

Conocimiento y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular antes y después de un infarto

La isquemia cardíaca, dentro de la que se sitúa el infarto agudo de miocardio (IAM), continúa siendo una de las principales causas de muerte en nuestro país^{1,2}. Se ha constatado que haber padecido un IAM aumenta el riesgo de sufrir un nuevo episodio³, lo que implica la necesidad de realizar un mejor control de los demás factores de riesgo cardiovascular (FRCV)⁴.

Objetivo. Valorar el conocimiento y grado de control de los FRCV antes y después de un primer episodio de IAM.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, antes y después de un IAM.

Emplazamiento. Área de salud de Toledo.

Participantes. La muestra (n = 92) se extrajo de forma aleatoria de los pacientes ingresados en el servicio de cardiología del hospital Virgen de la Salud de Toledo, por sufrir un primer IAM entre 1997 y 1998.

Mediciones principales. De las historias clínicas de dicho servicio y del centro de salud se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, consumo de tabaco, cifras de presión arterial (PA), glucemias basales (mg/dl), colesterol (mg/dl) e IMC (peso/talla²), en el año anterior y posterior al IAM.

Resultados. La edad media de la muestra fue de 65,95 años, siendo varones el 75,26%. La frecuencia conocida de cada uno de los FRCV antes y después del IAM se expone en la figura 1. El 19,29% de los pacientes con dislipemia estaba en tratamiento farmacológico antes del IAM; después, el 90% ($\chi^2 = 69,67$; $p < 0,001$). El porcentaje de pacientes con cifras de colesterol inferiores a 200 mg/dl era del 14,04% antes del IAM y de un 42,03% después ($\chi^2 = 11,69$; $p < 0,01$). El 70% de los pacientes hipertensos antes del IAM seguían tratamiento farmacológico, y después el 90,38% ($\chi^2 = 6,23$; $p < 0,05$). El porcentaje de pacientes con cifras de PA inferiores al valor control, 140/90 mmHg antes del IAM y

135/85 mmHg después, era del 39,13 y el 38,46%, respectivamente, no encontrándose significación estadística en esta diferencia. De los diabéticos conocidos antes del IAM, seguían tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) el 71,42% y con insulina el 14,28%, y después el 57,7 y el 34,61%, respectivamente. No se analizó el grado de control, ya que las cifras de HbA_{1c} no figuraban en el 68% de las historias de pacientes diabéticos. Con anterioridad al IAM, el 8,9% de los pacientes fumadores refirió haber recibido consejo antitabaco; este porcentaje pasó posteriormente al 77,8% ($\chi^2 = 24,1$; $p < 0,01$).

Discusión y conclusiones. La diferente frecuencia de los FRCV antes y después del IAM sugiere una insuficiente detección temprana de los FRCV, base de la prevención primaria de acontecimientos cardiovasculares⁵. Tras el IAM se observa una reducción del número de fumadores y obesos, así como un mejor control de las cifras de colesterol y la PA, posiblemente debido a una mayor atención a estos FRCV por parte de los profesionales sanitarios, y a la asunción de hábitos más saludables por los pacientes. A pesar de todo, el grado de control de algunos FRCV puede y debe ser mejorado⁶.

R. Sánchez García^a, E. Lázaro Fernández^b, Y. Delgado Cejudo^c y J.J. López Pérez^d

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Toledo.

^bResidente de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud de Toledo. ^cMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo. ^dMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sta. M. de Benquerencia. Toledo. Trabajo presentado en las Jornadas Castellano-Manchegas de Medicina Familiar y Comunitaria, celebradas en Cuenca, España, en mayo de 2002.

