i Berruezo

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:

Lourdes Martín Montero**ENLLAÇOS AMB EL BUTLLETÍ**

Acreditació activitats:

Lluïsa Rodríguez i Latre

Adolescència:

Ignasi Casado i Zuriguel

Alcohol:

Rosa Freixedas i Casaponsa

Anticoagulació oral:

Jordi Altirriba i Vives

APOC:

Aurora Carranzo

Respiratori:

Maria Antonia Llauger Rosselló

ATDOM:

Antonio Aranzana i Martínez

Cerebrovascular:

Maria 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 SOBRE ALGUNS ASPECTES I FETS DE L'ANY 2006, QUE TOT JUST ACABEM DE FINALITZAR, I SOBRE EL QUE ENS ESPERA L'ANY QUE ACABEM DE COMENÇAR. BON ANY, BONA SORT

El 2006 ha estat un any molt ric en esdeveniments en l'àmbit de l'Atenció Primària i en la nostra Societat, la CAMFiC.

Internament, la CAMFiC ha consolidat una Junta que va començar a caminar el juny de 2005. Quan els seus membres vam accedir als nostres càrrecs, ens vam marcar com a prioritat endreçar la casa, perquè la nostra és una organització jove, que ha crescut molt en pocs anys i, evidentment, això comporta, en ocasions, certes disfuncions. Ara bé, som on som únicament gràcies a les anteriors juntes i, de fet, a ningú li ha d'estranyar que estiguem fent el camí que elles van iniciar en decisions molt importants, com ara el fet de compartir local amb la semFYC, el conveni amb l'ACMSCB, el Pla Estratègic CAMFiC 2004-2007 i la professionalització de la Fundació d'Atenció Primària.

Actualment tenim consolidada la gerència de la FAP i els seus departaments de Comunicació, Comptabilitat, Formació i Educació Continuada, Informació i Atenció al Soci, Informàtica, Línia Editorial, i Recerca.

Des de la CAMFiC, i amb el suport de la FAP, s'ofereix formació en totes les modalitats: cursos presencials, a distància, *e-learning*, jornades i congressos amb l'acreditació delegada del Consell Català de la Formació Mèdica Continuada; publicacions en format de llibres i quaderns; informació actualitzada i d'interès per al soci, a través de la pàgina web www.camfic.org; *El Capçalera*, revista electrònica que s'envia cada 15 dies, i el *Butlletí*, revista en paper i amb periodicitat trimestral. I també l'ACOE, que s'organitza conjuntament amb l'IES i que representa la voluntat ferma de la CAMFiC de tenir un paper decisiu en el procés de recertificació dels metges d'Atenció Primària.

Tot això només ha estat possible perquè som molts, la majoria de les metgesses i dels metges d'AP de Catalunya, i encara volem ser més. Volem que no hi hagi cap company que treballi en l'Atenció Primària que no tingui el seu espai a la Societat. Tots els metges que treballen en AP, especialment els clínics, però també els gestors, els planificadors i els investigadors, hi són benvinguts, siguin o no metges de família. També ho són els companys d'altres especialitats. I les infermeres i infermers, i els treballadors familiars, alguns dels quals ja fa anys que col·laboren en grups de la CAMFiC i pels quals s'ha creat la figura de membre adherit, precisament perquè siguin socis de ple dret i entre tots desenvolupem el model d'Atenció Primària que sempre hem defensat, basat en el treball en equip.

I tot això és possible perquè tenim gairebé *quaranta* grups de treball amb els millors professionals de la primària. Els grups, des dels més clínics fins als menys clínics, des dels més antics fins als més nous, des dels més grans fins als més petits, en la immensa majoria dels casos prefeixen treballar sota el paraigües de la CAMFiC, i en lloc de gaudir de mèrits i beneficis individuals o personals, prefeixen compartir-los amb la resta de companys, i també, per què no dir-ho?, amb la Societat, perquè la CAMFiC és solidària.

I això passa perquè la CAMFiC és una organització estable i forta, que obté els seus recursos amb transparència i els gestiona amb honestedat. Cal dir que en l'actualitat contem amb dos grans finançadors: Farmlandria i l'Administració Pública (el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya). Ara bé, les nostres activitats segueixen les indicacions proposades pel Grup d'Ètica de la Societat, en el sentit d'assegurar el nostre compromís ètic en la relació amb aquestes entitats i poder garantir la nostra independència total. Això, al menys fins ara a Catalunya, ha estat plenament possible amb els nostres principals interlocutors, als quals agraïm la seva col·laboració tot desitjant seguir en aquesta línia.

Al nostre entorn han passat i passen moltes coses de les quals hem d'estar pendents: la Llei de Dependència, l'Estratègia AP 21 promoguda pel Ministeri de Sanitat, l'ordre d'Accreditació Externa dels Tutors de Catalunya, l'Estatut del Metge Resident, i la vaga de metges, primer a Catalunya i després a la resta de l'Estat.

El posicionament de la Junta en cap cas va ser no compartir el descontentament, sinó pensar que als metges de primària la vaga ens beneficiaria en ben poc. I nosaltres, que recolzem de manera ferma l'acabament del procés de reforma de l'Atenció Primària, necessitem unes negociacions pròpies i diferents, com són les nostres condicions de treball respecte a les dels altres companys que treballen en els hospitals.

La nostra realitat és la massificació de les consultes, els canvis demogràfics, l'atenció continuada, la feminització de la professió, amb més baixes i permisos reglamentaris per a l'atenció i conciliació familiar, la rigidesa del sistema a l'hora de les substitucions per malaltia, vacances o d'altres situacions, una carrera professional encara massa orientada a l'antiguitat i a un model «hospitalari», en què prevalen la docència, la recerca i les publicacions en revistes a les quals no tenim pràcticament accés, enfront del bon fer i de la qualitat de cada professional i del conjunt de l'equip, i al desenvolupament personal i professional de cada un de nosaltres.

Tanmateix, sembla que, de la vaga, n'han sortit al menys dues coses que poden ser útils a la nostra Societat. En primer lloc, la creació dins de la CAMFiC d'un organisme d'assessorament a la Junta, constituït pels socis d'honor i per tots els expresidents, que hem anomenat L'Ateneu, i que ja s'ha reunit en dues ocasions. En segon lloc, i per part del Departament de Salut, la creació del Consell de la Professió Mèdica de Catalunya, òrgan permanent de consulta i de participació del col·lectiu professional mèdic on hi som presents (si bé només en el Ple), i a més hi som com a CAMFiC, la qual cosa es converteix en una oportunitat per manifestar i tractar d'impulsar les nostres opinions en els més alts nivells de planificació i de gestió del nostre país.

Com sabeu, el Consell està format per dues comissions, la d'Ordenació i Planificació, i la d'Exercici, que estudien dos temes candents: la necessitat de metges i les retribucions. I això ens porta a una altra qüestió que ha passat al nostre entorn, i és que per primer cop han quedat moltes places de residents d'MFiC sense cobrir a tot l'Estat, però més a Catalunya. La reflexió és clara, no sabem encara del cert si falten o no metges, ni de quina especialitat, ni si estem comparativament millor o pitjor retribuïts que els altres, però veiem que el nombre de pacients per metge cada cop és més alt i que els joves opten per altres especialitats, i també coneixem que un percentatge no menyspreable de residents, en acabar la nostra especialitat, es torna a presentar a l'examen MIR per fer-ne una altra.

«Fer» un especialista costa com a mínim uns deu anys. Per tant, ara hem d'afavorir models d'organització imaginatius, descentralitzats i satisfactoris per als professionals, que ens permetin aprofitar totes les eines de gestió i totes les hores de metge possibles, d'aquells que així ho vulguin,

amb remuneracions adequades per evitar-ne les fuges. S'haurà de canviar l'organització dels equips, i no sols la nostra tasca com a metges, sinó també la d'altres companyes i companys de l'equip, i fer-ho amb responsabilitat i consens, des de cada lloc de treball, en cada equip, independentment de l'empresa a la qual pertanyi, i aprenent uns dels altres en aquells aspectes que ens puguin beneficiar i ajudar a fer millor la nostra feina, desenvolupant totes les competències que ens són pròpies, sense fer models paral·lels.

A curt termini hem de fer atractiva la nostra especialitat a les noves generacions, des d'un bon inici de la formació de pregrau, que és ja on molts joves prenen la decisió d'optar per una especialitat o una altra. I també ja toca deixar de queixar-nos de la nostra total absència en els llocs de presa de decisions a la Universitat i presentar un model conjunt a les autoritats polítiques i acadèmiques que posi a nivell europeu la formació de pregrau en medicina de família.

A més a més, enguany, la CAMFiC firmarà un nou conveni amb l'ACMSCB, que pensem que serà més satisfactori per ambdues parts i que permetrà els socis veure més ben recompensada la seva important contribució en aquesta institució.

Finalment, només vull assenyalar que tots aquests propòsits, que ben segur que ens donaran algun que altre maldecap, només seran possibles si tots i cadascun de vosaltres, des de la vostra situació personal i professional pròpia, seguïu col·laborant amb els qui actualment tenim l'honor de representar-vos.

Dolors Forés
Presidenta de la CAMFiC

LA SÍNDROME METABÒLICA COM A FACTOR DE RISC CARDIOVASCULAR A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

AUTORS

Joan Josep Cabré Vila, Francisco Martín Luján, Bernardo Costa Pinel, Josep Lluís Piñol Moreso, Josep Lluís Llor Vilà i Yolanda Ortega Vila, en nom del Grup d'Estudi de la Síndrome Metabòlica*.

Centre de treball:

ABS Reus-1, ABS Reus-2, ABS Reus-3, ABS Reus-4, ABS Deltebre. Institut Català de la Salut.

Camí de Riudoms, 53-55; 43202 Reus

Tel. 977 778 511

Adreça electrònica: jcabre.tarte.ics@gencat.net

CORRESPONDÈNCIA

Joan J. Cabré Vila

Rambla Nova, 68, 2n; 43004 Tarragona

Tel. 649 335 840

RESUM

OBJECTIUS

Estimar la prevalença de la síndrome metabòlica (SM) a la població de més de 45 anys d'edat atesa a l'Atenció Primària, segons dos dels criteris més internacionalment reconeguts (OMS i NCEP).

DISSENY

Estudi de cohorts multicèntric, íntegrament en Atenció Primària, a cinc ABS (quatre urbanes i una rural) (n = 72.000) de 2 anys de durada.

SUBJECTES

Set-cents vint individus majors de 45 anys, que van prestar el seu consentiment informat. La mostra es va seleccionar aleatòriament per mitjans informàtics. Risc $\alpha = 0,05$ per a una precisió de $\pm 3\%$ en contrast bilateral per a una proporció estimada d'SM del 17% i acceptant el 20% de reposició.

MESURES I INTERVENCIÓNS

S'enregistraren dades sociodemogràfiques, antecedents familiars i personals, factors de risc, paràmetres antropomètrics, xifres tensionals, proves analítiques i corba de sobrecàrrega amb glucosa (excepte els diabètics). Tractaments actuals i presència de complicacions cardiovasculars. Es va calcular el risc cardiovascular a 10 anys en cada cas.

RESULTATS

Dels 720 individus amb una edat mitjana de $60,3 \pm 11,5$ anys, 431 eren dones (59,9%). Tenien hipertensió arterial 352 (48,9%), diabetis 142 (19,7%) i prediabetis 233 (32,4%), obesitat 285 (39,6%) i dislipèmia 209 (29%). Fumaven 106 (14,7%). L'índex de massa corporal mitjà era de $29,1 \pm 5,1$. El risc cardiovascular segons la funció de Framingham era de $13,8 \pm 10\%$, i segons taules calibrades (REGICOR) del $8,8 \pm 9,8\%$.

Cent seixanta-sis subjectes (23,1% [IC 95%: 20,0-26,3]) van complir els criteris diagnòstics d'SM segons l'OMS, i 210 (29,2% [IC 95%: 26,9-32,6]) segons els criteris NCEP-ATPIII.

Al final del seguiment, es van observar complicacions cardiovasculars en 113 individus (15,7%): 35 patien vasculopatia perifèrica (4,9%); 30 presentaven complicacions coronàries (4,2%); 29, nefropatia (4%), 24, complicacions cere-

brovasculars (3,3%); 18, retinopatia (2,5%), i 6 presentaven neuropatia (0,8%). Es van produir 29 pèrdues (4%) (8 morts cardiovasculars, 7 morts no cardiovasculars, 7 trasllats de domicili i 7 pèrdues de seguiment). El risc relatiu de complicacions entre pacients sense SM enfront dels que sí que complien criteris segons NCEP fou de 2,56.

La regressió logística dels components de l'SM sobre les complicacions de tot tipus mostra unes *odds ratio* (OR) de 3,0 (IC 95%: 1,5-4,7) i de 1,4 (IC 95%: 0,9-2,9), respectivament, pels factors d'hipertensió i diabetis; per tant, són els que més impacte tenen sobre els esdeveniments cardiovasculars. Si fem l'anàlisi separatament segons els tipus de complicació, llavors els factors components que tenen més pes són, en el cas de la coronariopatia, la dislipèmia (OR: 2,9 [IC 95%: 1,7-4,3]) i la diabetis tipus 2 (OR: 1,7 [IC 95%: 0,9-2,9]). En el cas de la malaltia cerebrovascular, el principal factor és la hipertensió arterial (OR: 5,0 [IC 95%: 3,5-6,8]). Respecte l'arteriopatia perifèrica, ho és la diabetis tipus 2 (OR: 1,7 [IC 95%: 0,8-2,9]). Pel que fa a la retinopatia, influeix la hipertensió arterial (OR: 3,4 [IC 95%: 2,3-5,1]) al igual que sobre la nefropatia (OR: 13,8 [IC 95%: 11,4-16,6]). Finalment, la dislipèmia és el factor de risc més estretament associat a la neuropatia (OR: 10,4 [IC 95%: 8,3-12,9]).

CONCLUSIONS

La prevalença d'SM és elevada en la població general atesa. Al menys, un de cada quatre individus de més de 45 anys d'edat presenta aquesta constel·lació de factors de risc. Cada factor component de l'SM influeix de manera diferent sobre la complicació o complicacions cardiovasculars. L'SM suposa un risc superior a més de dues vegades i mitja sobre la població lliure d'SM. Per tant, això ens confirma que la detecció de l'SM és cabdal a les nostres consultes d'Atenció Primària.

PARAULES CLAU

Metabolic syndrome; cardiovascular disease; prediabetes.

INTRODUCCIÓ

La síndrome metabòlica (SM), descrita l'any 1988 per Reaven, que la va anomenar *síndrome X* (també rep els noms de *síndrome plurimetabòlica* o de *resistència a la insulina*) representa un reconegut factor de risc per desenvolupar malalties cardiovasculars per la seva associació a l'arterios-

*Els components de tot el grup apareixen al final de l'article.

clerosi accelerada i a la malaltia cardiovascular¹, tot i que ja havia estat reconeguda molt anteriorment per diferents autors (Kylin, Marañón).

Des de la descripció clàssica de Reaven de la síndrome X², es va establir com a nexa comú la resistència a la insulina/hiperinsulinèmia. Sorprenentment aquest autor no va incloure l'obesitat dins la seva definició. Més tard, altres autors van incloure en el concepte alteracions en el greix corporal, trastorns de la tolerància a la glucosa, dislipèmies i hipertensió arterial. Als últims anys s'ha desenvolupat un creixent interès respecte a aquest tema, essent tractat des d'Atenció Hospitalària i també des d'Atenció Primària, malgrat que en aquesta última el número de treballs publicats és sensiblement inferior. No obstant això, i tenint en compte que els estudis epidemiològics suggereixen que més del 25% de la població general desenvolupa de manera gradual resistència a la insulina³, sembla indispensable l'estudi d'aquesta patologia tan prevalent en l'àmbit de l'Atenció Primària⁴.

Per això s'ha inclòs en la llista de prioritats de diverses polítiques de salut. Una sèrie de patologies semblen relacionar-se amb l'SM, com per exemple, la síndrome dels ovaris poliquístics, disfuncions de l'eix hipotalàmic-hipofisari-suprarenal, aterosclerosi accelerada i alteracions a les partícules LDL del colesterol (petites i denses). Noves evidències vindrien a emfasitzar la importància de la genètica, així com dels estils de vida, en la patogènesi d'aquesta síndrome. Igualment importants són les alteracions intermitges del metabolisme de la glucosa, doncs existeix una relació progressiva entre la tolerància a la glucosa i els factors de risc cardiovascular⁵.

