

dades de los ancianos, y de cómo se debe actuar para que el paciente conserve su autonomía. La responsabilidad de proporcionar ayuda al anciano, día a día, y durante un largo período de tiempo, tiene un impacto físico y psicológico sobre la vida de los cuidadores y el resto de la familia^{2,3}. De hecho, el cuidado de las personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los acontecimientos más estresantes en la vida de una familia y de cada uno de sus miembros⁴. Por todo ello, es importante concienciar del problema a la sociedad y sobre todo a los medios sociosanitarios, y poner en marcha programas de apoyo y actividades que les faciliten la tarea⁵. En nuestro centro de salud, sensibilizados por el tema, pusimos en marcha una intervención educativa dirigida a cuidadores de ancianos dependientes de la zona básica de salud. Se incluyó en dicha actividad a 24 cuidadores de 32 personas mayores dependientes que se encontraban en el registro de visita domiciliaria, divididos en 2 grupos de 12 integrantes cada uno. Las características de nuestros cuidadores no difieren de las halladas en otros estudios de ámbito nacional^{1,3}. El 95% de los cuidadores eran mujeres con una edad media de 57,5 años (DE, 9,1), siendo un 87,5% amas de casa y el 78% con estudios básicos o sin estudios. El parentesco que las une a los ancianos dependientes es variable, encontrando que un 59% es hija y el 19% nuera, frente al 12,5% que era esposa.

La edad media de los 32 ancianos dependientes era de 81 años (DE, 10,2; rango, 62-98), siendo un 66% mujeres. El parentesco que los unía a sus cuidadores principales era en un 44% madre, 19% padre y 12% marido, frente a un 17% que era suegro. La dependencia de los ancianos en el 25% de los casos era debida a limitaciones físicas, en el 19% a limitaciones mentales y en un 56% era debido simplemente a senectud.

El programa pretende tener una visión integral del problema y se plantean como objetivos la mejora de la calidad de los cuidados recibidos por las personas mayores dependientes y la disminución de la carga y el malestar asociados al rol de cuidador⁶. Consta de 2 módulos: uno informativo, en el que se facilita información general sobre los hábitos de vida de las personas mayores y de los cuidados propios de esta edad, siempre po-

tenciando la autonomía de los mayores, se instruye sobre posibles cambios en el comportamiento de los ancianos y se fomenta el desarrollo de habilidades de afrontamiento por parte de los cuidadores; y otro módulo más específico del cuidador, en el que se estimula al autocuidado y se enseña cómo responder mejor a situaciones cotidianas difíciles que se presentan en su convivencia con el anciano y que no son capaces de manejar de forma eficaz. Por último, se proporciona información sobre los recursos sociales disponibles.

Se realizaron 10 sesiones semanales con cada grupo, de 90 minutos de duración, en las que se impartía una parte teórica aplicando técnicas participativas como tormenta de ideas, discusión en grupo, rejilla de análisis o *role-playing*. Se finalizaba con técnicas de relajación y tareas a realizar en la semana siguiente y relacionadas con el tema tratado.

Al finalizar el curso, se realizó un cuestionario destinado a valorar los conocimientos y las habilidades adquiridas, así como la evaluación global del curso. En cuanto a la valoración del taller, un 75% estaba de acuerdo en que habían mejorado sus conocimientos sobre los problemas comunes de los cuidadores, un 66,6% declaraba sentirse menos triste y desanimada con el hecho de cuidar y controlaban mejor la ansiedad y el estrés, y un 66,6% había aprendido a manejar mejor la situación de cuidar. La mayoría (85%) pensaba que el taller les había servido para relacionarse con otras personas que vivían la misma situación. La evaluación del curso fue muy positiva con una puntuación final de 9 (escala sobre 10) y considerando la gran mayoría que el tiempo del curso había sido insuficiente, a pesar de ser 10 semanas.

Como conclusión, cabe decir que nuestra experiencia ha sido alentadora; que las cuidadoras han conseguido incorporarse a la actividad con gran entusiasmo y con necesidad de comunicar sus experiencias; que han sido capaces de aprender habilidades y mejorar su calidad de vida en su papel de cuidadoras; que la comunicación con personas que comparten su problemática ha sido muy positiva y ha supuesto una acción psicoterapéutica, y que el refuerzo positivo y el reconocimiento de su trabajo por parte de los profesionales sanitarios ha supuesto una mejora de su estima

como cuidadoras; y sobre todo que todas estas iniciativas innovadoras son necesarias para cuidar la salud de este colectivo olvidado por todos y tan necesario para la sociedad.