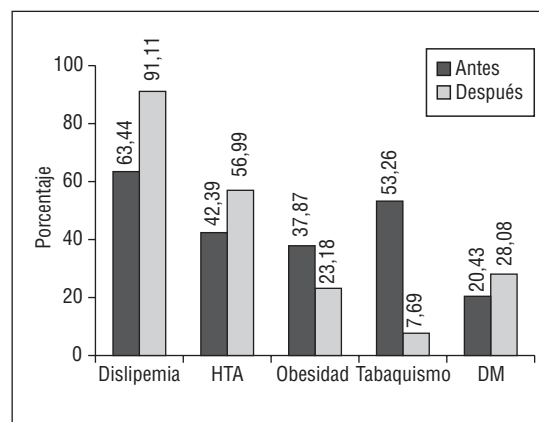


Figura 1. Variación en el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular antes y después de un infarto agudo de miocardio.

1. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos. Semergen 2002;28:329-33.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo, sección de Prevención y Promoción de la Salud. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia
3. Factores determinantes del riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes hipertensos. En: World Health Organization & International Society of Hypertension. Recomendaciones de 1999 para el tratamiento de la hipertensión. Barcelona: Medical Trends, 1999; p. 3-9.
4. Plaza Pérez I, Villar Álvarez F, Mata López P, Pérez Jiménez F, Maiquez Galán A, Casanovas Lenguas JA, et al. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev Esp Cardiol 2000;53:815-37.
5. Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Atención Primaria. Área de salud de Toledo, 2001.
6. Puig T, Bolívar I, Marzo M, Grupo de Trabajo PICMALCOR. Diseño de un programa de intervención comunitaria de prevención secundaria de la enfermedad coronaria. Med Clin (Barc) 2002;118 (Supl 3):36-41.

Eritema discrómico perstans o dermatitis cenicienta. A propósito de un caso

Introducción. Las lesiones de la piel son una de las consultas más frecuentes en atención primaria. Hay lesiones raras en las

Palabras clave: Conocimiento. Control. FRCV. Infarto.

1. Yacer A, Fernández-Cuenca R, Martínez de Aragón MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución de la década 1989-1998.

Palabras clave: Eritema discrómico. Eritema perstans. Dermatitis cenicienta.

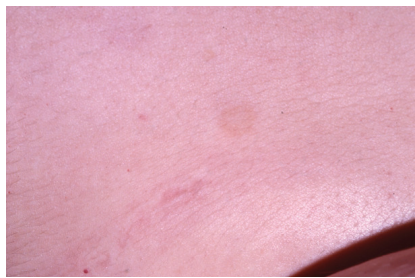


Figura 1. Máculas grises/violáceas en la dermatitis cenicienta.

que la anamnesis nos puede encaminar hacia un diagnóstico.

Caso clínico. Mujer de 38 años sin antecedentes de interés que presentó, como manifestación inicial de su enfermedad, dos lesiones maculares, eritematosas, en la zona pectoral, de 4 × 4 cm de diámetro, bilaterales y en espejo. Eran descamativas y negativas con luz de Wood. Tres semanas después del primer brote aparecieron en el tronco lesiones de color gris-violáceo (fig. 1) no pruriginosas, no descamativas, de vitropresión negativa. El dermatografismo era positivo.

En la anamnesis sólo llamaba la atención que trabajaba en una cooperativa agraria y su marido era agricultor.

Ante la sospecha, por la anamnesis, de que pudiera ser una dermatitis cenicienta, realizamos una biopsia de una de las lesiones. En la anatomía patológica obtuvimos: células aisladas de citoplasma vacuolado en la capa basal epidérmica más infiltrado perivascular de células mononucleadas y melanóforos en la dermis.

Con esta anatomía y las características clínicas de la paciente diagnosticamos el cuadro de eritema discrómico perstans o dermatitis cenicienta.

Discusión y conclusiones. El eritema discrómico perstans (EDP) es una enfermedad infrecuente caracterizada clínicamente por la aparición de máculas asintomáticas de color gris ceniza o azulado¹. Gradualmente pueden llegar a confluir cubriendo amplias zonas. La mitad superior del tronco, el cuello y las extremidades son las áreas que con más frecuencia resultan afectadas². El prurito es inexistente.

Se postulan dos causas posibles: una inmunológica y otra asociada al contacto con nitrato de amonio.