També existeix una línia d'estudis dirigits a descriure nous factors de risc cardiovascular, que s'han denominat *factors emergents*. Per exemple, l'associació de fibrinogen, proteïna C-reactiva, albúmina o recompte leucocitari amb la malaltia coronària. Altres factors nous són homocisteïna, lipoproteïna(a), t-PA, PAI-1, etc. Una limitació dels criteris d'SM prové precisament de les proves que cal realitzar, com l'índex HOMA (*Homeostasis Model Assessment*), el quartil superior del qual defineix la resistència a la insulina, fora de l'abast de l'Atenció Primària. Recomanem la lectura d'un exhaustiu article de revisió per aprofundir més en aquest tema⁶.

Al grau de dificultat per delimitar tots els components, s'hi afegeix la manca de criteris diagnòstics consensuats. Els primers varen ser de l'OMS (1998)⁷ i posteriorment l'any 2001 els criteris de l'NCEP-ATP III, de maneig més senzill en ser majoritàriament de tipus clínic⁸. Altres criteris que cal destacar són els EGIR (Grup Europeu d'Estudi de la Resistència a la Insulina) que prenen com a base una població europea i són els primers que van donar prevalences properes al nostre entorn. Posteriorment, l'Associació d'Endocrinòlegs Americans (AAACE) també va voler crear uns criteris propis (2003) i, finalment, l'IDF (*International Diabetes Federation*), el 2005, va emetre el seu consens⁹. Segui com sigui, el cert és que l'SM és molt prevalent¹⁰⁻¹². Arran dels primers estudis de prevalença als Estats Units, va saltar l'alarma sobre una patologia que en pocs anys pot assolir proporcions veritablement epidèmiques i constituir un problema de salut a escala mundial de conseqüències incalculables.

El propi Reaven, l'any 2002, va reconèixer alguns trets associats més freqüentment a la síndrome metabòlica: la síndrome dels ovaris poliquístics, alteracions endotelials,

esteatosis hepàtica no alcohòlica i d'altres¹³. També s'ha observat SM associada a iatrogènia, com ara el tractament de la infecció per VIH amb antiretrovirals (inhibidors de la proteasa) i tractaments amb àcid retinoic (té efecte contra els PPAR-gamma); i de manera natural associada amb certes lipodistrofies o la hipercolesterolèmia familiar combinada.

Finalment, cal indicar que s'ha posat en dubte l'existència d'aquesta síndrome a articles d'opinió més o menys enginyosos¹⁴, que han portat fins i tot a un posicionament de l'IDF i de l'EASD (*European Association for the Study of Diabetes*) de no «marcar» els pacients amb l'etiqueta d'SM, sinó tractar separatament tots els seus factors de risc. No deixa de ser un contrasentit que la mateixa IDF proposi aquesta opció i al mateix temps publiqui uns nous criteris d'SM adaptats a diverses ètnies, entre elles la població europea¹⁵.

El cert és que la relació entre l'SM i l'aparició de malaltia cardiovascular és constant a la literatura biomèdica revisada¹⁶⁻²¹.

Per tant, i lluny de polèmiques, la síndrome metabòlica constitueix una pluripatologia summament freqüent a les nostres consultes: els estudis indiquen una prevalença alta i això ha d'alertar-nos de la seva importància, derivada del seu alt risc i, per tant, de les seves complicacions cardiovasculars.

OBJECTIUS

1. Determinar la prevalença de la síndrome metabòlica a la població atesa a l'Atenció Primària.
2. Identificar factors o components de la síndrome metabòlica que influeixin de manera independent en el pitjor pronòstic cardiovascular de la malaltia. Analitzar l'impacte de cada component sobre l'aparició d'esdeveniments cardiovasculars.

METODOLOGIA

DISSENY

Estudi prospectiu de cohorts multicèntric per observar esdeveniments cardiovasculars. S'estudien dues cohorts: pacients amb diagnòstic de síndrome metabòlica (SM) i persones sense SM. Es realitzà un seguiment de 2 anys.

POBLACIÓ DE L'ESTUDI

Pacients que pertanyen a cinc àrees bàsiques de salut (ABS), quatre d'elles urbanes de la ciutat de Reus i una rural de la localitat de Deltebre. Tot plegat, la grandària aproximada és de 72.000 individus. Es seleccionen pacients d'ambdós sexes, majors de 45 anys d'edat, amb una visita al metge durant els últims 3 anys com a mínim.

Mitjançant el Sistema Informàtic d'Atenció al Pacient (SIAP) s'obté un llistat aleatori de població als diferents centres, proporcional a la població assignada. Per a la inclusió a l'estudi, es van citar els subjectes, se'ls va informar de l'estudi i se'ls va sol·licitar el seu consentiment informat escrit, indicant-los els objectius de l'estudi, i oferint-los un examen bàsic de salut i seguiment.

L'anàlisi comprenia proves bàsiques i una prova de sobrecàrrega amb 75 g de glucosa (excepte en els casos de diabetis coneguda). El seguiment comprenia tant mesures farmacològiques com no farmacològiques (consell anti-tabac, dieta, etc.) tant en els diagnosticats d'SM com els que no tenien SM, els mateixos que es realitzarien en la pràctica clínica habitual. El criteri d'exclusió fou haver patit qualsevol complicació cardiovascular.

PERÍODE D'ESTUDI

Des del 30 de juny de 2004 fins al 30 de juny de 2006.

FONTS D'INFORMACIÓ

Es va emprar un full multiparamètric de recollida de dades d'elaboració pròpia, a banda de l'ús de l'arxiu d'històries clíniques (HCAP) de les ABS. Els ítems inclouen: dades de filiació, antecedents familiars i personals, factors de risc cardiovascular (hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, dislipèmia, obesitat), tractaments dietètics i/o farmacològics, paràmetres analítics i presència de complicacions vasculars). Es va calcular el risc cardiovascular segons dos mètodes (Framingham²² i equació calibrada de REGICOR²³) de manera individual per a cada pacient.

DEFINICIÓ DE LES VARIABLES

Edat, sexe, pes, talla, índex de massa corporal, nivells de triglicèrids, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, àcid úric, insulínemia basal, glucèmia basal, glucèmia a les 2 hores postsobrecàrrega, fibrinogenèmia, recompte leucocitari, hemoglobina glicosilada, índex cintura-maluc, perímetre abdominal, xifres tensionals, antecedents familiars de cardiopatia isquèmica i de diabetis, tabaquisme actiu, consum d'alcohol, tractaments dietètics i/o farmacològics i presència de complicacions vasculars, així com la data en què es van presentar.

DEFINICIÓ DE FACTORS DE RISC

1. Diabetis: glucèmia basal > 126 mg/dl o resultat a les 2 hores d'una sobrecàrrega amb glucosa superior o igual a 200 mg/dl. O bé tractament amb hipoglicèmics orals i/o insulina.
2. Prediabetis: inclou dues categories: intolerància a la glucosa (ITG), si 2 hores després de la sobrecàrrega la glucèmia es troba entre 140 i 200 mg/dl, i glucèmia basal alterada (GBA), on el subjecte presenta una glucèmia basal entre 110 i 126 mg/dl.
3. Hipertensió arterial: si les xifres de pressió arterial són iguals o superiors a 140/90 mm Hg en diverses ocasions en no diabètics; als diabètics es considerava si les xifres eren superiors a 130/85 mm Hg. O bé si estaven en tractament amb hipotensors.
4. Dislipèmia: quan el colesterol total > 240 mg/dl i/o triglicèrids > 150 mg/dl, o bé el tractament farmacològic.
5. Obesitat: si IMC > 30 kg/m².

Els criteris de definició d'SM segons la normativa de l'NCEP-ATPIII són reunir al menys tres criteris dels cinc següents:

1. Perímetre abdominal superior a 102 cm en homes o 88 cm en dones.
2. Fracció HDL del colesterol inferior a 40 mg/dl en homes o inferior a 50 mg/dl en dones, o bé tractament farmacològic hipolipemiant.
3. Triglicèrids superiors a 150 mg/dl, o bé tractament farmacològic de la hipertrigliceridèmia.
4. Xifres de pressió arterial superiors a 130/85 mm Hg, o bé tractament hipotensor.
5. Glucèmia basal entre 110 i 126 mg/dl.

Adicionalment, i segons els criteris de l'OMS, es considera que un individu té l'SM si compleix:

1. Intolerància a la glucosa / diabetis / glucèmia basal alterada i/o resistència a la insulina (determinada mitjançant proves funcionals de laboratori) més:
2. Dos o més dels criteris següents:
 - Hipertensió arterial (o el seu tractament).
 - Hipertrigliceridèmia (> 150 mg/dl) o LDL < 35 (homes) / < 39 (dones).
 - IMC > 30 o ICM (índex cintura-maluc) > 0,9 (homes) o > 0,85 (dones)
 - Microalbuminúria (> 20 mg/min; quocient albúmina/creatinina orina > 20 mg/g).

Els qui compleixen criteris d'SM segons la definició de l'NCEP entren a la cohort anomenada *síndrome metabòlica*. La cohort *no síndrome metabòlica* està formada per pacients que no compleixen els criteris considerats per l'NCEP. (Nota: això comporta que 25 pacients amb criteris OMS(+) però NCEP(-) queden fora de la cohort SM.)

Es consideren complicacions cardiovasculars:

- Vasculopatia coronària: història clínica de cardiopatia isquèmica (infart de miocardi, angina de pit) i/o insuficiència cardíaca, després de valorar exploracions complementàries (ECG, proves d'esforç, gammagrafies).
- Vasculopatia cerebral: història clínica suggestiva d'accident isquèmic transitori/accident cerebrovascular i/o proves d'imatge que els evidenciïn.
- Vasculopatia perifèrica: claudicació intermitent, absència de pulsos perifèrics o demostració mitjançant Doppler (índex turmell-braç < 0,9).
- Retinopatia diabètica: troballes compatibles al fons d'ull.
- Nefropatia: microalbuminúria superior a 30 mg/ 24 hores.
- Neuropatia diabètica: clínica compatible amb exploració patològica amb diapasó o monofilament.
- També es consideren complicacions els èxits relacionats amb malaltia cardiovascular; per exemple, un IAM que ocasioni la mort o una mort sobtada d'origen cardiovascular.

DETERMINACIÓ DE LA GRANDÀRIA MOSTRAL

Acceptant un risc α de 0,05 per una precisió de ± 3 unitats percentuals en un contrast bilateral per a una proporció estimada de síndrome metabòlica del 17%, es precisa una mostra aleatòria poblacional de 720 subjectes assumint que la població és de 72.000 individus. S'ha estimat una taxa de reposició del 20%.

PLA D'ANÀLISI

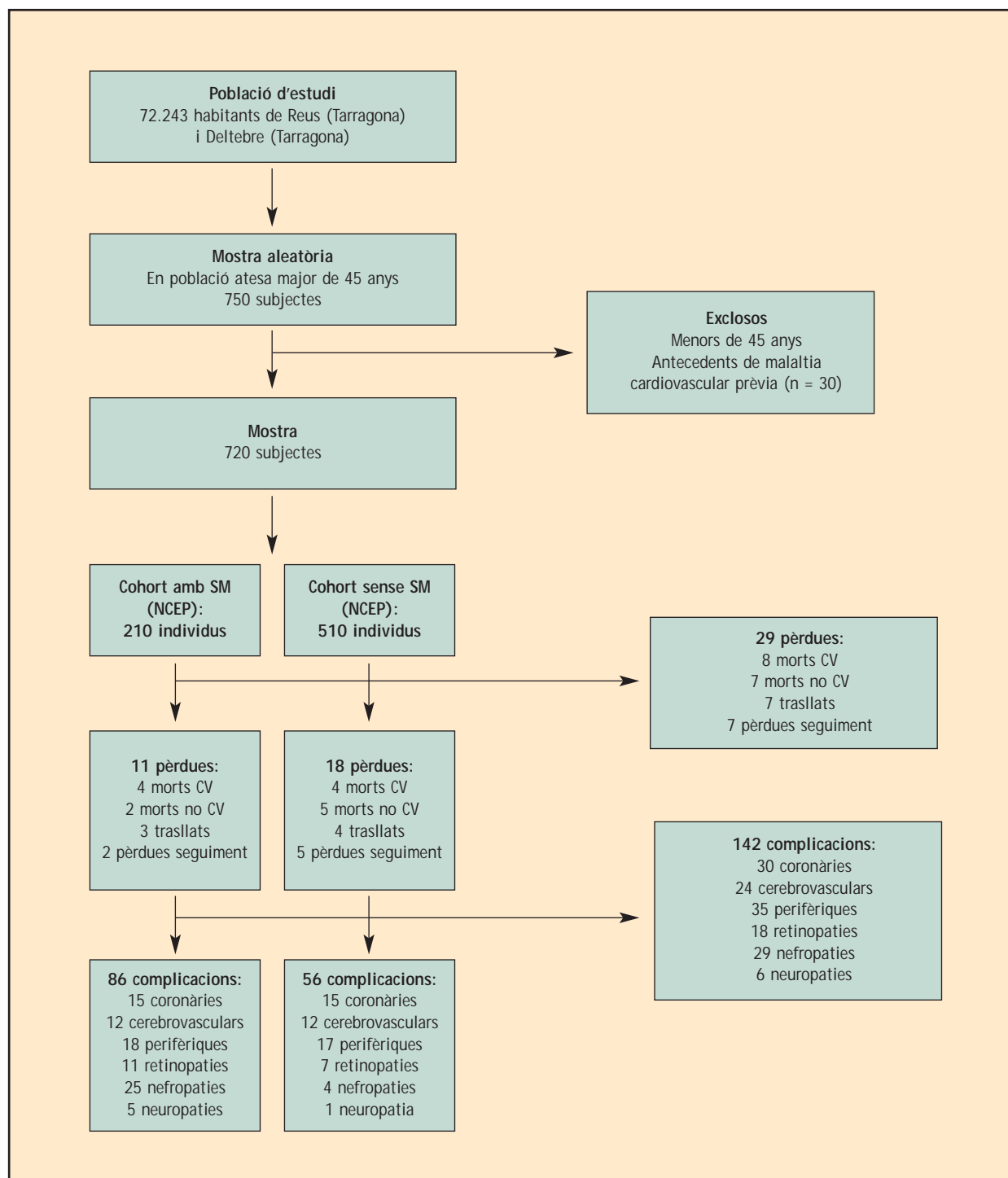
Estudi epidemiològic: possible associació de certes variables, components de l'SM amb un augment del risc de presentar patologia cardiovascular.

Anàlisi estadística: les dades obtingudes es van analitzar mitjançant el programa estadístic SPSS versió 11.0, treballant amb un nivell de confiança del 95% i considerant diferències estadísticament significatives valors de $p < 0,05$. Inicialment es va fer una anàlisi descriptiva de les variables, i posteriorment una anàlisi multivariant pel mètode *stepwise* per tal de ponderar la importància dels diferents factors de risc com a causa d'esdeveniments cardiovasculars. Així, la variable dependent va ser el nombre d'esdeveniments; les variables independents van ser els factors de risc (hipertensió, dislipèmia, diabetis, obesitat) convertits en variables

dicotòmiques. També es van incloure com a variables dicotòmiques els diagnòstics d'SM per criteris OMS i NCEP. Als resultats s'indiquen les variables que han estat significatives dins del model, així com els coeficients o exponencials de *b*, que expliquen el percentatge de predicció de cada variable en qüestió.

RESULTATS

En els 720 subjectes seguits, finalment es van produir 29 pèrdues (4%): 8 morts cardiovasculars, 7 morts no cardiovasculars, 7 trasllats de domicili i 7 pèrdues de seguiment. La figura 1 mostra un diagrama de flux de l'estudi. La mortalitat cardiovascular global fou del 1,1% (8 casos).



Estudi multicèntric i prospectiu de cohorts per valorar el risc d'esdeveniments cardiovasculars associats a la síndrome metabòlica a partir d'una mostra aleatòria de població.

FIGURA 1. Diagrama de flux de l'estudi.

