

das para estudio biópsico? ¿Hay que solicitar estudio anatomopatológico de todas las muestras resecadas o sólo en aquellas en las que hay un objetivo concreto? Si el criterio cuantitativo es global (número de piezas enviadas a anatomía patológica/número de procesos de CM) no sólo no es válido, sino que puede provocar una inadecuada elección de la técnica quirúrgica más eficiente para cada paciente, en aras de no alejarse de un estándar cuantitativo que además no está validado ni consensuado. Analizando nuestro último estudio referenciado⁵, más del 50% de la patología susceptible de resolver con CM en nuestro centro (verrugas vulgares, plantares, molluscus contagiosum, acrocordomas y queratosis seborreicas de diagnóstico clínico evidente) fue tratado con criocirugía. Si incluyéramos estas patologías en un criterio cuantitativo global, tendríamos que cambiar –aun con un diagnóstico clínico de seguridad– la técnica quirúrgica a exéresis de la lesión para no tener menos de un 50% de patologías susceptibles de CM sin remitir pieza a biopsia. En respuesta a las preguntas formuladas en segundo lugar, creemos que cualquier exploración complementaria debe ser realizada cuando vaya a cambiar la actitud diagnóstica, pronóstica o terapéutica. Las razones básicas por las que remitir las piezas son dos en nuestra opinión: cuando no tengamos un diagnóstico de seguridad o cuando exista la posibilidad de que sean lesiones malignas (sobre todo lesiones pigmentadas para descartar melanomas o nevos displásicos, o que clínicamente pudieran ser compatibles con epitelomas basocelulares o espinocelulares). Probablemente, más que criterios cuantitativos, que lo único que analizan es la desviación de un número referente (no necesariamente el ideal de calidad), sería necesario establecer criterios cualitativos, es decir, habría que remitir determinadas lesiones con

ciertas características. Por poner un ejemplo, en ningún caso se nos plantearía realizar un cultivo de exudado faríngeo o un test de aglutinación rápido, para confirmar el diagnóstico de una amigdalitis estreptocócica, si estamos razonablemente seguros del diagnóstico. Un argumento adicional estriba en la capacidad de los criterios cualitativos para indicarnos la actitud a seguir ante la detección de problemas, permitiéndonos mejorar, en caso de que esté comprobada una relación con buenos resultados de la atención, la calidad de un servicio.

Desde nuestro punto de vista, sería más razonable buscar criterios de remisión de piezas a anatomía patológica según patologías o condiciones. Esto nos permitiría comparar la variabilidad inter e intraequipo, facilitando el análisis y la comprensión de variables diferenciales, como por ejemplo la disponibilidad de técnicas de cirugía dermatológica o formación clínica dermatológica.

Son muchos los autores que argumentan que la solución pasa más bien por mejorar las habilidades diagnósticas que por remitir todas las lesiones a biopsiar⁶. Aunque hay autores que sugieren que la retroalimentación que supone la recepción del informe biópsico mejora las habilidades diagnósticas⁴, nuestra experiencia es que esto es insuficiente, resultando más eficaz la formación continuada intraequipo (resultados significativos, datos propios no publicados). Una posible solución a este dilema que planteábamos podría resultar de remitir un mayor número de muestras al inicio de la actividad de cirugía menor y, conforme aumentaran las habilidades diagnósticas, ir seleccionando las muestras a remitir.

Aunque ni siquiera en nuestro equipo hemos llegado a un total acuerdo sobre este punto, creemos llegado el momento de plantearnos los consejos sobre remisión de piezas de cirugía menor para biopsia con espíritu crítico, hu-

yendo de asumir dogmáticamente, como en ocasiones hemos hecho los médicos de familias, las recomendaciones, por otra parte no demostradas empíricamente, de otros profesionales ajenos a nuestro medio de trabajo.

**J.F. Menárguez Puche
y P.A. Alcántara Muñoz**

Centro de Salud Virgen de la Consolación.
Molina de Segura (Murcia).

1. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez P, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de usuarios. Aten Primaria 2000; 26: 91-95.
2. Menárguez Puche JF, Martínez Bienvenido E, Robles Mondéjar J, Lorenzo Zapata MD, Martínez Fernández E, Raigal Jurado S. Cirugía menor en atención primaria ¿Es adecuado el nivel de calidad con que se desarrolla? Comunicación al V Congreso de Atención Primaria. Alcantarilla, 13 de junio de 1998.
3. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo S, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaruel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Aten Primaria 1996; 17: 142-146.
4. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oorgahan P. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991; 303: 1177-1179.
5. Alcántara Muñoz PA, Martínez Villalba MJ, Menárguez Puche JF, Rubio Espín A, Martínez González AB, Albaladejo Serrano AP. Crioterapia en atención primaria: eficaz y segura. Comunicación al XIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Tenerife, 11 de diciembre de 1999.
6. Shrank AB. General practitioners and minor surgery. Br J Dermatol 1991; 125: 599-600.

Cardiopatía isquémica: ¿hacemos prevención secundaria en atención primaria?

Sr. Director: De todos es sabido el creciente interés que las actividades preventivas han suscitado en el ámbito de la atención primaria (AP). Si todas ellas se sustentan en la medicina basada en

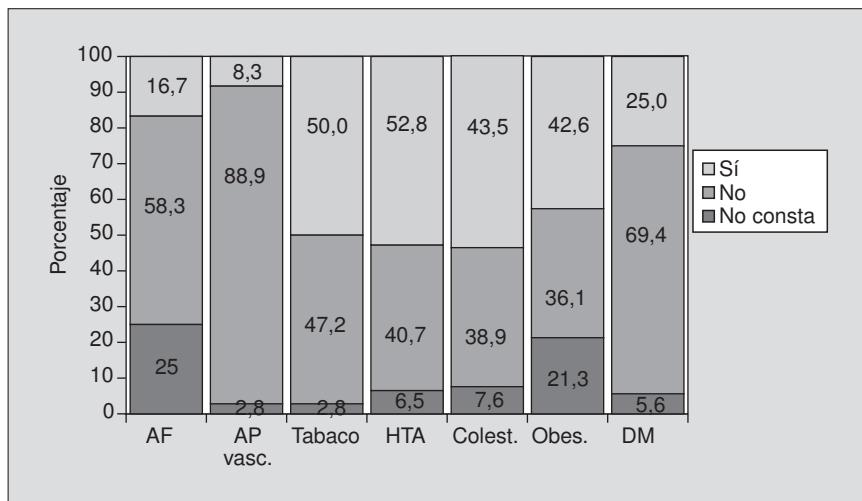


Figura 1. Factores de riesgo previos al episodio coronario.

la evidencia, probablemente sean las actividades de prevención secundaria en cardiopatía isquémica (CI) las que han demostrado de forma más irrefutable el aumento de la esperanza de vida de los pacientes con esta patología^{1,2}.

Desde AP podemos realizar actividades de prevención primaria y de prevención secundaria. Estas últimas se resumen en cuatro grandes apartados: supresión total de hábito tabáquico^{2,3}, control de las cifras de colesterol plasmático por debajo de 200 mg/dl o de LDL inferior a 130³, control de las cifras tensionales y control de la glucemia en los pacientes diabéticos. Por otro lado, los tratamientos farmacológicos que han demostrado utilidad en la prevención secundaria son: antiagregantes (ácido acetilsalicílico, ticlopidina, etc.), cardioprotectores (bloqueadores beta e inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina) y las estatinas^{4,5}.

Aunque las actividades de prevención secundaria están bien establecidas, desconocemos si en nuestras consultas de AP estamos siendo coherentes con el saber científico, de ahí que nos haya parecido interesante describir qué hacemos en nuestras consultas, planteándonos como objetivos:

– Determinar el grado de detección y control de los factores de riesgo cardiovascular modificables en los pacientes diagnosticados de CI.

