

da fiebre sin foco aparente hemos de interrogar siempre sobre posibles excursiones al campo o contacto con animales domésticos, ya que pueden ser la clave de nuestro diagnóstico. Esta enfermedad es bastante frecuente¹⁻⁴ en nuestro medio y puede presentar complicaciones severas⁵, tales como estupor, convulsiones, insuficiencia renal y coagulación intravascular diseminada.

M. Leal Hernández^a, J. Abellán Alemán^a, J. Martínez Crespo^b y R. Vicente Martínez^b

^aMédico de Familia. ^bDUE. Centro de Salud de San Benijáfan-San Andrés. Unidad Docente de MFyC (Murcia).

1. Schuller A. Mediterranean bouton-neuse fever. *An Med Interna* 1997; 14: 325-327.
2. Davins J, Soriano V, Manterolas J, Valencia J, Sabria M. Estudio prospectivo de 57 casos de fiebre botonosa mediterránea. *Aten Primaria* 1989; 6: 174-178.
3. Bonfiglioli G, Ragazzini I, Sandri S, Zucchini A. Reflections on an emerging pathology: bouton-neuse fever. *Minerva Pediatrica* 1987; 39: 337-340.
4. Font B, Espejo E, Muñoz T, Uriz S, Bella F, Segura F. Fiebre botonosa mediterránea. Estudio de 246 casos. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 121-125.
5. Ibáñez J, Arnau D, Knobel H, Cucurull J. Fiebre botonosa mediterránea: formas de presentación y complicaciones raras. A propósito de dos casos. *Rev Clin Esp* 1993; 192: 461-462.

Tabaquismo juvenil. Un abordaje interdisciplinario

Sr. Director: Hace unos días asistimos a una charla en la que, hablando del fracaso universitario, los profesores aducían que el problema tenía su origen en la mala preparación que traían los jóvenes del bachillerato, y cuando se preguntaba en los institutos lo trasladaban a la ESO, y los de infantil argumentaban que el mis-

mo estaba en casa, en la falta de interés y preparación de los padres. ¿Podemos los padres trasladar el problema a ginecólogos y matronas?

Cuando la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes de 16-24 años es del 40%, superior a la media nacional¹, no es cuestión de ir pasando la pelota de unos a otros, sino de agarrarla bien y saber qué hacer con ella. Quizás estemos en el buen camino, ya que parece que la información que se está ofreciendo va dando sus frutos, y aunque siguen siendo pocos los jóvenes que dejan de fumar, tan sólo un 5%, ha aumentado el número de los que no se incorporan al hábito tabáquico (se ha pasado de un 41% a un 55%)¹. La prevalencia de tabaquismo aumenta progresivamente con la edad, de forma que entre los escolares de 9-11 años es del 5-7%, a los 14 años del 21-25% y a los 18-19 años del 55-57%², por lo que es fundamental abordar el problema en su base.

El hecho de que un 60% de los fumadores haya comenzado a hacerlo hacia los 13 años justifica de pleno el abordaje del tabaquismo juvenil en el ámbito de la atención primaria (AP) y más en concreto en las consultas de pediatría y cuando ampliamos el intervalo de edad a los 20 años, el hecho de que un 90% de los fumadores ya lo sean a esa edad³ hace que los médicos de AP y los pediatras tengan un papel primordial en lo que a la prevención del tabaquismo se refiere. Si durante la adolescencia los jóvenes son capaces de no caer en el consumo de tabaco, las probabilidades de que en un futuro sean fumadores son bastante menores⁴. Sin echar balones fuera, el partido contra el tabaquismo juvenil lo tenemos que jugar todos, y si está claro el papel preventivo de médicos de familia y pediatras, no lo está menos el de ginecólogos y matronas, en lo que a profesionales sanitarios se refiere. Es función de todos ir desterrando la idea de que fu-

mar menos durante el embarazo es mejor que la ansiedad que produce el no hacerlo. ¿No se debería incluir como medida preventiva preconcepcional la deshabitación tabáquica y no sólo la administración de ácido fólico? ¿Cuál de las dos medidas evitaría más morbilidad?

Los padres y profesores también forman parte del equipo, sus funciones modélicas y educadoras son tan obvias y evidentes que el comentario se hace sólo con citarlas. Concienciar a los padres también es función de todos, pero los ginecólogos y pediatras van a tener mayor fuerza moral por la época vital por la que pasan. Comentar que abandonar el tabaco va a disminuir los peligros del recién nacido, la incidencia de muerte súbita o la patología respiratoria del escolar^{5,6}, influirá positivamente en el planteamiento de abandono del tabaco de los padres y, por ende, en evitar el inicio al consumo de tabaco de sus hijos.

El médico de familia tiene que continuar con el proceso preventivo-terapéutico iniciado en la consulta de pediatría, haciendo hincapié en uno u otro aspecto en función de las características personales del joven. Si siempre se debe personalizar el consejo anti-tabaco, en estas edades con mayor motivo. Se debe favorecer que el joven encuentre sus propios motivos para no caer en el tabaco, y si ya lo consume, para que lo abandone lo antes posible. ¿Cuál debe ser nuestro frente de actuación? Lógicamente, aquel que le importe al joven: el estético, el económico, los valores de independencia y autoafirmación, el deporte, los hobbies, el concienciarles que fumar sólo reporta beneficios a unos pocos y no precisamente a ellos.