L'edat mitjana del conjunt fou de 60,3 ± 11,5 anys, 431 eren dones (59,9%). Com a factors de risc destaquen: hipertensió arterial, 352 (48,9%); diabetis tipus 2, 142 (19,7%); prediabetis, 233 (32,4%); obesitat, 285 (39,6%), i dislipèmia, 209 (29%). Fumaven 106 individus (14,7%). L'índex de massa corporal mitjà fou de 29,1 ± 5,1 kg/m². El risc cardiovascular mesurat segons la funció de Framingham fou de 13,8 ± 10%, i segons les taules calibrades (REGICOR), del 8,8 ± 9,8%; ambdues en projecció a 10 anys.

Respecte a la prevalença de síndrome metabòlica, l'estudi ha detectat 166 subjectes (23,1% [IC95 %: 20,0-26,3]) que complien criteris diagnòstics d'SM segons l'OMS, i 210 (29,2% [IC 95%: 26,9-32,6]) segons els criteris NCEP-ATPIII. Hi ha 141 individus que compleixen simultàniament ambdues definicions. L'índex de concordança *kappa* ponderat ha estat de 0,66 (p < 0,001) entre els dos criteris considerats, per tant, indica una bona concordança.

Han aparegut complicacions cardiovasculars en 113 subjectes durant el seguiment de 2 anys (15,7%); sumen globalment 142 complicacions diferents: 35 han estat vasculopaties perifèriques (4,9%); 30, complicacions coronàries (4,2%); 29, nefropaties (4%), 24, complicacions cerebrovasculars (3,3%); 18 es classifiquen dins l'epígraf retinopatia (2,5%), i 6 han estat complicacions neuropàtiques (0,8%). Desglossant-ho per cohorts, el grup amb SM va patir 15 complicacions coronàries, 12 cerebrovasculars, 35 arteriopaties perifèriques, 18 retinopaties, 29 nefropaties i 6 neuropaties. Mentre que el grup sense SM va objectivar 15 complicacions coronàries, 12 complicacions cerebrovasculars, 17 complicacions vasculars perifèriques, 7 retinopaties, 4 nefropaties i una neuropatia.

La regressió logística múltiple dels factors que influeixen sobre l'aparició d'esdeveniments cardiovasculars, segons el mètode *forward stepwise* ha donat els següents exponencials de *b* o *odds ratio* (OR) que es plasmen a la taula 1. Aquesta taula descriu els components que s'associen a l'aparició d'esdeveniments cardiovasculars.

De la interpretació d'aquesta taula, podem mencionar que cada factor de risc o component té un pes diferent sobre les complicacions. Globalment considerades, tant la hipertensió com la diabetis són les principals. De manera individualitzada, la dislipèmia i la diabetis són importants en els casos de coronariopatia; la hipertensió arterial, com era previsible, sobre la malaltia cerebrovascular; la diabetis sobre la arteriopatia perifèrica. La hipertensió de nou s'ha

TAULA 1. Regressió logística de factors components sobre la malaltia cardiovascular

Tipus de complicacions cardiovasculars	Exponencial de <i>b</i> = <i>odds ratio</i> (IC 95%)*
Totes les complicacions	HTA OR = 2,96 (1,53-4,75) DM2 OR = 1,35 (0,86-2,90) SM (OMS) OR = 3,86 (1,34-7,70)
Coronàries	Dislipèmia OR = 2,85 (1,70-4,26) DM2 OR = 1,66 (0,86-2,89) SM (OMS) OR = 3,10 (1,12-7,9)
Cerebrovasculars	HTA OR = 5,0 (3,53-6,85)
Vasculopatia perifèrica	DM2 OR = 1,66 (0,86-2,90) SM (OMS) OR = 2,65 (1,1-5,47)
Retinopatia	HTA OR = 3,44 (2,26-5,10) SM (NCEP) OR = 3,13 (0,82-6,20)
Nefropatia	HTA OR = 13,79 (11,45-16,63) SM (OMS) OR = 11,93 (5,7-15,4)
Neuropatia	Dislipèmia OR = 10,45 (8,28-12,87) SM (NCEP) OR = 12,41 (0,71-17,3)

*Per cada complicació, s'indiquen els components que han estat inclosos a la equació de regressió. Els altres components no han obtingut significació estadística, i, per tant, han estat exclosos (obesitat).

vist involucrada en els casos de retinopatia i de nefropatia. Per últim, la dislipèmia s'ha associat als casos complicats amb neuropatia.

Considerant els criteris NCEP d'SM, el nombre de components influeix sobre les complicacions o esdeveniments cardiovasculars: a la taula 2 es veu com realitzant la prova *c*² existeix una diferència significativa (p < 0,001) entre els subjectes amb 0, 1 o 2 components (absència d'SM) i qui en té 3, 4 o 5 (criteri de diagnòstic d'SM). La prevalença d'esdeveniments és de 10,78% als subjectes lliures d'SM enfront d'un 27,61% als individus que sí que pateixen SM (OR = 2,56).

La taxa d'esdeveniments cardiovasculars durant els 2 primers anys de seguiment ha estat de 98,6 esdeveniments/1.000 pacients/any.

TAULA 2. Complicacions segons el nombre de components de la síndrome metabòlica a partir dels criteris de l'NCEP

Nombre de components	Complicacions SÍ	Complicacions NO	Total	Percentatge (%)
0	9	145	154	5,80
1	21	172	193	10,88
2	25	138	163	15,34
3	37	87	124	29,84
4	16	42	58	27,59
5	5	23	28	17,85
Total	113	607	720	15,70

Caselles ombrujades: pacients amb síndrome metabòlica (NCEP).

TAULA 3. Complicacions segons el nombre de components de la síndrome metabòlica a partir dels criteris de l'OMS

Nombre de components	Complicacions SÍ	Complicacions NO	Total	Percentatge (%)
0	3	105	108	2,7
1	29	252	281	10,3
2	16	106	122	13,1
3 o més (sense alteració glucídica)	12	31	43	27,9
3	29	67	96	30,2
4	18	46	64	28,1
5	6	0	6	100,0
Total	113	607	720	15,7

Caselles ombrajades: pacients amb síndrome metabòlica (OMS). Cal tenir en compte que es requereix un component invariable (alteració glucídica) i dos o més dels variables.

A la figura 2 es pot veure com el nombre d'esdeveniments per 1.000 habitants/any augmenta a mesura que també ho fa el nombre de components de l'SM (criteris NCEP).

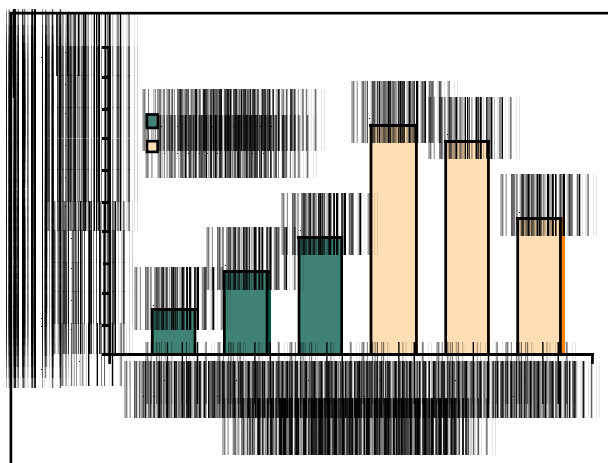


FIGURA 2. Esdeveniments cardiovasculars segons el nombre de components de la síndrome metabòlica (SM). Criteris NCEP (*National Cholesterol Education Program*). MCV: malaltia cardiovascular; SM: síndrome metabòlica. Les *n* indiquen el nombre d'individus a cada subgrup.

La figura 3 mostra el nombre d'esdeveniments, que també augmenta de manera progressiva en acumular-se els components de l'SM segons l'OMS.

Com s'ha observat a la taula 1, segons l'anàlisi multivariant, els criteris OMS prediuen millor que els NCEP la variable «esdeveniment cardiovascular». Això és particularment cert quan considerem totes les complicacions de manera global (OR = 3,86) i també quan ho fem de manera individualitzada (en els casos de coronariopatia, vasculopatia i nefropatia). En canvi, els criteris NCEP només

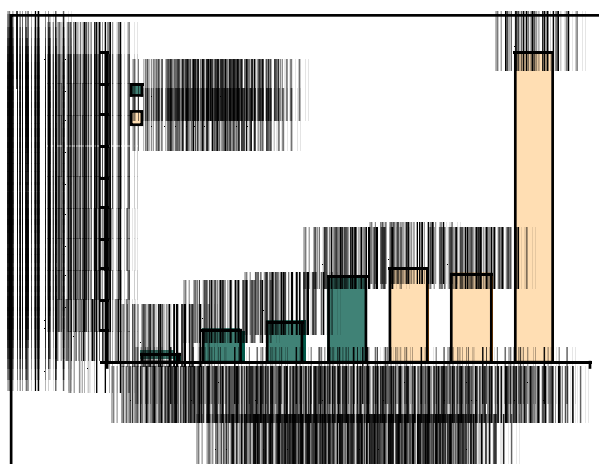


FIGURA 3. Esdeveniments cardiovasculars segons el nombre de components de la síndrome metabòlica (SM). Criteris OMS (Organització Mundial de la Salut). MCV: malaltia cardiovascular; SM: síndrome metabòlica. Les *n* indiquen el nombre d'individus a cada subgrup. *Els components no inclouen l'alteració del metabolisme glucídic.

prediuen les complicacions de retinopatia i neuropatia (encara que cal assenyalar que l'interval de confiança de les OR corresponents comprèn la unitat en ambdós casos).

Fent una subanàlisi dels pacients no diabètics (*n* = 578) trobem que 93 tenen criteris NCEP d'SM i al cap del seguiment han desenvolupat 16 complicacions (17,2%). En contrapartida, en el subgrup de 485 sense diabetis ni SM han aparegut un total de 43 complicacions cardiovasculars (0,88%).

Considerant ara només els pacients diabètics (*n* = 142), d'aquests 97 compleixen criteris NCEP d'SM, i al final dels 2 anys van desenvolupar 62 complicacions (63,9%) enfront de les 21 complicacions cardiovasculars dels 45 individus diabètics sense SM (46,6%).

DISCUSSIÓ

S'ha observat un índex de pèrdues baix: en total 29, reparades per igual entre les possibilitats. Aquestes pèrdues suposen un 4% (a la determinació de la grandària de la mostra, s'havien calculat unes pèrdues de fins al 20%) amb la qual cosa la representativitat de l'estudi està assegurada àmpliament.

El mostreig s'ha fet de manera aleatòria, excloent, com s'ha indicat a l'apartat de material i mètodes, aquelles històries sense cap visita enregistrada als 3 anys previs. L'aleatorització es va obtenir per mitjans informàtics; a més d'assegurar una mostra proporcional a la població atesa a cadascun dels centres.

Els valors de perímetre de cintura del NCEP-ATPIII són acceptables per població nord-americana; però l'aplicació sistemàtica en altres comunitats, com ara Europa, s'hauria de validar. No seria sorprenent que requerís un ajustament, tal com va fer el grup REGICOR sobre les taules de risc cardiovascular de Framingham, que per això les vam incorporar a l'estudi. En aquest sentit, i refermant la nostra hipòtesi, la mateixa IDF ha marcat uns punts de tall més baixos per població europea²⁴ (concretament 90 cm als homes i 84 a les dones).

Cal indicar que hi ha una alta prevalença de diabetis tipus 2 i de prediabetis a la mostra. Això es deu a que es demanava la prova de tolerància oral a la glucosa en tots els casos sense diabetis coneguda, per tal de descartar alteracions inadvertides del metabolisme hidrocàrbonat. Aquest fet dóna un valor afegit al treball, i per tant segurament la prevalença és més propera a la realitat, doncs no hi ha dubte que algunes alteracions no es manifesten només amb la glucèmia basal. A més, la suma de diabetis i prediabetis supera el 50% de la mostra, la qual cosa és predictor del futur: potser som alarmistes i estem sobreestimant, atès que moltes persones sanes no freqüenten les consultes d'Atenció Primària, però sens dubte el percentatge és prou elevat com per considerar l'SM un problema molt seriós.

La principal dificultat és el criteri de diagnòstic de la síndrome metabòlica. Seguim els criteris de l'NCEP-ATPIII, molt més clínics que els anteriors de l'OMS (1998). No obstant això, també es va fer el càlcul seguint aquesta metodologia. No es van considerar altres mètodes diagnòstics (EGIR, grup europeu de resistència a la insulina) ni els més actuals (AACE; IDF-2005) perquè o bé precisen proves fora del nostre abast (cas de la demostració per laboratori de resistència a la insulina; EGIR i AACE) o bé per aparèixer posteriorment a l'inici d'aquest protocol (IDF-2005).

En ser la mostra d'estudi representativa de la població, les conclusions es poden inferir a poblacions similars a l'estudiada. En aquest punt creiem força interessant indicar que la piràmide poblacional de Reus és superposable a la del Baix Camp, i aquesta també a la piràmide poblacional de Catalunya (Font: Institut d'Estadística de Catalunya).

Respecte a altres temes metodològics, lògicament l'atenció sanitària proporcionada dependrà dels factors de risc dels individus: previsiblement en la visita podrem ja detectar-ne alguns (obesitat, possible hipertensió) que requeriran una resposta per la nostra part (confirmació diagnòstica, consell dietètic, modificació d'estils de vida) tots ells comuns a la nostra tasca clínica habitual.

Aquest estudi també ha estat beneficiós per a la nostra població general com activitat de garbellat o cribratge: ens ha permès detectar patologia no percebuda ni sentida

(per exemple, identificar hiperoglucèmia o constatar xifres altes de pressió arterial) amb la qual cosa hem detectat factors de risc no coneguts prèviament. A més, ha permès fer consell en estils de vida, antitabac o control de pes, per citar algunes activitats preventives, a la població no malalta.

A més, el fet de detectar els pacients amb diagnòstic de síndrome metabòlica va crear una actitud més global sobre l'individu en qüestió, de manera que li vam poder transmetre que no només ens preocupem d'un dels seus factors de risc, sinó que intentem tractar-li el major nombre possible, sense descuidar-ne cap.

Malgrat això, repetim que aquest no va ser un estudi d'intervenció, i que, per tant, les mesures foren les habituals a la pràctica clínica diària.

Pel que fa als resultats del treball, són similars als obtinguts a l'estudi CORSAIB²⁵ (un estudi de prevalença dels FRCV a les Illes Balears fet a l'Atenció Primària), on sobre una mostra representativa de 1.685 subjectes (entre 35 i 74 anys) van trobar prevalències de: tabaquisme, 36,6% a homes i 18,3% a dones (14,7% globalment a les nostres dades, 28,5% a homes i 3,9% a dones); HTA al 47,8% (48,9% en el nostre treball); hipercolesterolèmia al 24,2% (29% a Tarragona); diabetis tipus 2 (considerant valors superiors a 126 mg/dl) a l'11,7% (18,7% obtingut al nostre estudi), i obesitat (IMC > 30 kg/m²) al 34% (39,6% al nostre estudi). Considerant que a l'estudi CORSAIB només entraven pacients més joves, sembla que a les Illes Balears hi ha major prevalença global de factors de risc; de fet, Balears ocupa el tercer lloc a Espanya en prevalença de malalties cardiovasculars amb una taxa de mortalitat per CI de 295/100.000 habitants l'any 1992, mentre que Catalunya és al tretzè lloc, amb una taxa de 235/100.000 habitants²⁶. Aquestes tendències es mantenen en el temps²⁷, i malgrat la proximitat geogràfica, altres factors deuen d'influir sobre el millor pronòstic cardiovascular a Tarragona respecte a les Illes Balears. La prevalença d'MCV va ser del 9,8% a les Illes Balears en front del 15,7% al grup de Reus, probablement per la diferència a la mostra (forquilla d'edat de 10 anys de diferència).

L'estudi PREVENCAT seria el seu complementari: va valorar la prevalença de factors de risc en pacients que acudien a les consultes de tota Espanya (excepte les Illes Balears). Va determinar una prevalença d'SM del 50,6% globalment en pacients que tenien hipertensió, dislipèmia, diabetis o combinacions d'aquests tres elements²⁸. Concretament, la prevalença d'SM va ser del 52,5% als hipertensos (a la nostra població: 40,8% per criteris OMS i 47,6% per criteris NCEP); del 73,5% als diabètics (les nostres dades: 59,8% segons OMS i 68,6% segons NCEP), i del 50,1% als dislipèmics (les dades autòctones mostren una forquilla entre 43,6% OMS i 53,0% NCEP). No obstant això, aquestes prevalències són sobre població que acudeix a consulta, doncs l'objectiu principal d'aquest estudi era determinar el percentatge de bon control dels factors de risc esmentats.