Histopatológicamente, las microvesículas y la degeneración hidrópica de la basal son los acontecimientos primeros de la EDP. La presencia de melanosomas en la epidermis y la dermis, dando lugar a una hiperpigmentación azulada y difusa, y un infiltrado linfocitario y de macrófagos cargados de melanina en la dermis, son las características de las fases más avanzadas.

Hay que diferenciarlo de otras dermatosis con hiperpigmentación difusa (enfermedad de Addison, hemocromatosis, etc.) y del liquen plano³ (en su fase terminal hiperpigmentada), con el que puede compararse el mecanismo etiopatogénico.

Es una enfermedad crónica y con tendencia a extenderse por zonas sanas. No hay tratamiento eficaz, salvo que se localice un elemento que puede ser causante y se aparte al paciente de ese foco, como ha sido el caso con los nitratos de amonio que se utilizan para fumigar.

I.K. Iribar Diéguez^a,
S. Herrero Velázquez^a
y G. Escudero Bueno^b

^aMédicos de Familia del Centro de Salud La Puebla de Palencia. España. ^bServicio de Dermatología del Hospital Río Carrión de Palencia. España.

1. Lee SJ, Chung KY. Erythema dyschromicum perstans in early childhood. *J Dermatol* 1999;26:119-21.
2. Osswald SS, Proffer LH, Sartori CR. Erythema dyschromicum perstans: a case report and review. *Cutis* 2001;68:25-8.
3. Leonforte JL, Pelaez de di Bari O. Erythema dyschromicum perstans versus liquen planus. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1987;15:89-92.

Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en un centro de atención primaria

Los pacientes con enfermedad coronaria establecida u otras enfermedades ateroscle-

róticas son el grupo prioritario en prevención cardiovascular (el beneficio absoluto de las intervenciones es mayor)¹. El control de los factores de riesgo cardiovascular (RCV) es decisivo en estos pacientes, siendo la atención primaria, por su accesibilidad, el marco idóneo para realizar este control².

Objetivos. Los objetivos del presente estudio son: *a)* conocer el grado de registro y la magnitud y control de los factores de RCV en los pacientes en prevención secundaria, y *b)* evaluar la adecuación en el uso de tratamientos farmacológicos de eficacia probada.

Diseño. Estudio descriptivo transversal (trabajo de campo: marzo de 2002).

Emplazamiento. Consultas de 20 médicos de familia del modelo reformado del Ambulatorio Concepción Arenal de Santiago de Compostela.

Participantes. La población objeto de estudio fueron todos los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica (*n* = 532). Se obtuvo un tamaño muestral de 177 pacientes (confiabilidad del 95%, precisión del 6% y corrección por población finita). El muestreo fue sistemático.

Mediciones principales. Se usó la historia clínica de atención primaria (HCAP) como fuente de información, recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes familiares, índice de masa corporal, ECG en el último año, diagnóstico anterior de diabetes mellitus e hipertensión arterial (HTA), consumo de tabaco y realización de ejercicio físico. Se registraron, además, si habían sido medidas en el último año, la HbA_{1c} (sólo en diabéticos), la cifra media de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) de las tres últimas determinaciones, los valores de colesterol total (CT), colesterol unido a lipoproteínas de alta (cHDL) y baja (cLDL) densidad, y triglicéridos (TG), así como el uso de fármacos antiagregantes plaquetarios, hipolipemiantes, bloqueadores beta e IECA. Para el análisis univariante de los resultados se emplearon índices estadísticos descriptivos para variables cualitativas y cuantitativas; además, se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%. Para el análisis bivariante se empleó la prueba de la χ^2 .

Palabras clave: Prevención secundaria. Cardiopatía isquémica. Atención primaria.