– Evaluar en esta población la aplicación de los tratamientos preventivos de eficacia probada.

Para ello realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, sobre pacientes con esta patología adscritos al CAP Francia de Fuenlabrada (Madrid). La recogida de datos se realizó a través de las historias clínicas del centro y a lo largo del último año. Las variables se han evaluado en dos momentos:

– Previas al diagnóstico: edad, sexo, antecedentes familiares de CI prematura (< 50 años), antecedentes personales de otra vasculopatía, tabaquismo, HTA (TA > 140/90) y su tratamiento, diabetes, hipercolesterolemia (colesterol total > 250 mg/dl en 2 determinaciones) y obesidad (IMC > 30).

– Tras el diagnóstico: control de la TA, persistencia del tabaquismo, persistencia de obesidad, control glucémico (Hb glucosilada < 7,5%), control del colesterol (colesterol total < 200 mg/dl o LDL < 130) y

prescripción de antiagregantes, cardioprotectores y estatinas.

Se han incluido en el estudio 108 pacientes. De ellos, un 71,3% son varones con edad media de 53,4 años y el 28,7% son mujeres con una edad media de 66,7 años. La distribución de la totalidad de los factores de riesgo presentes con anterioridad al diagnóstico de CI se refleja en la figura 1.

Un 77,2% de nuestros pacientes con CI e hipertensión tenían un buen control de sus cifras tensionales y el 45,4% tenía un colesterol total menor de 200 mg/dl y/o LDL menor de 130, aunque seguían tratamiento con estatinas un 63,9%. El 74,1% de los fumadores había abandonado el hábito tabáquico y persistía la obesidad en un 80,4%. Sólo un 51,9% de los diabéticos tenía la Hb glucosilada por debajo de 7,5%.

El tratamiento antiagregante estaba prescrito en el 93,5% (72,2% con AAS), los bloqueadores beta en 50,9% y los IECA en 45,4%.

La prevalencia de enfermedad cardiovascular es mayor en varones que en mujeres, de forma similar a la recogida en la bibliografía^{5,6}, siendo los factores de riesgo más prevalentes la HTA, el tabaquismo y la hipercolesterolemia. El porcentaje de pacientes hipertensos controlados es alto y muy llamativo el porcentaje de reducción del hábito tabáquico, que es superior que en los estudios de referencia. Aunque el número de pacientes tratados con estatinas es elevado en un 15,7% de ellos, es insuficiente. Por otro lado, la mitad de los pacientes que no realizan controles periódicos de colesterol siguen tratamiento con estatinas. En definitiva, tratamos la hipercolesterolemia, pero en unas ocasiones no sabemos si este tratamiento es efectivo y en otras no conseguimos controlar este factor de riesgo.

En cuanto a los tratamientos preventivos tras la enfermedad coronaria, es semejante e incluso su-

perior al que encontramos en otros estudios, aunque dado que no hemos hecho distinción entre los distintos tipos de cardiopatía isquémica la valoración de los datos no es comparable con los estudios de referencia.

**E. López Núñez, E. Rubio Benito
y C. Pérez Aznar**

Centro de Salud Francia de Fuenlabrada
(Madrid).

1. The SAC/Sterling Committee of the American Heart Association, Preventing heart attack and death in patients with coronary disease. *Circulation* 1995; 92: 2-4.
2. Wood D. European and American recommendations for coronary heart disease prevention. *Eur Heart J* 1998; 19 (Supl A): 12-19.
3. Bradley F, Morgan S, Smith H, Mant D. Preventive care for patients following myocardial infarction. *Family Practice* 1997; 14: 220-226.
4. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LW, Rawles JM. Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. *BMJ* 1998; 316: 1430-1434.
5. EUROASPIRE Study Group. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-1582.
6. De Teresa, Cosín J, López Sendi JL, Oya M, Velasco JA, por el grupo de investigación del estudio PREVESE 98. Tratamiento farmacológico al alta tras un infarto agudo de miocardio en España: estudio PREVESE-98. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52 (Supl 4); 83 [resumen].