L'estudi de Manresa²⁹, bastant anterior en el temps, va obtenir prevalències del 15,4% d'HTA, 4,9% de diabetis, i 67% de tabaquisme (fou un seguiment de 28 anys d'obrers sans des de 1968, homes entre 30 i 59 anys d'edat). Actualment les prevalències són molt superiors en els dos primers casos i ha disminuït molt la prevalença de fumadors.

L'estudi CARDIOTENS 1999 va trobar un 33% de prevalença d'HTA a Espanya sobre 32.051 pacients avaluats a les consultes³⁰. Cal dir que una desena part de la mostra

de pacients s'avaluà dins de les consultes dels especialistes de Cardiologia.

Un estudi observacional realitzat a la Comunitat Valenciana (Grupo de Investigación Clínica del Sureste)³¹ va oferir unes prevalences d'HTA coneguda del 30,3% (no obstant això, la prevalença total d'HTA tant coneguda com desconeguda va ser del 50,1%); de dislipèmia, 22,6%; de diabetis, 10,1%; d'obesitat, 31,6%. La prevalença de tabaquisme és notablement diferent: van detectar un 33,6%.

D'altra banda, l'estudi EPICARDIAN (Madrid) va detectar prevalences més elevades (HTA 68%, dislipèmia 26,4%, diabetis 13,4% i 11,3% fumadors), però la població era major de 65 anys³².

La prevalença d'SM en una cohort laboral de València, recentment publicada, ha estat menor (estudi MESYAS), entorn el 10,2%³³. És més elevada (12,5%) als obrers manuals que en altres col·lectius laborals. Però naturalment l'edat en pocs casos ha estat superior als 60 anys i no van emprar el perímetre de cintura, sinó l'IMC per valorar l'SM.

L'associació d'SM amb la malaltia cardiovascular trobada en aquest estudi (OR = 2,56) també es pot confirmar en comparar-la amb un estudi epidemiològic relacionat amb l'enquesta de salut americana (NHANES-III) que va detectar una *odds ratio* de 2 tant per infart de miocardi com per accident cerebrovascular, als dos sexes i independentment de l'edat i la raça³⁴.

A la figura 2 crida l'atenció que les complicacions han estat més nombroses en el grup que tenia tres components d'SM que en el grup dels qui en reunien quatre o cinc. Aquest fet creiem que pot explicar-se pel baix nombre absolut de complicacions en aquests subgrups. A la figura 3 crida l'atenció que els pacients que compleixen cinc criteris de l'OMS (el màxim) obtenen una taxa d'esdeveniments molt superior als altres subgrups, gairebé triplicant-la. Aquest fet, creiem que es deu a que, en aquest cas, a banda de ser poc nombrosos, obligatòriament compleixen el criteri positiu de microalbuminúria, que és un reconegut factor de risc cardiovascular independent.

També creiem que la millor predicció de la malaltia cardiovascular assolida pels criteris OMS en detriment dels criteris NCEP (taula 1) és deu al fet de considerar la microalbuminúria. Els criteris OMS aconsegueixen una millor predicció en esdeveniments globals, coronaris, perifèrics i de nefropatia. En canvi els criteris NCEP s'associen a millor predicció de retinopatia i neuropatia (encara que sense significació estadística). Respecte a la concordança, atès l'índex kappa obtingut, els autors d'aquest article proposem que no importa tant quins criteris d'SM emprem, sinó el fet de detectar els pacients d'alt risc.

És indubtable que la diabetis, per ella mateixa, afegeix un important risc cardiovascular en tots els casos. Així ho demostra la subanàlisi dels pacients diabètics. Ara bé, cal indicar que fins i tot en aquest subgrup, l'SM modula el risc de tal manera que els diabètics amb SM pateixen més complicacions (63,9% enfront del 46,6%). Per altre banda, la subanàlisi excloent els pacients diabètics mostra que, encara que no tinguem present la diabetis dins la definició de SM, la predicció d'esdeveniments cardiovasculars ha estat globalment superior quan l'SM hi era present (17,2 % enfront del 0,88%). Per tant, l'opinió dels autors és que l'SM és una eina útil i senzilla per valorar quins pacients es poden beneficiar més de la prioritització de recursos sanitaris.

Òbviament no hem entrat en la discussió de si l'SM existeix o no; creiem que amb els arguments que s'han plasmat al llarg de l'article el lector és capaç de treure les seves conclusions pròpies d'aquesta disquisició.

AGRAÏMENTS

Aquest estudi està finançat pel IV Ajut de Recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.

Els autors agraeixen a la Direcció d'Àmbit Tarragona-Reus de l'*Institut Català de la Salut* el seu suport constant al grup investigador. La línia d'investigació sobre la síndrome metabòlica va obtenir els primers premis de la Societat Catalana (2002) i Espanyola (2003) d'Hipertensió Arterial, així com el VI Premi de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (Terres de l'Ebre). El primer firmant (JCV) va realitzar la seva tesi doctoral basant-se en ella, sota el títol *La síndrome plurimetabòlica (síndrome X) com a factor de risc cardiovascular en Atenció Primària*, llegida el 23 d'abril de 2004 (Reus, Universitat Rovira i Virgili), i va obtenir una beca predoctoral de la Fundació Jordi Gol i Gurina. Així mateix, ha obtingut recentment (2006) una beca d'alliberament (Fundació Jordi Gol i Gurina, Institut Català de la Salut) per impulsar el pla estratègic d'aquesta línia de recerca.

Membres del grup d'estudi de la diabetis i la síndrome metabòlica (Reus)

Joan J. Cabré Vila, Francisco Martín Luján, Bernardo Costa Pinel, Josep Lluís Piñol Moreso, Josep Basora Gallisà, Àngel Donado-Mazarrón Romero, María Teresa García Vidal, Cristina Jiménez Rodríguez, Joan Lluís Frigola Marcet, Marta Baldrich Justel, Ramón Sagarra Àlamo, Xavier Aubia Floresví, Dolors Montañés Boncompite, Isabel Sánchez-Oro Vallés, Ana Urbaneja Díez, Yolanda Ortega Vila, Teresa Basora Gallisà, Josep M. de Magriñà Claramunt, Josep Lluís Llor Vilà, Rosa Solà Alberich, Jordi Daniel Díez, Jordi Bladé Creixent, Judit Saumell Boronat, Josep M. Sabaté Fiestras, Núria Mora Gilabert, Francesc Barrio Torrell, Jesús Vizcaíno Marín.

BIBLIOGRAFIA

1. Isomaa B, Almgren P, Tuomi T, Forsén B, Lahti K, Nissén M et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2001; 24: 683-689.
2. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988; 37: 1595-1607.
3. Rupp H. Insulin resistance, hyperinsulinaemia, and cardiovascular disease. The need for novel dietary prevention strategies. *Basic Res Cardiol* 1992; 87: 99-105.
4. McAuley KA, Williams SM, Mann JJ, Walker RJ, Lewis-Barned NJ, Temple LA et al. Diagnosing insulin resistance in the general population. *Diabetes Care* 2001; 24: 460-464.
5. Gerstein HC, Anand S, Yi QL, Vuksan V, Lonn E, Teo K et al. The relationship between dysglycemia and atherosclerosis in South Asian, Chinese, and European individuals in Canada: a randomly sampled cross-sectional study. *Diabetes Care* 2003; 26: 144-149.
6. Costa B, Cabré JJ, Martín F. Síndrome metabólico, resistencia a la insulina y diabetes: ¿Qué se oculta bajo la punta del iceberg? *Aten Primaria* 2003; 31: 436-445.
7. Alberti KGMM, Zimmet PZ, for the WHO Consultation: Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus, provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15: 539-553.

8. Executive Summary of the Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
9. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR et al. American Heart Association. National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112: 2735-2752.
10. Grupo de Trabajo Resistencia a la Insulina de la Sociedad Española de Diabetes. Resistencia a la insulina y su implicación en múltiples factores de riesgo asociados a diabetes tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2002; 119: 458-463.
11. Balkau B, Charles MA, Drivsholm T, Borch-Johnsen K, Wareham N, Yudkin JS et al for The European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts, and an alternative definition of an insulin resistance syndrome. *Diabetes Metab* 2002; 28: 364-376.
12. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. *JAMA* 2002; 287: 356-359.
13. Reaven GM. Metabolic syndrome: pathophysiology and implications for management of cardiovascular disease. *Circulation* 2002; 106: 286-288.
14. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M, American Diabetes Association; European Association for the Study of Diabetes. 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.
15. Alberti KGM, Zimmet P, Shaw J. The metabolic syndrome: a new worldwide definition. *The Lancet* 2005; 366: 1059-1062.
16. Malik S, Wong ND, Franklin SS et al. Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults. *Circulation* 2004; 110: 1245-1250.
17. McNeill AM, Rosamond WD, Girman CJ et al. The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care* 2005; 28: 385-390.
18. Sattar N, Gaw A, Scherbakova O et al. Metabolic syndrome with and without C-reactive protein as a predictor of coronary heart disease and diabetes in the West of Scotland Coronary Prevention study. *Circulation* 2003; 108: 414-419.
19. Alexander CM, Landsman PB, Teutsch SM, Haffner SM, Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III); National Cholesterol Education Program (NCEP). NCEP-defined metabolic syndrome, diabetes, and prevalence of coronary heart disease among NHANES III participants age 50 years and older. *Diabetes* 2003; 52: 1210-1214.
20. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288: 2709-2716.
21. Wannamethee SG, Shaper AG, Lennon L, Morris RW. Metabolic syndrome vs Framingham Risk Score for prediction of coronary heart disease, stroke, and type 2 diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2644-2650.
22. Anderson KM, Wilson PWF, Odell PM, Kanell WB. Framingham. An update coronary risk profile. A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 83: 356-362.
23. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovás J, Cerdán F, Kannel WB et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 253-261.
24. IDF. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Berlin, 14 April 2005. Disponible a: www.idf.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf [consultat 15/08/06].
25. Rigo F. Estudio CORSAIB. Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las Islas Baleares. Ponència al Congrés d'Atenció Primària de les Societats Catalana, Valenciana i Balear de Medicina de Família. Tarragona, juny 2002.
26. Plaza I, Villar F, Mata P et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 412-421.
27. Rigo F, Frontera J, Llobera J, Rodríguez T, Borrás I, Fuentespina E. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en las Islas Baleares (estudio CORSAIB). *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 1411-1419.
28. Alvarez LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR et al. Estudio PREVENCAT: control del riesgo cardiovascular en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2006; 124: 406-410.
29. Tomás L, Varas C, Pérez I, Puig T, Balaguer I. Factores de riesgo y morbimortalidad coronaria en una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años. Estudio de Manresa. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 1146-1154.
30. González JR, Alegría E, Lozano JV, Llisterri JL, García JM, González I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 139-149.
31. Grupo de Investigación Clínica del Sureste (GICS). Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una área de salud. *Aten Primaria* 2002; 30: 207-213.
32. Gabriel R, Novella B, Alonso M, Vega S, López I, Suárez C et al. El proyecto EPICARDIAN: un estudio de cohortes sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovascular en ancianos españoles: consideraciones metodológicas y principales hallazgos demográficos. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 243-255.
33. Alegría E, Cordero A, Laclaustra M, Grima A, León M, Casasnovas JA et al. Prevalencia del síndrome metabólico en población laboral española: registro MESYAS. *Rev Esp Cardiol* 2005; 58: 797-806.
34. Ninomiya JK, L'Italien G, Criqui MH, Whyte JL, Gamst A, Chen RS. Association of the Metabolic Syndrome With History of Myocardial Infarction and Stroke in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation* 2004; 109: 42-46.



CRECER, *Avanzar,* Consolidar

Bayvit es STADA

Continuamos avanzando.

A los éxitos de Bayvit, especialista en genéricos, sumamos la experiencia de la multinacional alemana **STADA**, fabricando y comercializando medicamentos desde hace 110 años.



PRESENTACIÓ D'UN INSTRUMENT D'AJUDA A LA DECISIÓ SOBRE EL CRIBRATGE DEL CÀNCER DE PRÒSTATA: EL PROJECTE DECIDIU-PSA*

AUTORS

Grup investigador del projecte DECIDIU-PSA. Són membres del grup investigador: Josep Casajuana (investigador principal), Carles Alsina, Rosa Aragonès,

Ferran Ariza, Francesc Bobé, Mireia Fàbregas, Sílvia Ferrer, Laia Guix, Begoña Iglesias, Jordi Milozzi.

INTRODUCCIÓ

El càncer de pròstata (CP) representa un problema de salut important als països occidentals. És la tercera causa de mortalitat per càncer entre els homes a Catalunya¹.

L'antigen prostàtic específic (PSA) junt amb el tacte rectal són les proves recomanades per al cribratge del CP. Malgrat això, existeix controvèrsia a la comunitat científica sobre la utilitat d'aquest cribratge, atès que no està clar que la detecció precoç del càncer de pròstata mitjançant la determinació del PSA tingui un impacte positiu en la supervivència d'aquesta malaltia^{2,3}, i en canvi són ben coneguts els efectes secundaris que se'n poden derivar. La naturalesa lentament evolutiva i sovint indolent del càncer prostàtic fa que hi hagi més homes que morin amb càncer de pròstata que no a causa d'ell⁴. D'altra banda, la manca de precisió del PSA qüestiona la validesa d'aquesta determinació com a prova de cribratge, atès que no hi ha un punt de tall que ofereixi alhora una bona sensibilitat i especificitat⁵. Tampoc ens permet diferenciar entre formes agressives i no agressives del càncer de pròstata^{6,7}. A més a més, no està ben establerta la major efectivitat del tractament sobre el càncer de pròstata diagnosticat en etapes precoces mitjançant PSA⁸.

Tot i això, malgrat la manca d'evidència sobre l'impacte del PSA en la supervivència i la qualitat de vida del càncer de pròstata, la realització d'aquesta prova és una pràctica força habitual en el nostre medi. De vegades som els professionals qui sovint incloem aquesta prova en anàlisis sol·licitades per qualsevol altre motiu, habitualment sense informar-ne els pacients. En altres ocasions, la sol·licitud la fa el propi pacient, fruit d'una demanda social que s'empara en la creença que l'estat de salut és millor quantes més intervencions es facin sobre aquesta, mentre es mantenen esmorteïts els advertiments dels falsos positius, el sobre-diagnòstic i els tractaments innecessaris⁹.

Fins fa molt poc, algunes societats científiques, en general les societats urològiques i oncològiques¹⁰, recomanaven el cribratge sistemàtic amb PSA en els homes asimptomàtics entre els 50 i 70 anys. Altres grups, com el US Preventive Services Task Force¹¹, el Canadian Task Force on Preventive Health Care o, en el nostre entorn, el Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut (PAPPS)¹² i el Grup de Pròstata de la CAMFiC¹³, no recomanen els programes de cribratge. Però actualment s'ha generalitzat aquesta recomanació i, davant la manca d'evidència, la gran majoria de grups i societats científiques proposen informar de manera adequada el pacient, per tal que conegui els avantatges i desavantatges de la realització del

cribratge, i que sigui ell qui prengui la decisió de fer-se'l o no d'acord amb els seus valors^{14,15}.

En la pràctica diària resulta gairebé impossible seguir aquesta recomanació. Els professionals tenim dificultats per transmetre aquesta informació de manera comprensible i no esbiaixada als usuaris. Hem de saber transmetre una informació tècnicament complexa amb la dificultat afegida d'haver de comunicar el «desconeixement científic», és a dir, la incertesa sobre la utilitat del cribratge. Si a tot això hi sumem, d'una banda, que els professionals d'Atenció Primària disposem de poc temps per poder informar adequadament el pacient, i d'altra banda, que en el nostre entorn els pacients estan poc avesats a prendre decisions sobre la seva salut, ens trobem amb una situació en què no podem donar a les nostres consultes una resposta que s'ajusti a les recomanacions actuals sobre aquest tema.

En aquest marc, els instruments d'ajuda a la decisió (IAD) són eines útils en la nostra tasca d'agents de salut, que poden permetre reduir l'asimetria d'informació i facilitar la presa de decisions als usuaris, amb prou garanties d'adequació de la informació i sense consumir un volum de temps excessiu. Els assaigs sobre IAD indiquen que aquests són superiors a les intervencions habituals en quant a millora de coneixements i a l'assoliment d'unes expectatives més realistes pel que fa als beneficis i els efectes nocius de les opcions que es plantegen¹⁶.