Factor de riesgo	Objetivo	Control (%)	IC del 95%
Colesterol total	< 200 mg/dl	41,7	34,8-48,8
cHDL	> 35 mg/dl	92,6	87,1-95,9
cLDL	< 125 mg/dl	43,5	35,8-51,4
Triglicéridos	< 200 mg/dl	93,8	89,1-96,5
PAS/PAD	< 140/90 mmHg	66,0	59,3-72,1
Hipertensos	< 140/90 mmHg	56,1	47,4-64,3
Diabéticos	HbA _{1c} < 7,5%	55,0	41,7-67,7
Tabaquismo ^a	Abstención	92,5	88,5-95,3
Obesidad y sobrepeso	IMC < 25	16,0	11,3-22,0
Sedentarismo	Ejercicio moderado	75,8	69,8-81,1

^aMayor en varones (12,1 frente a 1,3%; $p = 0,017$; IC del 95% de la diferencia, 4,4-17,1%)

Resultados. El 57,1% eran varones. La edad media fue de 72,8 años (desviación estándar de 10,2).

Tenía antecedentes familiares un 23,2% de los pacientes (IC del 95%, 17,5-29,9%). Había un diagnóstico previo de HTA en un 52,6% (IC del 95%, 46,4-58,6%) y de diabetes en un 22,1% (IC del 95%, 17,3-27,6%).

Los resultados de la falta de realización de pruebas complementarias y/o cumplimentación de datos en las HCAP fueron: ECG (48,0%), HbA_{1c} (47,4%), cifras de cHDL y cLDL (39%), antecedentes familiares (29,2%), cifras de TG (26,6%), cifras de CT (25,4%), peso-talla (25,4%), cifras de presión arterial (16,9%); actividad física (11,3%) y tabaquismo (1,7%).

Los factores de RCV que cuentan con unos porcentajes de control más deficitarios son la obesidad-sobrepeso (16%) y la hipercolesterolemia (41,7%); el resto está bien controlado en más de la mitad de los pacientes (tabla 1). Sólo en el caso del tabaquismo hubo diferencias entre sexos.

El uso de tratamientos farmacológicos fue el siguiente: antiagregantes plaquetarios (83,7%; IC del 95%, 78,5-87,8%), bloqueadores beta (33,9%; IC del 95%, 28,3-39,9%). IECA (32,2%; IC del 95%, 26,7-38,2%) e hipolipemiantes (44,6%; IC del 95%, 38,5-50,7%). No se encontraron diferencias significativas ni por grupos de edad ni por sexo.

Discusión y conclusiones. Los resultados obtenidos revelan cierto infraregistro de datos y/o falta de realización de pruebas

complementarias. Destaca la ausencia de ECG en el 48% de las HCAP, pudiendo ser motivada por su realización en los controles hospitalarios. Sin embargo, la falta de antecedentes familiares en un 29% y de una cifra reciente de colesterol y del peso o la talla en una cuarta parte de las historias tiene menos explicación, y más si a esto añadimos la ausencia de unas cifras actualizadas de presión arterial en un 17% de nuestros pacientes.

La falta de cumplimentación de ciertos ítems de los mencionados (CT, cLDL, peso-talla, presión arterial) no difieren de los encontrados por el grupo PRESENCIAP² en sus HCAP, con la salvedad del tabaquismo, que no les constaba en un 25% de los casos. Del mismo modo, las historias clínicas hospitalarias tienen también un grado de cumplimentación por debajo de lo deseable (talla: 38,6%, peso: 42,4%, antecedentes familiares: 45,3%, actividad física: 49,9%)³.

En lo referente al grado de control de los factores de RCV, debiéramos tomar nota y reflexionar: casi un 60% de los pacientes tienen el colesterol por encima del límite recomendable, un 44-45% de los hipertensos y diabéticos no están controlados y sobrepeso u obesidad en un 84% de los casos. Además, éstos no son hechos aislados de nuestro estudio, sabemos que el cumplimiento de las medidas de prevención secundaria es deficiente en general, tanto en atención primaria^{2,4-6} como en especializada³. Incluso el estudio EUROASPIRE⁷, de ámbito multina-

cional europeo, evidencia también dicho incumplimiento.