R. Martín Álvarez^a,
C. Buenestado Maljarizo^b,
M.L. Caballero Oviedo^b
y F. Lora Pablos^b

Centro de Salud El Espinillo. Area 11
INSALUD. Madrid.

^aEspecialista en Medicina Familiar
y Comunitaria.

^bDiplomado Universitario en Enfermería.

1. INSERSO. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO, 1995.
2. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998; 21 (7): 431-436.
3. Rubio ML, Sánchez A, Ibáñez JA, Galve F, Martí N, Mariscal J. Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? Aten Primaria 1995; 16 (4): 181-186.
4. Díez J, Redondo ML, Arróniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberrí A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. MEDIFAM 1995; 3: 124-130.
5. Montorio I, Díaz P, Fernández de Trocóniz MI. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol 1995; 30 (3): 157-168.
6. Burgos M, Martín R, Lora F, Cantero P, Domínguez J. Atención comunitaria para cuidadores de ancianos discapacitados. Revista SMMFYC 1999; 1 (4): 16-19.

Hipertensión arterial y antigripales

Antigripales; Efectos secundarios; Hipertensión arterial.

Sr. Director: La hipertensión es una enfermedad prevalente en la población adulta. Se estima que afecta al 20% de la misma. Por otra parte, los fármacos antigripales que llevan en su composición vasoconstrictores son dispensados sin receta e incluso publicitados ampliamente en los medios de comunicación para tratar cuadros catarrales más o menos banales. La mayoría de estos medicamentos lleva en su composición analgésicos o antitusígenos asociados a antihistamínicos y un vasoconstrictor, generalmente fenilefrina, efedrina, seudofedrina o fenilpropanola-

mina. Si tenemos en cuenta que sólo un 30% de los hipertensos existentes son conocidos, a nadie se le escapa la situación de riesgo que se produce durante las estaciones más frías y proclives a infecciones respiratorias.

Caso clínico

Varón de 59 años que acude al PAC (punto de atención continuada) del Centro de Salud Plasencia 1, aquejado de un mareo inespecífico y se detecta una TA de 220/112. El resto de exploración física resulta anódina. Se instaura tratamiento con un IECA sublingual y una dosis del mismo por vía oral. Reevaluado en una hora, la TA era 180/94 y se le da de alta, remitiéndole a la consulta de su médico de cabecera. Se trata de un paciente que normalmente no realiza controles de salud y consta en su historia clínica los siguientes datos relevantes.

Anamnesis: madre ACVA a los 72 años, no sabe si HTA. Sin antecedentes quirúrgicos ni traumatológicos. Nunca se ha hecho analítica ni radiografías. En ocasiones tiene «mareos» que relaciona con situaciones de estrés. Por lo demás, buen estado general. En la última semana está tomando, por un resfriado banal, un producto farmacéutico que se expende sin receta médica y que lleva en su composición un vasoconstrictor.

Exploración física: salvo refuerzo de segundo ruido cardíaco, no encontramos ningún otro dato relevante en la exploración física.

Exploración complementaria: analítica según programa de HTA: lípidos, glucosa, urea, creatinina e iones normales; y ECG: ritmo sinusal, con signos de crecimiento ventricular izquierdo.

Remitido al cardiólogo, el ecocardiograma confirma una hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, secundaria a hipertensión arterial prolongada.

En la actualidad en tratamiento combinado con IECA + verapamilo a bajas dosis, buen control de su TA.

Es muy posible que el desencadenante de la crisis hipertensiva inicial haya sido el componente vasoconstrictor del fármaco antigripal, que estaba tomando el paciente con una hipertensión arterial basal desconocida.

Asociaciones de antigripales y antitusígenos

Describimos con su nombre comercial aquellos medicamentos dispensados sin receta que representan asociaciones de productos sin antibióticos utilizados en procesos catarrales respiratorios banales; fármacos que son comprados directamente en farmacias sin consultar al médico de cabecera. Utilizamos el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas editado por el

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos editado en 1998.