Totes aquestes circumstàncies han fet que ens plantejéssim la necessitat de disposar d'un instrument senzill, validat i aplicable en el dia a dia de l'Atenció Primària, que ens permeti subministrar als nostres pacients una informació adequada sobre els beneficis i riscos de la utilització del PSA com a prova de cribratge del càncer de pròstata, i que els permeti prendre la decisió més adient als seus valors i interessos. Així va néixer el projecte DECIDIU-PSA, que hem pogut dur a terme amb un ajut a la recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, i del qual presentem l'IAD que hem validat.

EL PROJECTE DECIDIU-PSA

Estudi quasi experimental abans-després, realitzat a les consultes de medicina general de cinc equips d'Atenció Primària de la província de Barcelona. Aquest estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic de la Fundació Jordi Gol i Gurina.

S'incloueren homes entre 50 i 70 anys que van consultar el seu metge de família per qualsevol motiu i que van acceptar de participar a l'estudi. El treball de camp es va desenvolupar en el període abril-juny de 2005.

*Projecte DECIDIU-PSA: Disseny i Elaboració d'un Consentiment Informat per a la Decisió Independent dels Usuaris sobre el PSA.

S'exclogueren els usuaris analfabets reals o funcionals, els que no parlessin català o castellà suficientment, altres motius que dificultessin la comprensió de l'instrument d'ajuda a la decisió (cultural, patologia psiquiàtrica o facultats mentals disminuïdes), usuaris amb una esperança de vida inferior a 10 anys segons criteri mèdic, antecedents personals de patologia prostàtica (hiperplàsia benigna de pròstata) i una determinació de PSA prèvia superior a 4.

Les variables recollides foren: edat, nivell d'estudis, pertinença a ètnia de risc, antecedents urològics, antecedents familiars de primer grau de neoplàsia. S'avaluaren els coneixements previs sobre el cribratge del càncer de pròstata i els posteriors a l'administració de l'IAD (mitjançant un test de coneixements).

L'estudi es desenvolupà en tres fases: 1) definició del contingut i disseny de l'IAD; 2) pilotatge i redisseny de l'instrument, i 3) treball de camp per validar-lo (figura 1).

I fase: definició del contingut i disseny de l'IAD

Un grup multidisciplinari d'experts (taula 1) mitjançant una tècnica de grup nominal modificada va definir, consensuar i prioritzar les idees clau que havia de contenir l'instrument d'ajuda a la decisió.

Posteriorment, un subgrup de membres del grup investigador va redactar i dissenyar l'IAD, incloent-hi les idees clau definides, i fent èmfasi a obtenir un document comprensible, llegible, breu, de disseny i contingut senzills, de format agradable i amb un missatge neutre i no paternalista.

Es dissenyà també l'instrument de mesura (test) per valorar els coneixements previs dels punts clau i els assolits pels pacients després d'administrar l'IAD. El test constava de 14 ítems relatius a les idees clau incloses a l'IAD.

Tot el material es va fer en català i castellà.

II fase: pilotatge i redisseny de l'instrument i del test

Es va fer un pilotatge de l'IAD dissenyat en una mostra de 30 pacients que van respondre el test d'avaluació de coneixements autoadministrat, abans i després de l'administració de l'IAD.

TAULA 1. Grup multidisciplinari d'experts que formaren part del grup nominal

1.	Antonio Alcaraz Asensió, uròleg, Fundació Puigvert
2.	Romà Bastús Piulats, oncòleg, Mútua Terrassa
3.	Francisco Brenes Bermúdez, metge de família, EAP Llefià
4.	Josep Casajuana Brunet, metge de família, EAP Gòtic
5.	Víctor Macias Hernández, oncologia radioteràpica, Hospital General de Catalunya
6.	Mercè Marzo Castillejo, epidemiòloga, ICS
7.	Joan Morote Robles, uròleg, Hospital Vall d'Hebron
8.	Laura Sebastian Montal, metgessa de família, EAP Nova Llorede
9.	Joan Vidal Jové, cirurgia oncològica, Institut Català d'Oncologia

L'instrument es lliurava al pacient a la primera consulta, tot just després del test d'avaluació, i se'l citava uns dies després per valorar els coneixements adquirits tornant a aplicar el mateix test.

A set pacients se'ls va fer, a més a més, una entrevista en profunditat. La selecció d'aquests pacients es va realitzar en funció de dos criteris de segmentació: edat i nivell d'estudis.

La finalitat de tota aquesta prova pilot era detectar les deficiències d'informació i els missatges poc clars del document. Amb la informació que es va obtenir, es va modificar tant el contingut com el disseny de l'instrument d'ajuda a la decisió.

III fase: validació de l'instrument d'ajuda a la decisió mitjançant el treball de camp a les consultes

Van participar metges de família de 13 equips d'Atenció Primària. Es seleccionaren de manera aleatòria usuaris que

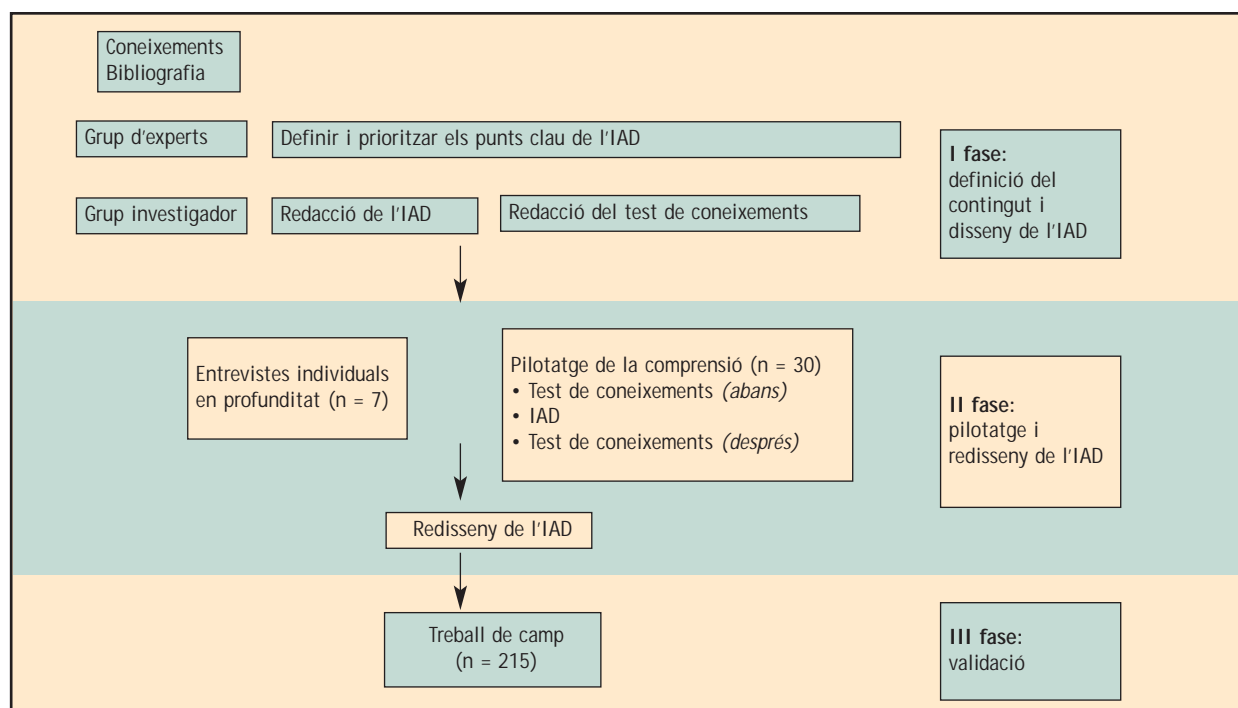


FIGURA 1. Fases de l'estudi.

consultaven per qualsevol motiu el seu metge de família, durant el període d'abril a juny de l'any 2005, i que complien els criteris per ser subjectes de estudi. Es realitzaven dues visites. A la primera, es valoraven els coneixements previs sobre el cribratge del càncer de pròstata mitjançant el test escrit, i posteriorment es lliurava al pacient l'instrument d'ajuda a la decisió. No es donava cap informació addicional ni escrita ni verbal i es tornava a citar a la consulta en un termini de 2 a 3 dies per a que el pacient el pogués llegir al domicili amb calma i consultar-ho amb la família o altres persones si així ho desitjava. En aquesta primera visita es recollien també les variables anteriorment descrites. A la segona visita es demanava a l'usuari que respongués novament el mateix test, abans de fer qualsevol aclariment, per tal de valorar els coneixements assolits.

Per valorar l'efectivitat de l'IAD es consensuà que els pacients que assolien 10 dels 14 ítems del test de coneixements disposaven d'informació suficient per prendre la decisió sobre el cribratge del CP, i que es consideraria vàlid l'IAD si el 70% dels pacients assolien aquest nivell de coneixements una cop llegit el document.

Presentació de l'instrument

Van completar l'estudi 215 persones amb representació dels diferents nivells d'instrucció. Prèviament a l'aplicació de l'IAD només el 10,7% dels pacients obtenia 10 o més punts en el test (tenien coneixements suficients per prendre la decisió), mentre que després de l'instrument, el 71,6% assolia els 10 punts. No hi havia diferències quant als resultats en l'IAD en català o castellà.

Per tant, considerem que s'ha obtingut un consentiment vàlid per a la comprensió de les idees clau per a la decisió del cribratge del càncer de pròstata en els pacients d'Atenció Primària, vàlid en ambdós idiomes.

L'IAD validat, que es mostra a la figura 2, serveix ja per a la seva utilització a les consultes d'Atenció Primària i està disponible per poder-lo descarregar al web de la CAMFiC (www.camfic.org).

Relació d'investigadors que van participar en el treball de camp

EAP Cubelles-Cunit: Cristina Gallardo Sánchez, Amalio Pérez Hiraldo, Mònica Torremorell Núñez.

EAP Garraf Rural: Josep M. Benet Martí, Anna Calvet Sabaté, Lluïsa Calvet Valera, Javier Castro Bresco, Ana Dosio Revenga, Elena Martínez Ramos, Josep M. Vidal Royo.

EAP Gòtic: Rosa Aragonès Forès, Josep Casajuana Brunet, Laura Estella Sánchez, Mireia Fàbregas Escuriola, Laia Guix Font, Victoria Zamora Sánchez.

EAP Horta: Maria José Fernández de Sanmamed Santos.

EAP Les Hortes-Poble Sec: Carles Alsina Navarro, Francesc Vila Duart, Susana Nuñez Vazquez.

EAP Nova Lloreda: Ferran Ariza González, Ana Belen Fernández Sancho, Jaume Claramunt Mendoza, Luz López Pinel, Laura Sebastián Montal, Marta Selvi Blasco, Raúl Porras Benjumea, Susana Martínez Gálvez, Susana Pérez Zamora, Marta Cánovas Juárez.

EAP Passeig Sant Joan: Silvia Ferrer Moret.

EAP Ramon Turró: Mar Ballester Torrens.

EAP Santa Coloma 6-Fondo: Anna Figueredo Galimany, Ramon López Linares, Carme Lisici Milla, Esperanza Martín Correa, Jordi Milozzi Berrocal.

EAP Sitges: M. Herminia Palacín Piquero, Primitivo Sabaté López.

EAP Tàrraco: Francesc Bobé Armant.

EAP Vilanova 1: Sandra Pons Cuevas.

EAP Vilanova 2: Carme Ferrando López, Daniel Rodríguez Marcos.

BIBLIOGRAFIA

- Borràs JM, Borràs J, Bosch FX, Fernández E, Galceran J, Gispert R. Càncer en Catalunya 2001. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002.
- Oliver SE, May MT, Gunnell D. International trends in prostate-cancer mortality in the «PSA ERA». *Int J Cancer* 2001 Jun 15; 92 (6): 893-898.
- Lu-Yao G, Albertsen PC, Stanford JL, Stukel TA, Walker-Corkery ES, Barry MJ. Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and Connecticut. *BMJ* 2002 Oct 5; 325 (7367): 740.
- Carter HB. Informed consent for prostate-specific antigen screening. *Urology* 2003 Jan; 61 (1): 13-14.
- Thompson IM, Ankerst DP, Chi Ch, Lucia MS, Goodman PH, Crowley JJ et al. Operating characteristics of prostate-specific antigen in men with an initial PSA level of 3.0 ng/ml or lower. *JAMA* 2005; 294: 66-70.
- Thompson IM. Informed consent for prostate cancer screening—a call for equity in medical interventions. *Urology* 2003 Jan; 61 (1): 15-16.
- Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. *J Am Board Fam Pract* 2003 Mar; 16 (2): 95-101.
- Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz P, Haggman M et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002 Sep 12; 347 (11): 781-789.
- Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ, Jr., Welch HG. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004 Jan 7; 291 (1): 71-78.
- Barry MJ. Clinical practice. Prostate-specific-antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. *N Engl J Med* 2001 May 3; 344 (18): 1373-1377.
- Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002 Dec 3; 137 (11): 917-929.
- Alonso J, Bellas B, Cierco P, Gálvez M, González J, Martín M. Prevención del cáncer. *Aten Primaria* 1999; 24 (supl. 1): 76-98.
- Alsina C, Bobé F, Casajuana J, Ferrer S, Milozzi J, Pérez D et al. Maneig de la hiperplàsia benigna de pròstata des de l'Atenció Primària de Salut. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Edide, 2003.
- Frankel S, Smith GD, Donovan J, Neal D. Screening for prostate cancer. *Lancet* 2003 Mar 29; 361 (9363): 1122-1128.
- Casajuana J, Aragonés R, Ariza F. Significado clínico de un PSA elevado. *FMC* 2004; 11 (10): 604-613.
- O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD001431.

*Aquest estudi ha estat finançat amb un Ajut per a la Recerca de la CAMFiC.

diagnòstic precoç del càncer de pròstata



Perquè li donem aquesta informació

Fa uns anys es va començar a utilitzar el PSA per fer el diagnòstic precoç del càncer de pròstata, perquè es pensava que així es podrien salvar vides. Amb els coneixements mèdics actuals hi ha dubtes respecte a la recomanació de fer-se el PSA. Avui en dia, no coneixem els beneficis d'aquesta prova però sabem que en alguns casos pot perjudicar-la. Amb aquest full informatiu pretenem explicar-li els beneficis i els riscos de fer-se la prova perquè vostè prengui la decisió que cregui més adequada.

A qui afecta el càncer de pròstata

El càncer de pròstata és molt freqüent en els homes. La majoria de càncers de pròstata se'ls troben en una etapa inicial, asintomàtic, i es poden tractar amb èxit amb cirurgia o amb tractament hormonal. El 20-30% dels casos de càncer de pròstata no tenen cap símptoma, però poden ser detectats mitjançant proves de detecció com el PSA. Els pacients que tenen símptomes i malalties associades al càncer de pròstata, més que de la malaltia pròpia, per a una altra causa.

Què és el PSA

El PSA és una substància de la pròstata que es pot mesurar amb una simple anàlisi de sang. Quan es troba un PSA alt pot indicar que la pròstata és més gran del normal, que està inflamada o infectada, i també que pot haver-hi un càncer. Un PSA alt no sempre significa que hi hagi un càncer. Juntament amb el PSA cal fer també un tacte rectal.

Quins inconvenients té fer-se el PSA

El PSA no és una prova curada. Quan un PSA surt alt, cal fer una altra prova (biòpsia de pròstata) per confirmar si hi ha o no un càncer. Hi haurà homes a qui es trobarà un PSA alt que no tindran càncer de pròstata. Altres homes amb PSA normal poden haver desenvolupat un càncer que no es diagnosticarà. Si la biòpsia confirma un càncer, i no està avançat, podrà oferir-se un tractament amb cirurgia o radioteràpia per intentar curar-lo. Els efectes beneficiosos d'aquests tractaments no es coneixen bé. Els tractaments tenen amb freqüència efectes secundaris importants (vegi la Taula 1).

Quan es diagnostica un càncer, no podem saber si serà un dels que es desenvoluparà o no. El PSA pot identificar càncers que mal haguessin donat problemes. A aquestes persones se'ls farà un tractament que no els aportarà cap benefici.

Financiat amb una subvenció de l'Associació Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

diagnòstic precoç del càncer de pròstata



Quins avantatges té fer-se el PSA

El PSA ajuda a diagnosticar el càncer de pròstata quan està poc avançat. Quan el càncer està limitat a la pròstata, es pot intentar un tractament curatiu.