Por otra parte, a pesar de las evidencias disponibles sobre medicación cardioprotectora⁸, se vuelve a constatar una deficiente consumación.

En consecuencia, existe en todo lo anterior un amplio margen de mejora. Lógicamente, tras la difusión de estos resultados a los profesionales implicados, es de esperar algún progreso en este sentido. Creemos que la atención primaria, por su accesibilidad, debería ser la principal protagonista en las actividades de prevención (tanto primaria como secundaria) de la cardiopatía isquémica, llevando a cabo un registro y control más exhaustivo de los factores de RCV, así como un mayor rigor en el cumplimiento terapéutico. También consideramos que está fuera de toda duda el beneficio de una mayor coordinación entre niveles asistenciales, aprovechando la figura del cardiólogo de referencia que tiene cada médico de familia en nuestra área.

Conclusiones. a) El grado de registro de los factores de RCV es variable, y b) el uso de antiagregantes es alto, no sucediendo lo mismo con los otros grupos terapéuticos.

X.M. Segade Buceta^a
y M.J. Faraldo Vallés^b

^aUnidad Técnica de Salud Pública. Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela. España. ^bServicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. España.

1. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28(Supl 2):13-26.
2. Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria* 2001;27:29-32.
3. de Velasco JA, Cosín J, López-Sendón JL, de Teresa E, de Oya M, Sellers G. Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:801-9.
4. López E, Rubio E, Pérez C. Cardiopatía isquémica: ¿hacemos prevención secundaria en atención primaria? *Aten Primaria* 2001;28:81-2.
5. Grupo de investigación del estudio ELIPSE. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la provincia de

Ciudad Real. Efectividad de la terapéutica hipolipemiente en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:321-5.

6. Martínez AA, Aguilar MJ, Rabadán M, Hernansanz F, González J, Marín A. Prevención secundaria de cardiopatía isquémica a nivel lipídico en Atención Primaria Aragón. Estudio PRECIAR 1. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:143-50.
7. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357:995-1001.
8. Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casasnovas JA, Plaza I, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:1095-120.

Sarcoidosis aguda: a propósito de un caso

Caso clínico. Mujer de 59 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a la consulta por presentar un cuadro de astenia y artralgias generalizadas de dos semanas de evolución. En la exploración física se objetivaba artritis bilateral de MCF y de rodillas. Ante la sospecha de enfermedad reumática se solicitaron hemograma, PCR, FR y ANAS, que fueron normales, encontrándose una VSG de 55 y en la bioquímica un patrón de colestasis disociada con GOT de 81, GPT de 127, GGT de 132 y FA de 680, por lo que se realizaron serologías a VHA, VHB y VHC y eco abdominal, con resultados normales. Dos semanas después, la paciente presentaba dos nuevos síntomas: tos seca y febrícula vespertina, y en la exploración física destacaban nódulos subcutáneos (de 2 x 2 cm de diámetro) dolorosos a la palpación en ambas piernas, por lo que se solicitó una radiografía de tórax que demostró adenopatías hiliares derechas (figs. 1 y 2). Se planteó el diagnóstico diferencial entre tuberculosis, sarcoidosis y linfoma, y la paciente fue remitida al hospital de referencia para continuar el estudio. Se realizaron un test de Mantoux, que fue negativo, y una TAC torácica en la que se objetivaron adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas, sin alteraciones parenquimatosas ni pleurales. Posteriormente se realizó una biopsia hepática, con el resultado de granulomatosis epitelioides no necrosante. La exploración oftalmológica, la biopsia de los nódulos subcutáneos y la

gammagrafía pulmonar fueron normales. Se estableció el diagnóstico de sarcoidosis aguda con afección ganglionar mediastínica e hilar, hepática y cutánea (eritema nudoso). La paciente fue tratada con prednisona, 30 mg cada 12 horas durante 15 días y posteriormente en pauta descendente. La paciente evoluciona de manera favorable, quedando asintomática tras el tratamiento. En la revisión a los 6 meses del inicio del cuadro, sigue asintomática, apreciándose una mejoría de la colestasis disociada y disminución de las adenopatías hiliares.