Por tanto, la colaboración entre todos los del equipo, padres y profesionales sanitarios, sin dejar en el banquillo a los profesores (no hay que olvidar que donde más tiempo pasa el joven es en los cen-

tros de enseñanza), es primordial para lograr prevenir y tratar, de forma eficiente y eficaz, el tabaquismo entre los jóvenes (algunos de ellos hijos nuestros).

**M. Torrecilla García^a,
M.A. Hernández Mezquita^a,
M. Barrueco Ferrero^b
y M.D. Plaza Martín^a**

^aCentro de Salud San Juan (Salamanca).

^bServicio de Neumología del Hospital Universitario de Salamanca.

1. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
2. Barrueco M. Bases legislativas para la prevención del tabaquismo en la escuela. Arch Bronconeumol 1996; 32: 237-241.
3. BASP. Una mirada a la publicidad del tabaco. Newsletter 1989; 7: 23-32.
4. Marín Tuyá D. Tabaco y adolescentes. Más vale prevenir. Med Clin (Barc) 1993; 100: 497-500.
5. Rosenberg L, Palmer JR, Shapiro S. Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. N Engl J Med 1990; 322: 213-217.
6. Carrión F, Jiménez Ruiz C. El tabaquismo pasivo en la infancia. Arch Bronconeumol 1999; 35: 39-47.

Hipertensión arterial secundaria en un varón joven asintomático

Sr. Director: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importantes en nuestro medio¹, tanto por su elevada prevalencia, estimada en un 15-20% en la población adulta española, como por su implicación en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares; sólo en un 5% de los casos de HTA se detecta una etiología subyacente², entre éstas, las más frecuentes son: enfermedades del parénquima renal, enfermedad vascular renal, coartación de aorta, síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo

primario, feocromocitoma, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, uso de anticonceptivos hormonales y consumo excesivo de alcohol. Los médicos de atención primaria (AP) nos enfrentamos diariamente al diagnóstico y seguimiento de un elevado número de pacientes con hipertensión esencial, lo que en ocasiones supone que no hagamos una correcta evaluación de los enfermos para detectar y tratar causas corregibles. El siguiente caso clínico constituye un ejemplo de cómo, con una correcta evaluación inicial desde la primera consulta, podemos sospechar, enfocar y confirmar una HTA de causa tratable:

A nuestra consulta de AP acudió un varón de 17 años sano, sin antecedentes de interés, a quien en un examen rutinario de salud se le habían detectado cifras elevadas de presión arterial. En la exploración física inicial se objetivó presión arterial braquial derecha de 160/100 mmHg e izquierda de 120/70 mmHg, soplo sistólico panfocal irradiado a axila izquierda y ausencia de pulsos femorales y pedios, sin otros hallazgos. La edad del paciente y la historia clínica nos hicieron sospechar una hipertensión arterial secundaria, y como causa más probable, coartación de aorta. Entre las pruebas complementarias solicitadas, el hemograma, el sedimento y tira reactiva de orina, la bioquímica plasmática (incluyendo TSH, T4l, calcio y fósforo) y la ecografía abdominal fueron normales. En el EKG se objetivaron signos de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) según criterios de Sokolov (> 35mV) y Cornell (38mV). La radiografía simple de tórax fue muy demostrativa, destacándose una elongación aórtica y crecimiento del ventrículo izquierdo con configuración característica del cayado aórtico y muescas en el borde inferior de las costillas derechas sugestivos de circulación colateral, compatible con la patología que

sospechábamos. La ecocardiografía realizada un mes después confirmó la existencia de una coartación de aorta de localización distal a la salida de la subclavia y posductal, con gradiente de presiones (flujo turbulento), descartó la existencia de otras malformaciones cardíacas y vasculares y confirmó la presencia de HVI. El paciente fue sometido a tratamiento quirúrgico sin complicaciones, aunque persisten cifras elevadas de presión arterial que se controlan con un IECA.

La coartación de aorta es una cardiopatía congénita acianótica sin cortocircuito³, cuya localización habitual es la del caso que nos ocupa; puede asociarse a otras malformaciones cardíacas (válvula aórtica bicúspide en el 30% de los casos) y no cardíacas (aneurismas del polígono de Willis). La HTA se manifiesta tras la alteración de los mecanismos neurohormonales por hipoperfusión renal. Es un proceso habitualmente asintomático, pero cuando se presentan síntomas éstos son: cefalea, epistaxis, intolerancia al esfuerzo y signos de hipoperfusión en extremidades inferiores (claudicación intermitente y disminución del desarrollo). Las posibles complicaciones son: insuficiencia ventricular izquierda, hemorragias cerebrales por aneurismas, endarteritis infecciosa y las derivadas de la HTA. El tratamiento indicado es habitualmente quirúrgico⁴, con lo que se suele corregir el defecto anatómico, aunque no siempre se normalizan las cifras de presión arterial, debido probablemente a la implicación de otros factores vasculares y neuroendocrinos^{5,6}, y/o a la persistencia de HVI; por eso se asocian con frecuencia fármacos tipo IECA. La esperanza de vida de estos pacientes está disminuida, incluso tras la cirugía, y se estima en torno a 50 años.

Nos gustaría destacar, finalmente, la importancia del cribado sis-