Taula 1 Efectes secundaris dels tractaments del càncer de pròstata localitzat

	Cirurgia	Radioteràpia
Incidença anual	60-70 de cada 100 homes	10 de cada 100 homes
Problemes comuns	10-20 de cada 100 homes	5 de cada 100 homes
Mort	1 de cada 100 homes	2 de cada 1000 homes

RESUM

Per què actualment hi ha dubtes pel sobre el diagnòstic precoç del càncer de pròstata? Perquè els seus beneficis encara no han pogut ser demostrats i, en canvi, tractar-se amb cirurgia té perjudicis que pot ocasionar. A continuació es mostren els beneficis i els riscos que té el diagnòstic precoç del càncer de pròstata.

Beneficis i riscos del diagnòstic precoç del càncer de pròstata

Beneficis	Riscos
<ul style="list-style-type: none"> Identificació del càncer de pròstata que es pot tractar amb èxit. Més possibilitat de fer un tractament per intentar curar el càncer. 	<ul style="list-style-type: none"> Realització de biòpsia de pròstata que no aporta cap benefici (falsos positius i negatius). Diagnòstic de càncers que mai haurien evolucionat. Efectes secundaris i complicacions derivades dels tractaments.

Aquesta informació té com a finalitat que vostè conegui els dubtes que es poden plantejar sobre la conveniència de fer proves per al diagnòstic precoç de càncer de pròstata. Els vostres dubtes que ha de prendre la decisió de si vol o no fer-se les proves.

El PSA permet diagnosticar el càncer de pròstata quan està poc avançat i es pot intentar un tractament curatiu.

Financiat amb una subvenció de l'Associació Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

diagnóstico precoz del cáncer de próstata

Por qué le damos esta información

Hace unos años se empezó a usar el PSA para hacer el diagnóstico precoz del cáncer de próstata, porque se pensaba que así se podrían salvar vidas. Con los conocimientos médicos actuales todavía dudan respecto la recomendación de hacerse el PSA. Hoy en día no sabemos los beneficios de esta prueba pero sabemos que puede perjudicarlo en algunas cosas. Con esta hoja informativa queremos explicar los beneficios y riesgos de hacer la prueba para que usted tome la decisión que crea más adecuada.

A quién afecta el cáncer de próstata

El cáncer de próstata es muy frecuente en los hombres. La mayoría de cánceres de próstata tienen una evolución lenta, superviven a los 10 u 15 años, y muchos de ellos nunca llegan a dar síntomas. 2 de cada 3 presenites diagnosticados de cáncer de próstata se habrían mantenido siempre en silencio, nunca habrían sabido que lo tenían y habrían muerto de otros causas. De los pacientes que presentan síntomas y muelven a causa del cáncer de próstata, más de la mitad morirá por otros causas.

Qué es el PSA

El PSA es una sustancia de la próstata que se puede medir con un simple análisis de sangre. Cuando se encuentra un PSA alto puede indicar que la próstata es más grande de lo normal, que está inflamada o infectada, y también que puede haber un cáncer. Un PSA alto no siempre significa que haya un cáncer. Junto con el PSA, debe realizarse también un tacto rectal.

Qué inconvenientes tiene hacerse el PSA

El PSA no es una prueba exacta. Cuando un PSA sale alto, hay que hacer otra prueba (biopsia de próstata) para confirmar si hay un cáncer. Habrá hombres en los que se encuentra un PSA alto que no tendrán cáncer de próstata. Otros hombres con PSA normal tendrán un cáncer que no será diagnosticado. Si la biopsia confirma un cáncer, y no está avanzado, podrá ofrecerse un tratamiento con cirugía o radioterapia para intentar curarlo. Los efectos secundarios de estos tratamientos no se conocen bien. Los tratamientos tienen con frecuencia efectos secundarios importantes (vea la Tabla 1).

Cuando se diagnostica un cáncer, no podemos saber si será uno de los que se desarrollará o no. El PSA puede identificar cánceres que nunca habrían dado problemas. A estas personas se les hará un tratamiento que no les aportará ningún beneficio.

diagnóstico precoz del cáncer de próstata

Qué ventajas tiene hacerse el PSA

El PSA ayuda a diagnosticar el cáncer de próstata cuando está poco avanzado. Cuando el cáncer está limitado a la próstata, se puede intentar un tratamiento curativo.

Tabla 1
Efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de próstata localizado

	Cirugía	Radioterapia
Frecuencia sexual	60-80 de cada 100 hombres	50 de cada 100 hombres
Fuerza de erección	50-70 de cada 100 hombres	5 de cada 100 hombres
Incontinencia	1 de cada 100 hombres	2 de cada 1000 hombres

RESUMEN

¿Por qué existen actualmente dudas en relación con el diagnóstico precoz del cáncer de próstata? Porque sus beneficios no han podido ser demostrados y se continúan conociendo con certeza los perjuicios que puede causar. A continuación se resumen los beneficios y riesgos del diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

Beneficios y riesgos del diagnóstico precoz del cáncer de próstata

Beneficios	Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico del cáncer de próstata cuando está poco avanzado - Más posibilidades de hacer un tratamiento para intentar curar el cáncer 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de esperanza de vida que no quieren ningún beneficio (efectos secundarios y sequelas) - Diagnóstico de cánceres que nunca habrían evolucionado. - Efectos secundarios y complicaciones derivadas de los tratamientos.

Traducido con una ayuda de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

FIGURA 2. Instrument d'ajuda a la decisió en català i castellà.

PER QUÈ TENIM DOLOR?

Les plantes ens ajuden a entendre-ho

ANNA RISPAU i MARIA FREIXES

Il·lustrat per Pilar Mena

Les autores volen difondre un missatge de solidaritat i esperança a totes aquelles persones que han conegut de prop els efectes devastadors del DOLOR. L'Anna i la Maria, dues noies de móns molts diferents, han estat unides per aquest denominador comú i les seves vivències han marcat la seva manera de ser, de sentir, de viure i de veure el món.

«Mantenim una lluita activa contra el dolor, considerem que hem fet un aprenentatge de luxe i tenim el neguit, la necessitat i el deure d'explicar la nostra experiència, perquè uns es puguin sentir identificats i acollits, perquè d'altres puguin avançar en el camí de l'ajut i l'empatia i perquè tots junts recordem que cadascú de nosaltres som peces clau per construir i mantenir la salut.

La Pilar Mena ha elaborat unes il·lustracions colpidores, plenes de tendresa i d'emoció, que donen color a aquest missatge.»

L'objectiu d'aquesta acció és conscienciar la societat sobre la importància d'avançar en la investigació biomèdica, perquè la recerca pot canviar la vida dels qui pateixen dolor.

Podeu trobar el conte a tots els centres d'El Corte Inglés des del 28-11-2006 fins al 15-2-2007 i a la seu de la CAMFiC fins al final de les existències. El seu preu és de 10 €, que es destinaran íntegrament a La Marató de TV3, que enguany està dedicada al dolor crònic.



Col·labora

Patrocina

Entitat beneficiària

EDI DE



Fundació d'Atenció Primària



Fundació
La Marató de TV3

EL TRACTAMENT ORAL AMB ACICLOVIR O ELS SEUS DERIVATS, DISMINUEIX EL NOMBRE DE RECURRENCIES D'HERPES LABIAL?

AUTORA

Helena Roig Carrera

INTRODUCCIÓ I HIPÒTESI DE RECERCA

El virus de l'herpes simple és l'agent etiològic més prevalent del total de les infeccions víriques a escala mundial. Aproximadament, el 30% dels infectats –tant si s'han infectat pel virus de l'herpes simple de tipus 1 (95% de l'herpes oral) o pel del tipus 2 (5% de l'herpes oral)– pateixen l'aparició recurrent de lesions¹, que, malgrat que a priori no suposen cap risc important per a la salut en persones immunocompetents, solen resultar molestes.

Tot i que les recurrències poden aparèixer espontàniament, diversos factors estressants s'hi han implicat, entre ells la menstruació i/o l'ovulació (herpes *catamenial*); les malalties infeccioses, la hipertèrmia; els traumatismes o les lesions locals, les cremades solars, les intervencions quirúrgiques, o l'estrès psíquic¹.

Entre els tractaments aplicats destaquen, a banda d'una estratègia preventiva mitjançant l'evitació dels estressors que clàssicament s'hi han relacionat, l'aciclovir i els seus derivats. Aquests fàrmacs s'han utilitzat durant els episodis de recurrència (per via tòpica i/o oral) i com a tractament supressor, per tal de disminuir el nombre de recurrències

(per via oral). Ens preguntem si hi ha evidència científica de l'efectivitat del tractament supressor amb aciclovir i els seus derivats per disminuir el nombre de recurrències de l'herpes labial (1).

MATERIAL I MÈTODES

ELEMENTS DE LA PREGUNTA CLÍNICA

- **Subjecte:** adult amb herpes labial recurrent.
- **Intervenció:** administració de tractament supressor amb aciclovir o fàrmacs derivats, per via oral.
- **Resultat:** disminució del nombre de recurrències.

ESTRATÈGIA DE CERCA

Es dur a terme una cerca a la base de dades MEDLINE, creuant els termes «Herpes Labialis» [MAJR] (amb els *subheadings*: «drug therapy», «prevention and control» i «therapy»), «Acyclovir» [MAJR] i «Recurrence» [MeSH], amb «AND». S'obtenen 44 articles. En limitar la cerca a assaigs clínics i revisions, aquests 44 articles es redueixen a 12, dels quals només 7 s'han publicat en els últims 6 anys. L'esquema de la cerca es pot veure a la figura 1.

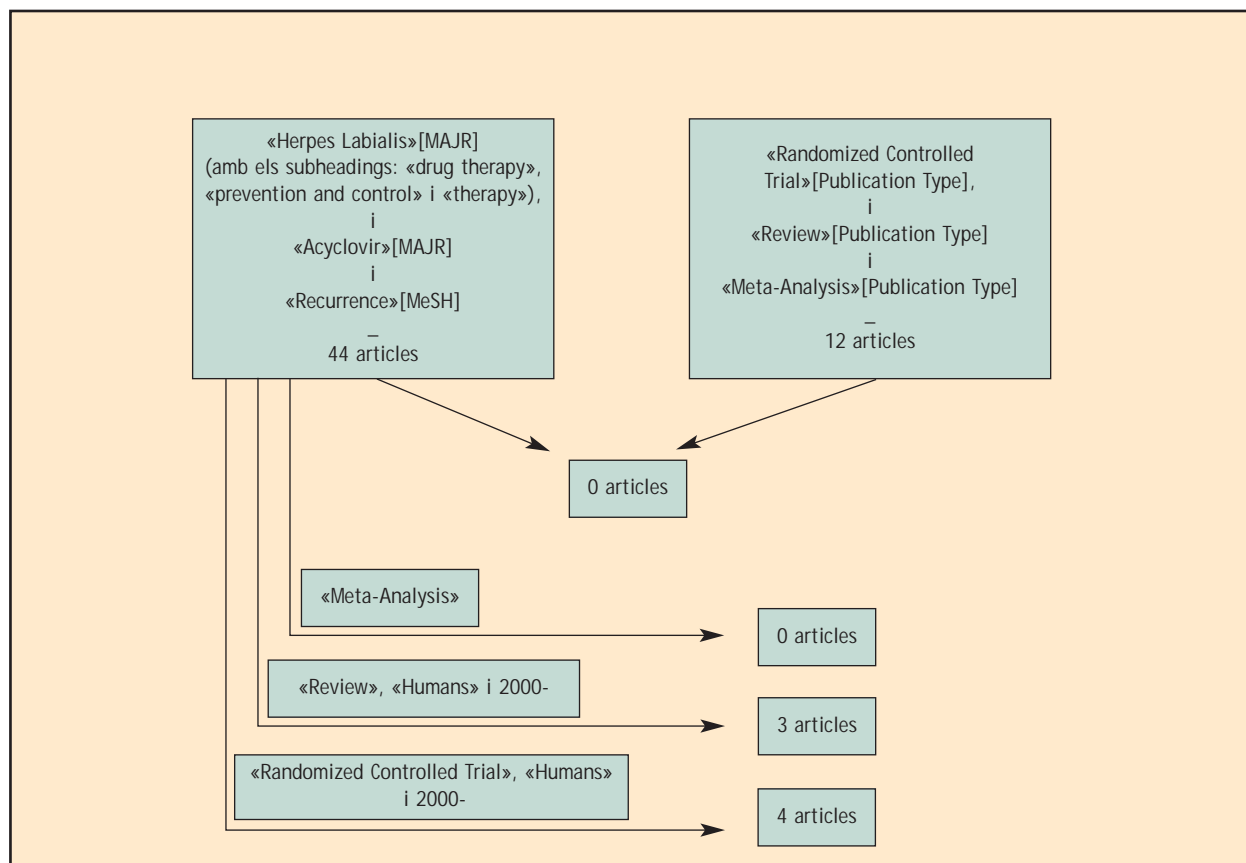


FIGURA 1. Esquema de la cerca realitzada a MEDLINE.

Dels quatre assaigs clínics aleatoris, dos parlen del tractament tòpic de les recurrències^{2,3}, un del tractament amb dosi única de valaciclovir durant els pròdroms de l'episodi de recurrència⁴, i el quart de l'ús de valaciclovir com a tractament supressor⁵ (taula 1).

TAULA 1. Revisions i assaigs clínics aleatoris

REVISIONS 3 articles	Revista no trobada 2 articles
	Article en francès 1 article
ASSAIGS CLÍNICS ALEATORIS 4 articles	Tractament tòpic de les recurrències 2 articles: Evans et al, 2002 (2); Raborn et al, 2002 (3)
	Tractament amb dosi única de valaciclovir durant els pròdroms de la recurrència 1 article: Chosidow et al, 2003 (4)
	Tractament supressor amb valaciclovir 1 article: Baker i Eisen, 2003 (5)

DISCUSSIÓ

Com s'ha dit, dos dels assaigs clínics comparen el tractament tòpic precoç de les recurrències amb aciclovir o derivats amb placebo. Els resultats apunten cap a una disminució del nombre de lesions, la seva extensió i la seva durada quan s'utilitzen aquests fàrmacs.

Chosidow et al van publicar el 2003 un assaig clínic aleatori, multicèntric, doble cec, on es proposaven establir l'eficàcia de l'administració d'una única dosi de valaciclovir via oral (500, 1.000 o 2.000 mg) durant el pròdrom d'una recurrència d'herpes labial, per evitar-ne la progressió. No van observar diferències entre les dosis, i aquesta pauta es va establir com a no beneficiosa.

A l'assaig clínic aleatori de Baker i Eisen es comparen doble cec dos grups idèntics, cadascun amb 49 individus de 18 o més anys d'edat, immunocompetents, que han patit al menys quatre episodis de recurrència de lesions per herpes oral en l'últim any, i que en l'últim mes no han rebut fàrmacs antiherpètics. Un criteri d'exclusió és l'embaràs o la lactància durant el temps de durada de l'estudi. Els membres d'un grup reben 500 mg de valaciclovir cada 24 hores durant 16 setmanes, i els de l'altre grup, un placebo.

S'observa absència de recurrències en el 60% dels pacients del grup valaciclovir analitzats, i en el 38% dels del grup placebo analitzats, durant les 16 setmanes que dura el tractament (p = 0,041). El temps mig fins que apareix la primera recurrència és de 13,1 setmanes en el grup valaciclovir i de 9,6 setmanes en el grup placebo (p = 0,016). El nombre total de recurrències és de 24 en el grup valaciclovir i de 41 en el grup placebo (diferència no analitzada estadísticament). El nombre de recurrències per pacient i per mes és de 0,12 en el grup valaciclovir, davant 0,21 en el grup placebo (p = 0,042).

En quant als efectes adversos durant les 16 setmanes de tractament, es presenten en el 33% dels pacients

que prenen valaciclovir, i en el 39% dels individus que reben placebo.

En l'anàlisi de la *validesa* de l'estudi, veiem que l'assignació va ser aleatòria, però no sabem si es va mantenir oculta la llista d'aleatorització. Del total de 98 pacients inclosos a l'estudi, tres no van ser tinguts en compte a les anàlisis d'eficàcia: de dos d'ells (un del grup valaciclovir i un del grup placebo) se'n va perdre el seguiment, i un tercer, del grup valaciclovir, va abandonar l'estudi. Pacients i clínics es van mantenir cecs al llarg de l'estudi. Els grups eren similars al principi de l'estudi en quant a distribució de sexes, races, edat i mitjana de temps transcorregut des de l'últim episodi d'herpes oral, i, al marge del tractament experimental, es van tractar tots els pacients de la mateixa manera durant l'estudi. En l'exposició dels resultats només s'explicita el valor de les «p» estadístiques, sense fer cap menció dels intervals de confiança corresponents. Aquest fet probablement es deu a l'escassa mida mostral emprada en aquest treball.