Discusión y conclusiones. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de etiología desconocida, caracterizada histológicamente por granulomas epitelioides no caseificantes que afectan a diferentes tejidos y órganos¹. Afecta fundamentalmente a adultos jóvenes (20-30 años), siendo más frecuente en mujeres y en norteamericanos de raza negra. Hasta el 50% de los afectados es diagnosticado accidentalmente por una radiografía de tórax de rutina. Las características más típicas de la enfermedad son adenopatías hiliares bilaterales, infiltrados pulmonares y lesiones dermatológicas y/o oculares. El órgano más afectado es el pulmón (80-90%), siendo la tríada clínica característica (tos, disnea y dolor torácico)². Otros síntomas frecuentes son: eritema nudoso, lupus pernio, hepatoesplenomegalia, uveítis, poliartritis, adenopatías periféricas, parálisis del nervio facial, alteraciones cardíacas, neurológica, óseas, etc.^{3,4}. La radiografía de tórax está alterada hasta en el 90% de los pacientes (desde adenopatías hiliares bilaterales hasta fibrosis pulmonar). También son frecuentes el patrón restrictivo, la disminución del test de difusión de CO, el aumento de la VSG, la hipercalcemia, el aumento de GOT, GPT y FA, así como de ECA. La confirmación histológica se realiza mediante biopsia de tejidos afectados (si no existen lesiones periféricas, se harán biopsia transbronquial o mediastinoscopia). Otras pruebas diagnósticas son TAC torácico, TAC con galio 67 y lavado broncoalveolar⁵. El diagnóstico diferencial se plantea con la tuberculosis (principal enfermedad a descartar), neumonitis por hipersensibilidad, linfomas, etc. Son necesarias tres condiciones para establecer el diagnóstico de sarcoidosis: clínica y/o anomalías en la radiografía de tórax compatibles, evidencia histológica de granulomas no caseificantes y



Figura 1. Radiografía de tórax PA: adenopatías hiliares derechas.



Figura 2. Radiografía de tórax lateral: adenopatías hiliares derechas.

excluir infecciones y otras enfermedades con histología y clínicas similares. La evolución y el pronóstico se correlacionan con la forma de presentación y la extensión de la enfermedad. Las remisiones espontáneas se dan hasta en dos tercios de los pacientes, las secuelas permanentes en el 10-20% y la mortalidad se sitúa en 1-5%. En todos los pacientes se debería hacer un seguimiento durante los primeros 2 años por el alto porcentaje de recaídas. No existen fármacos que prevengan la aparición de fibrosis pulmonar. Los corticoides aceleran la desaparición de los síntomas y los cambios radiográficos, sin influir en el pronóstico⁶. Cuando hay afección sistémica, se utilizan corticoides orales a dosis de 20-40 mg/día de prednisona. En algunos casos refractarios al tratamiento con corticoides se utilizan citotóxicos (metotrexato y azatioprina).

M.P. Puebla Sanz^a, Y. Bermejo Barbo^a, M.L. Méndez Caro^a y Y. González Martínez^b

^aMIR de Tercer Año de MFYC. Centro de Salud Dos de Mayo de Móstoles. Madrid. España. ^bMédico de Familia. Tutora de MFYC. Coordinadora del Centro de Salud Dos de Mayo de Móstoles. Madrid. Unidad docente de MFYC. Área 8 Insalud. Madrid. España.