**Vasculitis asociada
a la toma de biotina**

Sr. Director: El término vasculitis define un grupo de enfermedades muy diferentes, que tienen en común la inflamación segmentaria de la pared de los vasos sanguíneos, tanto cutáneos como sistémicos. La forma cutánea más frecuente es la vasculitis leucocitoclástica, pudiendo ser su causa infecciones bacterianas o virales, fármacos, enfermedades autoinmunes e idiopática.

A continuación presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestra consulta refiriendo dolores articulares y lesiones pruriginosas en ambas piernas. En la exploración física se pudieron objetivar una serie de pápulas purpúricas que se limitaban a las extremidades inferiores, siendo el resto de la exploración compatible con la normalidad.

La radiografía de tórax fue normal y en las pruebas de laboratorio practicadas las únicas alteraciones que objetivamos fueron una VSG de 51/86, una fracción de complemento C3 de 261 (78-180) y un fibrinógeno de 513. El hemograma y la bioquímica ordinaria eran normales, así como la inmunología solicitada (ANA, crioglobulinas, factor reumatoide, proteína C, antiestreptolisina O < 200 U/ml). Se le practicó biopsia de una de las lesiones, en la que se informaba de la presencia de alteraciones compatibles con vasculitis leucocitoclástica.

Lo interesante del caso es que el único antecedente de interés era la toma en los días previos de un producto homeopático. A posteriori se pudo comprobar que su composición química era biotina o vitamina H. Tras la retirada de dicho producto, y con una pauta descendente de prednisona, las lesiones descritas desaparecieron.

De todos es sabido que dentro de las posibles etiologías de las vasculitis están los medicamentos¹, pero la relación entre vasculitis y la toma de vitaminas ha sido descrita muy pocas veces^{2,3}. Dado el creciente empleo y aceptación con la que cuentan los compuestos homeopáticos y la parafarmacia, consideramos de interés la notificación de este caso. En la inmensa mayoría de los casos la toma de esta sustancia ocurre sin notificación alguna al personal sanitario, y es por este motivo por el que deberíamos de pensar

en ellas ante cuadros de dudosa explicación.

**J.I. Armendáriz^a C. Ondarra^b
y L. Cascante^c**

^aMédico de Familia. Centro de Salud Estella. Navarra. ^bMIR Familia. Centro de Salud Estella. Navarra. ^cDermatóloga. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

1. Smith JG Jr. Vasculitis. *J Dermatol* 1995; 22: 812-822.
2. Romaguera M, Vedia C, Bielsa I, Olivé A. Vasculitis por hipersensibilidad secundaria a vitaminas. *Aten Primaria* 1994; 13: 100-101.
3. Bear RA, Lang AP, Garvey MB. Vasculitis and vitamin abuse. *Arch Pathol Lab Med* 1982; 106: 48.

Prevalencia y factores de riesgo asociados al hábito tabáquico en estudiantes de secundaria de la ciudad de Lleida

Sr. Director: El hábito tabáquico es uno de los problemas más importantes de salud pública y la adolescencia una etapa clave en su inicio. El objetivo del estudio que realizamos fue describir la prevalencia del consumo de tabaco, así como alguno de sus factores asociados, en estudiantes de enseñanza secundaria de Lleida durante el curso 1998-1999. Se diseñó un estudio de prevalencia y se realizó una encuesta a una muestra de 1.456 estudiantes con un cuestionario autoadministrado y anónimo que constaba de 9 preguntas relacionadas con el tabaco y una con el consumo de alcohol. La asociación del hábito tabáquico con los diferentes factores de riesgo se determinó con la odds ratio de prevalencia (OR_p). La edad media de la muestra fue de 15,7 años (DE, 2,1), el 52,1% era varón; un 66,8% había consumido tabaco, y el 34% había fumado durante el último mes. Entre los estudiantes que fumaban cada día, la media fue de 11,1 cigarrillos (DE, 6,9) no detectándose diferencias significativas por sexo.