APLICACIÓ A LA PRÀCTICA CLÍNICA DIÀRIA

Pel que respecta a l'*aplicabilitat* de l'estudi en la pràctica clínica, ens hem de preguntar, per una banda, quina seria la magnitud del benefici potencial del tractament per als nostres pacients, i, per l'altra, quin seria el grau d'acceptació del tractament proposat.

Per mesurar la magnitud del benefici, disposem d'eines com el càlcul de l'NNT (nombre de pacients a qui seria necessari tractar per evitar un resultat negatiu), que en aquest cas és de 4,5 (caldria tractar amb valaciclovir a cinc pacients per aconseguir l'absència de recurrències d'herpes oral en un pacient); i l'NND (nombre de pacients a qui seria necessari exposar al tractament per produir un efecte perjudicial), que en aquest cas és de 17 (així, s'observaria l'aparició d'un efecte advers per cada 17 pacients tractats).

Per tant, estem davant d'un tractament que podria ser eficaç i segur com a supressor de les recurrències d'herpes oral, malgrat que la petita mida de la mostra emprada aconsella prudència a l'hora d'interpretar-ne els resultats. Calen més estudis per poder establir una evidència científica més consistent.

Per altra banda, la posologia, amb una única presa diària, faria d'aquest tractament amb valaciclovir una opció més còmoda que altres pautes d'antiherpètics utilitzats com a supressors de l'herpes oral, com ara l'aciclovir. En el nostre medi, actualment, ambdues opcions terapèutiques tindrien preus similars, d'uns 390 euros el tractament amb 400 mg d'aciclovir cada 12 hores durant 4 mesos, i d'uns 360 euros el tractament amb 500 mg de valaciclovir cada 24 hores durant 4 mesos.

Sembla doncs raonable l'ús del tractament antivíric supressor continu en aquells casos en què les recurrències siguin especialment molestes per al pacient en freqüència i/o intensitat. En quant al fàrmac a utilitzar, cal tenir en compte que els assaigs amb valaciclovir inclouen molts pocs pacients, i que potser caldrien més estudis per establir l'eficàcia real d'aquest fàrmac. Així doncs, avui per avui, la recomanació preferent per al tractament supressor seria l'ús de l'aciclovir.

BIBLIOGRAFIA

1. Rovira M, Rodero J, Molist N, Sánchez R. Terapèutica de les infeccions dermatològiques. A: Llor C, Cots JM et al. Recomanacions sobre l'ús d'antimicrobians en l'Atenció Primària. 5a ed. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2005: 101-122.
2. Evans TG, Bernstein DI, Raborn GW, Harmenberg J, Kowalski J, Spruance SL. Double-blind, randomized, placebo-controlled study of topical 5% acyclovir-1% hydrocortisone cream (ME-609) for treatment of UV radiation-induced herpes labialis. *Antimicrob Agents Chemother* 2002; 46 (6) Jun: 1870-1874.
3. Raborn GW, Martel AY, Lassonde M, Lewis MA, Boon R, Spruance SL. Worldwide Topical Penciclovir Collaborative Study Group. Effective treatment of herpes simplex labialis with penciclovir cream: combines results of two trials. *J Am Dent Assoc* 2002;133 (3) Mar: 303-309.
4. Chosidow O, Drouault Y, Garraffo R, Veysier P. Valacyclovir Herpes Facialis Study Group. Valacyclovir as a single dose during prodrome of herpes facialis: a pilot randomized double-blind clinical trial. *Br J Dermatol* 2003;148 (1) Jan: 142-146.
5. Baker D, Eisen D. Valacyclovir for prevention of recurrent herpes labialis: 2 double-blind, placebo-controlled studies. *Cutis* 2003; 71 (3) Mar: 239-242.

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.

C/ València, 241, 3r - 08007 BARCELONA - Tel. 93 272 54 00 - Fax 93 272 07 47
e-mail: bcn@fpbadvocats.com

DONA AMB TOS CRÒNICA QUE NO MILLORA AMB ANTITUSSÍGENS INESPECÍFICS

AUTORS

M. Teresa Mauri Rojals; resident de Medicina Familiar i Comunitària; CAP de Deltebre (Tarragona).

Sònia Jiménez Delgado; resident de Medicina Familiar i Comunitària; CAP de Deltebre (Tarragona).

Josep Lluís Llor Vilà; especialista de Medicina Familiar i Comunitària; CAP de Deltebre (Tarragona).

Motiu de consulta

Pacient dona de 69 anys que consulta per tos.

Antecedents patològics

1. Insuficiència hipofisària global.
2. Dislipèmia mixta.
3. Cardiopatia isquèmica.
4. Lumbàlgies mecàniques.
5. Colecistectomia per colelitiasi.
6. Episodi de tos que va millorar amb corticoides inhalats fa 2 anys.

Medicació habitual

Levotiroxina, hidrocortisona, bezafibrat, colestipol, omeprazole.

Malaltia actual

La pacient acudeix a la consulta el maig de 2004 per tos seca de 20 dies d'evolució. En l'anamnesi es descarta hàbit tabaquic i presa d'IECA. No presenta antecedents d'atòpia ni tampoc refereix febre, dispnea, ortopnea ni

edemes d'EEII. No presenta quadre de vies altes ni cap simptomatologia que ens orienti a rinitis o sinusitis. La pacient tampoc refereix pirosi ni cap altra simptomatologia digestiva. En l'exploració física, l'ACR és normal, sense signes de broncospasme ni de fallida cardíaca; tampoc presenta taquipnea ni espiració allargada. En aquest moment se li prescriu codeïna, que al cap de 20 dies es canvia per dextrometorfan per manca de resposta al tractament.

Evolució

En la visita següent no hi havia hagut cap millora i, davant la sospita d'asma, es va decidir la pràctica d'una espirometria, que va posar de manifest un patró obstructiu, reversible amb l'administració de salbutamol: el VEF1 va passar d'1,21 a 1,78.

Davant aquesta troballa, es va iniciar tractament inhalat amb terbutalina i budesònida. Al cap d'una setmana es va observar la quasi desaparició de la tos. Posteriorment, la pacient va restar amb tractament de corticoides inhalats de manteniment (figura 1).

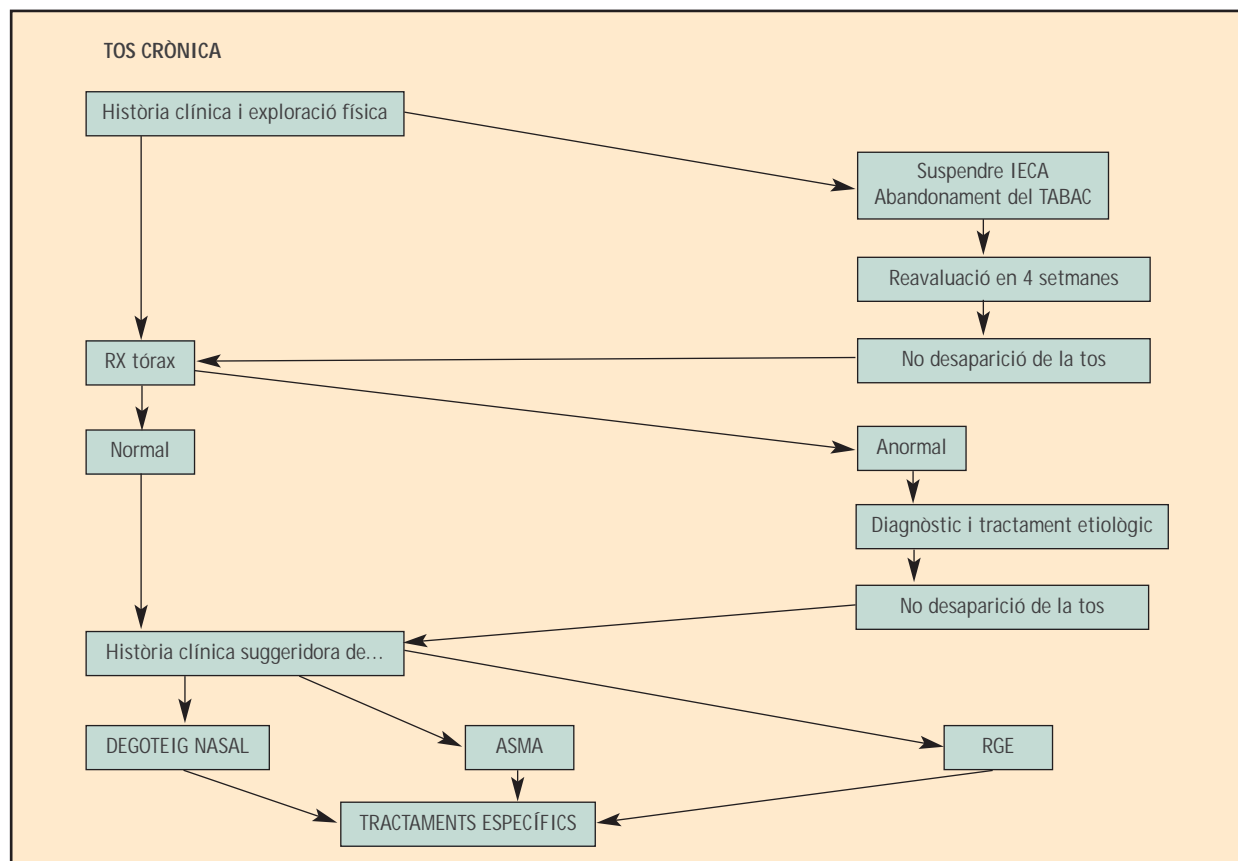


FIGURA 1. Evolució de la malaltia.

Davant el patró obstructiu reversible amb salbutamol, i la remissió de símptomes amb el tractament inhalat amb β_2 -agonistes i corticoides, diagnosticuem a la pacient *tos equivalent d'asma*.

Discussió

Es considera *tos crònica o de llarga evolució* aquella tos que persisteix *més de 3 setmanes, no relacionada amb cap procés agut*, l'etiologia de la qual és *desconeguda*. També pot considerar-se crònica, la que persisteix *més de 8 setmanes* després d'un procés agut de vies respiratòries altes (tos postinfecciosa).

La tos crònica suposa el cinquè motiu de consulta en Atenció Primària. La seva prevalença en població adulta no fumadora i immunocompetent és del 14-23%^{1,2,3}.

Les etiologies més freqüents (90%) de tos crònica són les causes següents (en les quals aprofundirem més):

1. Degoteig nasal posterior (GNP): 61%, secundari a rinitis al·lèrgica, perenne o vasomotora, i a sinusitis crònica.
2. Asma: 14%.
3. Reflux gastroesofàgic (RGE): 5%.

Aquestes tres primeres causes són les més freqüents en no fumadors i en persones que no prenen IECA (entitats que sempre haurem de descartar davant un pacient amb tos crònica).

4. Tabaquisme i bronquitis crònica del fumador: 8%.

5. Fàrmacs (IECA): 5%.

6. Altres: tos postinfecciosa, malalties pleuropulmonars i cardíacs: neoplàsia pulmonar, emfisema, malalties intersticials, sarcoidosi, TBC, fibrosi quística, insuficiència cardíaca congestiva, pericarditis, cossos estranys, tos psicògena.

Algorisme diagnòstic de la tos crònica

Aquest és un algorisme basat en les últimes recomanacions d'una reunió d'experts^{4,5}. La seva finalitat és evitar l'ús de fàrmacs antitussígens no específics i la realització de procediments invasius^{6,7}.

El diagnòstic etiològic final de la tos crònica requereix el compliment dels criteris de sospita diagnòstica i la desaparició de la tos amb l'aplicació de la teràpia específica (taules 1 i 2).

TAULA 1. Manifestacions clíniques de les causes més freqüents de tos crònica

	Característiques de la tos	Síntomatologia acompanyant
GNP	Predomini nocturn Secundària a rinitis i sinusitis	Sensació de líquid a la faringe posterior Secrecions mucopurulentes a la bucofaringe Rinorrea i congestió nasal Necessitat de netejar el nas i aclarir la gola
ASMA	Predomini nocturn Estacional L'asma pot cursar únicament amb tos, que llavors s'anomena <i>tos equivalent d'asma</i>	Antecedents d'atòpia Història personal i/o familiar d'asma Pot desencadenar-se amb l'exercici i al·lèrgens Dispnea, taquipnea i sibilants
RGE	Tos seca Predomini nocturn Pot aparèixer després de les menjades	Dolor retroesternal i pirosi Regurgitació d'aliments Gust amarg Molèsties abdominals Pot haver-hi absència d'aquests símptomes
TABAC	Tos productiva Espit	
IECA	Tos seca, no productiva Persistent Tant diürna com nocturna	La gravetat de la tos és independent de la dosi d'IECA administrada
PLEUROPULMONAR	Tos productiva Diürna Pot haver-hi hemoptisi (amb bronquitis: durant 3 mesos consecutius/2 anys consecutius)	
ICC	Predomini nocturn Pot haver-hi hemoptisi	Dispnea i dispnea paroxística nocturna Ortopnea Edemes Hepatomegàlia
PSICÒGENA	Sol desaparèixer a la nit	Diagnòstic d'exclusió

TAULA 2. Exploracions complementàries i tractament específic de la tos crònica

	Exploracions complementàries útils	Tractaments específics
GNP	TAC SINUS PARANASAL	<i>Rinitis al·lèrgica</i> : corticoides nasals i antiH1 no sedants <i>Si no funciona i a la resta de rinitis</i> : descongestionants nasals i antiH1 sedants <i>Sinusitis crònica</i> : antibiòtic, antihistamínic i descongestionants orals durant 3 setmanes Es pot associar un descongestionant tòpic durant 5 dies
ASMA	ESPIROMETRIA: obstrucció reversible al flux aeri TEST PROVOCACIÓ INESP, amb metacolina o histamina + si disminució FEV ₁ > 20%. Normalment es fa en el cas d'asma lleu en que la primera prova és negativa	Eliminació d'al·lèrgens <i>Fase aguda</i> β ₂ -agonistes curta durada inhalats: terbutalina o salbutamol (+ corticoides inhalats: budesònida o beclometasona) <i>Manteniment</i> Corticoides inhalats (+β ₂ -agonistes llarga durada + teofilines + corticoides per via oral)
RGE	PHMETRIA: prova d'elecció Registre ambulatori + si pH anormal durant 24 hores ENDOSCÒPIA DIGESTIVA ALTA ESOFAGOGRAMA	Hàbits higienicodietètics Fàrmacs: procinètics/antihistamínic H ₂ -inhibidors de la bomba de protons Tenen una resposta lenta als 2-3 mesos d'inici del tractament, i mantenir-lo de 3 a 6 mesos Cirurgia antireflux
TABAC		Abandonament de l'hàbit tabàquic Fisioteràpia respiratòria β ₂ -agonistes inhalats Bromur d'ipratropi + corticoides i antibiòtics
IECAS		Supressió del fàrmac
PLEUROPULMONAR	RX TÒRAX: s'hauria de fer a tots els pacients abans d'iniciar qualsevol tractament + BRONCOSCÒPIA + TAC TORÀCIC + CITOLOGIA D'ESPUT Altres: PPD, test de la suor, etc.	
ICC	RX TÒRAX: fallida cardíaca	Tractament diurètic

BIBLIOGRAFIA

- Causín Serrano S, Castelao Naval ME, Busto Martínez MJ, Sánchez Artiaga MS. Identificación de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes con tos persistente en la consulta de Medicina General: estudio descriptivo. Medifam 1999; 9 (3) maig-juny: 205-206.
- Sanz Pozo B, De Miguel Díez J, Santamaría de la Rica F. Nuevas perspectivas en la evaluación de la tos crónica. Formación Médica Continuada en Atención Primaria.
- Molina París J, Olmo Enciso L. Tos de larga evolución. A: SEMFYC. Guía de Actuaciones en Atención Primaria, 2a ed. SEMFYC, 2002, pp. 471-473.
- What is the best approach to the evaluation and treatment of chronic cough? The Journal of Family Practice 2001; 50 (9) Sep.
- Irwin RS, Corrao WM, Pratter MR. Chronic persistent cough in the adult: the spectrum and frequency of causes and successful outcomes of specific therapy. Am Review Respir Dis 1981; 123: 413-417.
- Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough: the spectrum and frequency of causes and key components of the diagnostic evaluations and outcomes of specific therapy. Am Rev Respir Dis 1990; 141: 640-647.
- Irwin RS, Madison JM. Symptom research on chronic cough: a historical perspective. Ann Intern Med 2001; 134: 809-814.