1. Newman LS, Rose CS, Maier LA. Sarcoidosis. *N Engl J Med* 1997;336:1224.
2. Lynch JP III, Kazerooni EA, Gay SE. Pulmonary sarcoidosis. *Clin Chest Med* 1997;18:755.
3. Mana J, Marcoval J, Graells J, Salazar A, Peyri J, Pujol R. Cutaneous involvement in sarcoidosis. Relationship to systemic disease. *Arch Dermatol* 1997;133:882-8.
4. Takada K, Ina Y, Noda M, et al. The clinical course and prognosis of patients with severe, moderate or mild sarcoidosis. *J Clin Epidemiol* 1993;46:359.
5. Wells A. High resolution computed tomography in sarcoidosis: a clinical perspective. *Sarcoidosis Vase Diffuse Lung Dis* 1998;15:140.
6. Judson MA. An approach to the treatment of pulmonary sarcoidosis with corticosteroids. The six phases of treatment. *Chest* 1999;115:1158-65.

Coinfección hepatitis C y virus de inmunodeficiencia humana

Sr. Director: Después de leer la carta de Alastrué Loscos y Giner Valero¹ «Hepatitis C, infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y retraso en el diagnóstico», en respuesta al artículo de Sans M et al², «Portadores de hepatitis C: ¿tenemos que vacunarlos a todos frente a la hepatitis A?», quisiera indicar que la presencia de co infección del VHC en pacientes infectados por el VIH del Establecimiento Penitenciario de Albolote (Granada) era de 186 casos (94,90%) en diciembre de 2001. La población en ese momento en el centro era de 1.453 pacientes, seropositivos al VIH, 196 pacientes (13,19%). La vía de transmisión de la infección por VIH más frecuente es la parenteral, en usuarios de drogas intravenosas (UDI)³.

Por tanto, reflejar que en la población de UDI las cifras de coinfección se disparan y es un problema importante de futuro, por el conocido curso de la infección por el virus de la hepatitis C, que se agrava si coexiste infección por VIH y en el ámbito de gestión, por el coste del tratamiento a emplear en la actualidad para evitar la posterior enfermedad. Referir que la población estudiada es una población marginal, que no acude a los servicios sanitarios normalizados y, aparte de su ocasional asistencia, por los múltiples servicios de urgencia; donde realmente tienen acceso a

programas de prevención y detección de enfermedades es en el medio penitenciario. Señalar que la salida de prisión por múltiples motivos es más frecuente de lo que la población no relacionada con el ámbito penitenciario puede pensar, y debe de ser así. Por tanto no puedo estar de acuerdo con el término de «difícil acceso» señalado por Sans M, Comín E, Ezpeleta A y Batalla C, autores del artículo que inicia el debate y que ocasiona la respuesta de Alastrué et al en el sentido señalado, ya que es en prisión donde sí se realizan a esta población las primeras actividades diagnósticas, preventivas y de seguimiento de su enfermedad. Lo que sí es manifiesto es la poca comunicación entre profesionales de atención primaria extra e intrapenitenciarios, mientras que hay una fluida comunicación entre la población que ambos profesionales atienden. Ésta es, a nuestro entender, suficiente razón para superar la separación de los sistemas sanitarios extra e intrapenitenciarios.

A. Rodríguez Martínez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Establecimiento Penitenciario de Albolote. Granada. España.

1. Alastrué JL, Giner M. Hepatitis C, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y retraso en el diagnóstico. *Aten Primaria* 2002;30(10):666.
2. Sans M, Escorza S, Villagrasa D, Comín E, Ezpeleta A, Batalla C. Portadores de hepatitis C: ¿tenemos que vacunarlos a todos frente a la hepatitis A? *Aten Primaria* 2002;30(2):80-4.
3. Rodríguez A, Cabrerizo JA, Maiquez A, Antón JJ, Ruiz F, Amaya F. Situación actual de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los presos de la cárcel de Albolote. Granada. *Med Fam Andalucía* 2002;3:251-4.

Dificultades en la traducción de los adjetivos del dolor: el caso de *breakthrough pain*

Sr. Director: La preocupación creciente por el tratamiento adecuado del dolor en el

paciente neoplásico ha llevado a establecer con más claridad los diversos síndromes álgicos que pueden afectarle. El paciente con cáncer sufre dolor continuo en alguna fase de la enfermedad, lo que los anglosajones llaman *background pain*, que puede traducirse como «dolor de fondo»¹. Esta situación clínica puede controlarse con opioides mayores en la mayoría de los pacientes. Pero los enfermos con neoplasias y, en general, los que sufren dolor crónico, padecen con cierta frecuencia crisis de dolor añadidas al dolor que ya sufren habitualmente, que son desencadenadas por hechos de la vida cotidiana; para describir estas situaciones, Portenoy y Hagen² acuñaron la expresión *breakthrough pain*.