– R05A1A. Asociaciones antigripales con analgésicos:

Alergical expect jarabe, Anticatarral dreiman, Baby rinol, Beecham lemon, Bisogrip, Coricidin, Coricidin fuerte, Cortafriol C, Cortafriol Complex, Couldina, Couldina C, Couldina Instant, Desenfriol, Desenfriol C, Desenfriol D, Desenfriol Infantil, Dimayon, Elingrip, Eucalyptospirine, Farmagripine, Fluxal, Frenadol, Frenadol complex, Frenadol PS, Gripakin, Grippal, Hubergrip, Hubergrip oral, Ilvico, Liderplus, Medinait, Meridol, Nurogrip, Pirifedrina, Pridio, Propalgina plus, Propalgina PS hot lemon, Rinomicine, Rinomicine activada, Rinomicine sobres, Sineficol, Sinutab, Spirsal, Tabletas quimpe, Vincigrip, Vincigrip balsámico y Yendol.

– R05D2A. Antitusígenos asociados a otras sustancias:

Benylin descongestivo, Bequiepecto, Bisolvón compositum, Bronco medical, Broncoformo muco dexa, Caltoson balsámico, Codipront, Diminex antitusígeno, Diminex balsámico, Etermol antitusivo, Fludren, Gragenil, Inistolin antitusivo ped, Iniston antitusivo, Irritos, Lasa con codeína, Mentobox antitusivo, Pastillas Dr. Andreu, Pectobal dextro, Tos mai, Vicks fórmula 44 y Vincitos.

Resultados y discusión

En 35 de los 69 medicamentos (51%) descritos hay componentes vasoconstrictores que pueden ser potencialmente peligrosos en pacientes hipertensos. Todos ellos son clasificados con dos abreviaturas: EXO (especialidad excluida de la oferta de la Seguridad Social) o EFP (especialidad farmacéutica publicitaria). En ambos casos no dispensable con cargo a la Seguridad Social.

Los medicamentos antigripales con asociaciones no antibióticas son dispensados sin receta médica en farmacias a pacientes con enfermedades respiratorias banales que suelen cursar sin fiebre.

La accesibilidad a dichos medicamentos por parte de una población adulta que tiene enfermedades «silenciosas» como es la hipertensión arterial, los hace potencialmente peligrosos. Por otra parte, los beneficios sintomáticos de los vasoconstrictores que se incluyen en dichos fármacos es dudosa. Asimismo, la población adulta que accede a estos medicamentos no suele frecuentar los centros de salud.

Últimamente se preconiza por parte de personal especializado (otorrinolaringólogos, neumólogos) y médicos

de familia el uso de fármacos sin asociaciones para el control sintomático de cuadros infecciosos respiratorios banales. Analgésicos-antipiréticos y antitusígenos por separado. El beneficio de vasoconstrictores, mucolíticos y antihistamínicos no parece demostrado plenamente.

Resultaría conveniente la retirada de estas asociaciones o, en todo caso, la difusión entre el personal farmacéutico del peligro que representan estos fármacos entre la población hipertensa durante las estaciones frías, proclives a los catarros comunes. La cuantificación de unidades de estos medicamentos dispensados sin receta sería necesaria para dar una idea más aproximada del número de personas que están expuestas a dichos vasoconstrictores.

A. Jové Agustí, M.E. Renilla Sánchez y J.F. Aramburu Patau

Centro de Salud Dr. Fleming-Santa Elena.
Zamora.

Kaplan N. Tratamiento de la hipertensión (7.ª ed.). Medical Trends, 1998.

Martín Zurro A. Atención primaria (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999.

Manual de terapéutica médica (9.ª ed.). Barcelona: Masson, 1996.

Setaro JF, Black HR. Refractory hypertension. N Engl J Med 1992.

Catálogo de Especialidades Farmacéuticas de 1998. Madrid: Colegio General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Taylor RB. Medicina de familia. Principios y práctica (5.ª ed.). Madrid: Springer-Verlag Ibérica, 1999.

Evolución del control de la presión arterial en España. Estudio Controlpres 98. Hipertensión 1998; 15: 298-307.

Medicina basada en la evidencia para modificar estilos de vida en pacientes hipertensos. Aten Primaria 1998; 22: 596-606.

Factores de riesgo en la enfermedad coronaria estable. Med Clin (Barc) 1996; 106: 372-377.

Secondary hipertensión: a practical diagnostic approach. Am Fam Physician 1997; 55: 1263-1270.

Endoscopia digestiva y asistencia primaria: experiencia de petición directa de la endoscopia por el médico de familia

Atención primaria; Endoscopia digestiva; Indicaciones.

Sr. Director: Normalmente, cuando un médico de familia considera indi-