OSTEONECROSI IDIOPÀTICA DE CÒNDIL FEMORAL

AUTORS

Marta Catalán Adell; especialista en Medicina Familiar i Comunitària; EAP Eixample. Barcelona.
Jenaro A. Fernández-Valencia Laborde; resident de 5è any de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia; Hospital Clínic i Universitari de Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA

Marta Catalán Adell
EAP Eixample
Roselló 161, 1a planta; 08036 Barcelona
Tel. 932 279 800 / Fax 932 279 805
Adreça electrònica: catalan@clinic.ub.es

Resum

Dins dels dolors articulars, el de genoll és un dels principals motius de consulta a l'Atenció Primària. A l'adult jove, una de les primeres sospites es la presència d'una lesió de menisc³. D'altra banda, tampoc no és infreqüent la troballa d'una osteocondritis dissecant. En el cas que es presenta, el diagnòstic va ser d'osteonecrosi d'un dels còndils femorals; una malaltia menys freqüent, però que presenta característiques clíniques i radiològiques que permeten diferenciar-la de les altres dues entitats.

Motiu de consulta

Home de 47 anys que va consultar per dolor d'intensitat creixent localitzat a l'articulació del genoll dret de 3 setmanes d'evolució sense cap antecedent traumàtic.

Antecedents personals

Com a antecedents d'interès presentava història d'hipertensió arterial diagnosticada el darrer any, en tractament dietètic, i el fet de ser exfumador des de feia 4 anys. Va relacionar l'inici del dolor amb una sobrecàrrega física durant una excursió i no va millorar amb l'autoadministració de tractament analgèsic. El dolor era de característiques mecàniques, sense acompanyar-se de febre ni despertant-lo per la nit.

Malaltia actual

A la exploració física, el genoll no presentava vessament articular ni inestabilitat, no existia dolor a la palpació de les facetes rotulianes i el balanç articular era de 0-130°. La palpació de la interlínia articular interna era dolorosa, i la maniobra de McMurray, negativa.

La radiologia simple del genoll no va objectivar canvis significatius i es va pautar tractament antiinflamatori oral (ibuprofèn 600 mg cada 8 hores) i repòs relatiu. Davant la persistència del dolor després d'una setmana de tractament, es va practicar una ressonància magnètica (RM) que va permetre objectivar la presència d'una àrea de baixa intensitat de senyal al còndil femoral intern (figura 1), cosa que va orientar el diagnòstic d'osteonecrosi del còndil femoral intern.

Es va fer un tractament conservador, mitjançant la descàrrega de la extremitat amb ajut de dues croses per a la deambulació, tot mantenint el tractament analgèsic-antiinflamatori. El resultat als 3 mesos de seguiment ha estat la remissió del dolor i la plena recuperació per dur a terme les activitats de la vida diària.

Discussió

El genoll és la segona localització més freqüent d'osteonecrosi, superat només per l'anca^{2,3}. Etiològicament acostuma

a ser espontània, tot i que existeixen múltiples causes identificades (taula 1)^{1,2,3}. Dins les osteonecrosis secundàries, les més freqüents, amb diferència, són les produïdes pel tractament perllongat amb corticoides. Encara que tant la espontània com la secundària a corticoides tenen una anatomia patològica comuna, la seva fisiopatologia encara no es coneix exactament.

TAULA 1. Etiologia de la osteonecrosi del genoll

Primària	
Secundària	Tractament amb corticoides
	Alcoholisme
	Lupus eritematos sistèmic
	Malaltia de Gaucher
	Leucèmia
	Talassèmia
	Traumatismes
	Postquirúrgica: meniscectomia i reconstrucció del lligament creuat anterior

Clínicament afecten pacients menors de 45 anys i més freqüentment dones (de tres a quatre vegades més que els homes). En el cas de les secundàries a corticoides, cal descartar la presència d'osteonecrosi al genoll contralateral i a l'anca, ja que aquesta afectació és bilateral en el 80% dels casos, i en un 90% dels pacients existeix una osteonecrosi concomitant a l'anca³. En aquests casos, les lesions acostumen afectar els còndils tibials i femorals i són més grans que les que s'observen a les osteonecrosis espontànies.

A la fase inicial, la radiografia del genoll pot ser normal. A mida que la malaltia s'agreuja, es pot observar un col·lapse subtil de la superfície; amb la progressiva pèrdua de l'os subcondral, es produeix un col·lapse i s'observa clarament un anell escleròtic al voltant de la lesió. La ressonància magnètica és molt més sensible que la radiografia i la gammagrafia òssies per a la detecció precoç de la osteonecrosi, amb una sensibilitat del 99%. Les imatges potenciades a T1 mostren una àrea de baixa intensitat de senyal, rodejada per una àrea de senyal intermitja a la zona d'osteonecrosi. A les imatges potenciades a T2, les àrees de necrosi són de baixa intensitat de senyal, envoltades per una intensitat elevada⁵.

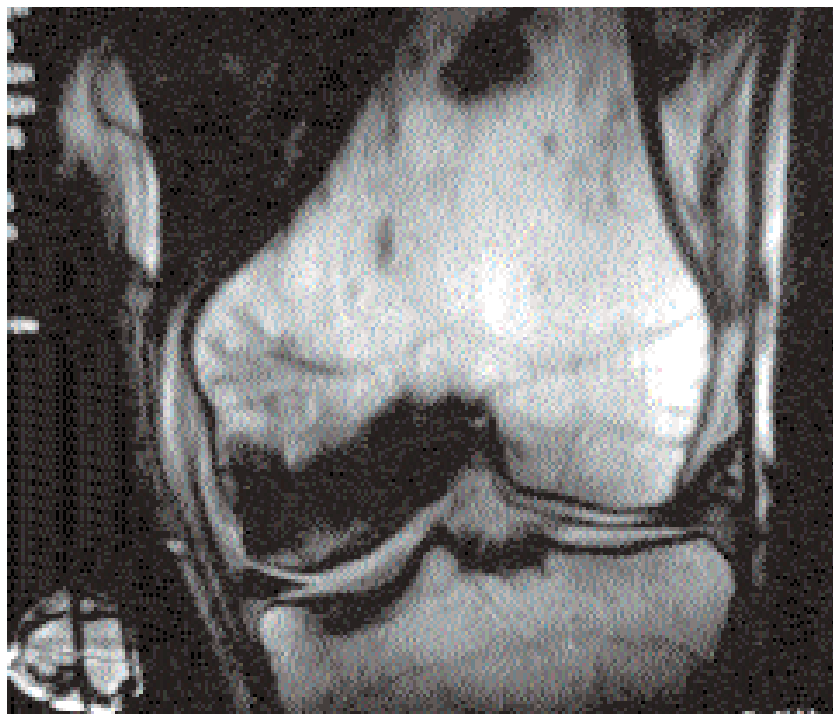


FIGURA 1. Ressonància magnètica (RM) del genoll dret

Tall coronal del genoll dret on s'observa una àrea de baixa intensitat de senyal rodejada per una àrea de senyal intermitja al còndil femoral intern.

El tractament conservador és recomanable inicialment i en especial si l'ONC és poc simptomàtica^{3,4}. Senzillament consisteix a limitar la càrrega de pes a l'extremitat afectada y administrar analgèsics. Davant una evolució desfavorable als 3 mesos de seguiment, la perforació múltiple del còndil sota artroscòpia pot proporcionar un benefici simptomàtic important, tot i que els casos més evolucionats amb col·lapse i afectació articular són directament tributaris d'una pròtesi total del genoll^{3,6}.

El diagnòstic diferencial s'ha d'establir principalment amb les lesions meniscals i l'osteocondritis dissecant de genoll^{3,7}. Les lesions meniscals poden ser de causa traumàtica o degenerativa, i es poden produir en pacients de totes les edats. Succeeixen més freqüentment al menisc intern que no pas a l'extern. L'inici del dolor és generalment sobtat i existeix una tumefacció intermitent. El pacient pot referir també la presència de sorolls i de bloqueig de l'articulació. El vessament articular i el dolor a la palpació de la interlínia articular són dos signes molt freqüents. Aquest diagnòstic clínic s'acostuma a confirmar amb una RM. L'osteocondritis dissecant de genoll afecta preferentment pacients joves entre 15 i 20 anys, de sexe masculí amb una freqüència dos i tres vegades superior a la del sexe femení. El 50% dels casos té antecedents de traumatisme i els símptomes són d'inici gradual. El dolor és difús i s'associa a l'exercici. Els pacients poden presentar un dolor agut i un bloqueig si es produeix un desprendiment del fragment osteocondral. Es creu que la osteocondritis dissecant de genoll es genera per una sobrecàrrega repetitiva que dona lloc a una lesió òssia focal. El diagnòstic s'estableix radiològicament a la majoria dels casos, observant-se una lesió a la cara posterolateral del còndil femoral intern

a prop de la escotadura intercondílica. La RM pot ajudar-nos si existeixen dubtes. Finalment, una entitat més infreqüent, però que pot donar una simptomatologia similar a la cara interna del genoll, és la bursitis de la pota d'ànec. El dolor es troba localitzat a la part interna proximal de la tibia, per sota de la línia articular. Es pot palpar tumefacció i augment de grandària de les bosses sinovials. En aquests casos el diagnòstic es pot confirmar mitjançant la injecció de lidocaïna a l'àrea afectada o bé mitjançant una RM.

BIBLIOGRAFIA

1. Abeles M, Urman JD, Rothfield NF. Aseptic necrosis of bone in systemic lupus erythematosus. Relationship to corticosteroid therapy. *Arch Intern Med* 1978; 138: 750-754.
2. Mankin HJ. Nontraumatic necrosis of bone (osteonecrosis). *New England J Med* 1992; 326: 1473-1479.
3. Mont MA, Baumgarten KM, Rifai A, Bluemke DA, Jones LC, Hungerford DS. Atraumatic osteonecrosis of the knee. *J Bone Joint Surg* 1995; 77-A: 459-474.
4. Motohashi M, Morii T, Koshino T. Clinical course and roentgenographic changes of osteonecrosis in the femoral condyle under conservative treatment. *Clin Orthop* 1991; 266: 156-161.
5. Pollack MS, Dalinka MK, Kressel HY, Lotke PA, Spritzer CE. Magnetic resonance imaging in the evaluation of suspected osteonecrosis of the knee. *Ske Radiol* 1987; 16: 121-127.
6. Soucacos PN, Xenakis TH, Beris AE, Soucacos PK, Georgoulis A. Idiopathic osteonecrosis of the medial femoral condyle. Classification and treatment. *Clin Orthop* 1997; 341: 82-89.
7. Williams JS, Bush-Joseph CA, Bach BR. Osteochondritis dissecans of the knee. *Am J Knee Surg* 1998; 11: 221-232.

MYCOBACTERIUM GORDONAE: EL SEU PAPER COM A PATOGEN

AUTORS

Sílvia Barro Lugo, metgessa de família; Irene Herrera Solsona, infermera; Carlos Martínez Gaitero, infermer. CAP Larrard. Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA

Sílvia Barro Lugo
Sardenya 56, esc. B, 1er, 2a. 08005 Barcelona
Adreça electrònica: sbarro@caplarrard.net

Resum

Mycobacterium gordonae és un microorganisme amb una àmplia difusió ambiental, fet pel qual el seu grau de patogenicitat es considera baix. De fet se'l considera com no patògen i potencial colonitzador de mitjans de cultiu^{1,2}. Existeixen, però, alguns casos publicats d'infecció per micobacteris no tuberculosos (uns cent als Estats Units). Tanmateix, no existeix cap consens respecte al tractament que cal seguir ni la seva durada¹. En aquest treball presentem un cas de pneumònia per *Mycobacterium gordonae* i el seu maneig des de l'Atenció Primària.

Antecedents personals i patològics

Home de 46 anys sense antecedents d'interès.

Malaltia actual

El pacient acudeix a la consulta per presentar tos amb expectoració abundant i francament purulenta de 2 mesos d'evolució, amb algun episodi d'hemoptisi aïllat, febre i pèrdua de pes no quantificada. L'exploració física és normal. S'inicia estudi de tos amb hemoptisi. Hi destaca una prova de Mantoux de 10 mm i una analítica amb leucocitosi, desviació a l'esquerra i VSG elevada. El pacient presenta una analítica recent (atès que és donant de medul·la òssia) completament normal, incloses serologies hepàtiques i VIH negatius. A la radiografia de tòrax, hi destaca una imatge nodular a l'hemitòrax dret³. Les tincions de l'espüt amb auramina i Ziehl són negatives. Es cursa cultiu d'espüt.

Evolució

Davant la radiologia de tòrax no típica de tuberculosi i la tinció d'espüt negativa, s'inicia tractament amb amoxicilina-clavulàmic, amb millora lenta. Precisa 3 setmanes de tractament, després de les quals, cedeix la simptomatologia (febre, tos, expectoració i hemoptisi). La radiologia de control va ser normal. En el cultiu d'espüt (amb recollida de la mostra correcta, que presenta menys de 10 cèl·lules epitelials i més de 25 leucòcits per camp, feta en un laboratori de referència) es va aïllar com a únic germen *Mycobacterium gordonae* amb abundant creixement.

Discussió

Malgrat els pocs treballs publicats sobre *Mycobacterium gordonae* com a patògen, i menys encara en persones immunocompetents⁴, ens trobem aquí amb un cas de pneumònia amb clínica franca i radiologia compatibles, en què l'únic germen aïllat és precisament *Mycobacterium gordonae*. Pneumònies per micobacteris no tuberculosos s'han relacionat més sovint amb persones amb algun tipus d'immunodeficiència, i són molts pocs els casos publicats en persones immunocompetents. A causa de la poca experiència amb aquest microorganisme com a patògen, no existeix cap consens respecte al tractament que cal seguir ni quant a la seva durada^{5,6}. Així, alguns autors defensen l'ús de claritromicina, azitromicina o quinolones, mentre que d'altres són partidaris de la utilització d'antituberculosos com rifabutina o etambutol. En el cas exposat es va iniciar tractament empíric amb amoxicilina-clavulàmic, amb bona resposta del pacient a les 3 setmanes. L'aïllament de *Mycobacterium gordonae* en espüt amb clínica compatible obligaria a qüestionar-nos la possibilitat d'infecció per aquest patògen (i no només de contaminació) i justificaria l'inici de tractament antibiòtic.

BIBLIOGRAFIA

1. Lessnau K-D, De Luis C. *Mycobacterium gordonae*. EMedicine.com, Inc. May 6, 2002.
2. Palacios Gutiérrez JJ. *Mycobacterium gordonae*. Avilés: Servicio de Microbiología. Hospital San Agustín. Asturias. Control de calidad SEIMC.
3. Herráez I. Aportación del radiólogo en el diagnóstico de las enfermedades granulomatosas pulmonares. V Congreso Virtual Hispanoamericano de Atención Primaria, 4-24 nov 2002.
4. Fujita Y et al. Pulmonary infection caused by *Mycobacterium gordonae* in immunocompetent patient. *Kekkaku* 2000; 75 (4): 369-374.
5. Weiberger M, Berg SL, Feuerst IM, Pizzo PA, Witebsky FG. Disseminated infection with *Mycobacterium gordonae*: report of a case and critical review of the literature. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 1229-1239.
6. American Thoracic Society. Diagnosis and treatment of disease caused by nontuberculous mycobacteria. *Am J Resp Crit Care Med* 1997 Aug; 156 (Supl. 2): S1-S5.

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'indicanen 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'indicanen 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, secretaria de Redacció del *Butlletí*
CAMFIC
C. Portaferriera, 8, pral 1a, 08002 Barcelona

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

SERETIDE

H c l c n t r l t t | | s m



m n n ch

 T s l s s 1 n h l c n
 c 12 h r s

Consultar fitxa tècnica
 a la pàgina 28

m n n ch

 T s l s s 2 n h l c n s
 c 12 h r s



V l u m l e