La traducción de *breakthrough pain* no es fácil, ya que *breakthrough* es un término polisémico que puede emplearse en varios contextos y con distintos significados¹. En un reciente artículo de ATENCIÓN PRIMARIA, Benítez del Rosario et al³ lo traducen por dolor irruptivo, episódico y esporádico. No coincidimos totalmente con la elección de estas tres traducciones por las razones que aportamos a continuación.

En primer lugar, creemos que «dolor episódico» o «dolor ocasional» no reflejan con claridad lo que se quiere decir en inglés. Ambas formas pueden referirse a cualquier dolor que aparezca aun en ausencia de dolor de fondo y, por tanto, su utilización puede causar confusión ante la posibilidad de que el interlocutor interprete de forma diferente el tipo de dolor que se le describe.

La forma «dolor irruptivo» parece ser la que goza de mayor predicamento en la actualidad. Así, por ejemplo, una nueva especialidad farmacéutica de citrato de fentanilo por vía transmucosa oral tiene como indicación principal precisamente el «dolor irruptivo». Para muchos médicos, esta expresión es probablemente difícil de entender a primera vista, pues el adjetivo irruptivo no suele usarse en español.

Según el Diccionario de la Lengua Española⁴ (en el que no encontramos el adjetivo irruptivo), irrumpir significa «entrar violentamente en un lugar», irrupción es un «acometimiento impetuoso y repentino» y el sufijo -ivo «forma adjetivos y algunos sustantivos, cuya base derivativa suele ser un participio pasivo o un sustantivo latinos y, a veces, un sustantivo español; puede signifi-

Palabras clave: Dolor intercurrente. Anglicismos. Traducción médica.

car capacidad para lo significado por la base o inclinación a ello». El diccionario incluye también el adjetivo irruptor, que significa «que irrumpe». Sin entrar en consideraciones sobre si sería más correcto que el adjetivo que acompañara a dolor fuera irruptivo o irruptor, teniendo en cuenta estas definiciones podemos deducir el significado de irruptivo: capacidad o inclinación a entrar violentamente en un lugar o a acometer de forma impetuosa y repentina. Así pues, al hablar de dolor irruptivo se haría referencia a la aparición de forma repentina del dolor, pero no se consideraría la existencia de un dolor de fondo, aspecto fundamental que tuvieron en cuenta Portenoy y Hagen² al definir *breakthrough pain*. En castellano disponemos del término «intercurrente» que, según el Diccionario de la Lengua Española⁴, es un adjetivo utilizado

en medicina para referirse a una enfermedad que sobreviene durante el curso de otra. Así, partiendo de estas consideraciones sobre irruptivo e intercurrente, y coincidiendo con Navarro¹, creemos que el término correcto a utilizar como traducción de *breakthrough*, cuando se utiliza como adjetivo en el ámbito médico, es intercurrente. Dolor intercurrente explica con más claridad que dolor irruptivo lo que significa *breakthrough pain*: un episodio de dolor que aparece durante el curso de otro proceso doloroso.

J.E. Baños Díez^a
y E. Guardiola Pereira^{a,b}

^aDepartamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España. ^bDepartamento de Investigación y Desarrollo. Química Farmacéutica Bayer. Barcelona. España.

1. Navarro F. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Barcelona: McGraw-Hill-Interamericana, 2000.
2. Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990;41:273-81.
3. Benítez del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Días R, Cabrejas Sánchez A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico (I). *Aten Primaria* 2002;29:374-7.
4. Diccionario de la Lengua Española. 22.^a ed. Madrid: Real Academia Española, 2001.