

COLOURS

# BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 107

Juliol del 2014



**Sonrisas de Bombay, XII  
Premi a la Solidaritat en  
l'àmbit sanitari del COMLL**



## Assegurances de BAIXA LABORAL

**Garanteixi els seus ingressos en cas que no pugui treballar durant un temps**



**Indemnització de 2.100 €/mes per 315,50 €/any\***

Amb l'assegurança de baixa laboral rebrà el subsidi que hagi contractat quan estigui incapacitat transitòriament per exercir la seva activitat professional degut a una malaltia o accident.



**POSSIBILITAT DE COBRAR DES DEL PRIMER DIA DE BAIXA**  
i fins a un màxim de 18 mesos.



**SENSE RECONeixEMENT MÈDIC PREVI,**  
només amb una declaració de salut.



**ELS FESTIUS TAMBÉ SÓN INDEMNITZABLES**

\* Prima calculada per a un metge de fins 50 anys d'edat amb un període màxim d'indemnització de 365 dies i una franquícia de 15 dies.

**Informi-se'n ara**

Rambla d'Aragó, 14, Pral. Lleida

902 198 984

@ medicorasse@med.es

## Solidaritat en temps de crisi

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha atorgat el XII Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari a l'ONG Sonrisas de Bombay. La notícia demostra que, malgrat la crisi econòmica, el sector sanitari segueix desenvolupant projectes solidaris al Tercer Món i, cada vegada més, a casa nostra.

Les ONG fan una gran feina d'ajut humanitari a una part de la població, però s'estima que hi ha 3.500 milions de persones condemnades a la pobresa, és a dir, la situació afecta la meitat de la població mundial.

Les ONG són cada cop més necessàries. No obstant això, el finançament de les ONG espanyoles caurà un 15% en els propers anys, segons un informe del 2012. Per tant, la crisi fa passar uns moments difícils a les organitzacions humanitàries per la reducció dels ingressos procedents de les administracions públiques —d'un 0,43% del PIB el 2009 s'ha baixat a un 0,19% el 2012—, i també la disminució de les donacions privades —a Espanya col·labora un 19% de la població, mentre que a Suècia ho fa el 70%.

D'altra banda, progressivament augmenten les despeses perquè els ajuts arribin al seu destí i la pobresa s'està incrementant als mateixos països solidaris. En aquest sentit, Càritas estima que a l'Estat espanyol s'ha triplicat el nombre de persones que requereixen ajuts.

Davant del problema, nous temps porten nous mètodes d'organització i de finançament.

Als EUA, el Regne Unit i els països escandinaus triomfa una nova forma de finançament: el fons en línia Online Fundraising, un sistema de recaptació a través d'Internet i les xarxes socials en el qual les mateixes persones que recaptin trameten el missatge de l'ONG a familiars i amics. Això significa una inversió baixa per part de l'ONG, ja que els recaptadors fan quasi tota la feina. Als països nòrdics s'han recaptat més de 3 milions d'euros a través de la plataforma online.

El món i el comportament de les persones canvien. Internet permet noves i pràctiques formes de recaptar, i els recaptadors en són els protagonistes. El nostre món necessita solidaritat i tots poden i hem de col·laborar amb les organitzacions que lluiten per millorar-lo.



Fotografia portada: SONRISAS DE BOMBAY

### Debat sobre la història clínica informatitzada

Amb la participació de la Dra. Montse Esquerda, el Dr. Josep Pifarré, Pere Palancar, responsable d'Informàtica a GSS, i el Dr. Josep Corbella, advocat. **12**

### Astènia primaveral, mite o realitat?

Article de la Dra. Ana Pérez sobre la síndrome estacional o astènia primaveral. **26**

### La degeneració macular i l'edat

La Dra. Carmen Jurjo, cap del servei d'Oftalmologia de l'HUAV, explica la relació entre la degeneració macular i l'edat. **28**

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida  
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41. <http://www.comll.es> butlletimedic@comll.es

**Consell de Redacció:**  
Tomàs Alonso Sancho  
Ferran Barbé Illa  
Ricard Batlle Solé  
Miquel Buti Solé  
Manel Camps Surroca

Joan Carrera Guiu  
Joan Clotet Solsona  
Josep Corbella Duch  
Montse Esquerda Aresté  
Josep Maria Greoles Solé  
Maria Irigoyen Otiñano

Xavier Matias-Guiu Guia  
Mercè Matinero Tor  
Jordi Melé Olivé  
Mercè Pascual Queralt  
Àngel Pedra Camats  
Joan Prat Corominas

Àngel Rodríguez Pozo  
Antonio Rodríguez Rosich  
Josep Maria Sagrera Mis  
Plácido Santafé Soler  
Jorge Soler González  
José Trujillano Cabello  
Joan Viñas Salas  
**Director:**  
Joan Flores González

**Edició a cura de:**  
Magda Ballester. Comunicació  
**Disseny i maquetació:**  
Disseny Kevin  
**Correcció:** Torsitrad  
**Publicitat:** COMLL  
**Fotomecànica:** Gràfics Claret, SL  
**Impressió:** ImpresPla, SL  
DIPÒSIT LEGAL: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

### TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1		OPCIÓ 2		OPCIÓ 3	
ESPACI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPACI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO	ESPACI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €	6 Pàgines interiors	300,51 €	6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
1 Contraportada interna	480,81 €	<b>Preu total insercions:</b>	<b>1.803,06 €</b>	<b>Preu total insercions</b>	<b>901,50 €</b>
4 Pàgines interiors	300,51 €				
<b>Preu total insercions:</b>	<b>2.404,06 €</b>				

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA

# Sessió de treball sobre l'enllaç entre la Unitat Salut Laboral i la xarxa pública en la gestió de malalties relacionades amb el treball

Uns quaranta professionals sanitaris dels serveis de Prevenció i de l'Atenció Primària van participar el 12 de juny en una sessió de treball sobre l'abordatge de les malalties relacionades amb el treball que s'atenen a la xarxa pública. La Unitat Salut Laboral de les regions sanitàries Lleida i Alt Pirineu i Aran va organitzar la sessió, que va tenir lloc a la sala d'actes dels serveis territorials de Salut.

La trobada es va estructurar en tres taules de treball:

*La transformació de la gestió de les malalties relacionades amb el treball: sinergies i aliances.*

Les institucions Gestió de Serveis Sanitaris (GSS), Institut Català de la Salut (ICS) Lleida i Alt Pirineu i Aran, Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) i Unitat Salut Laboral (USL) hi van estar representades i van centrar la projecció d'aquestes institucions cap al futur tenint en compte la seva trajectòria actual.

Amb l'assistència de 40 professionals de Prevenció i AP

La trobada es va estructurar en tres taules de treball

*El Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP).*

És la figura que estableix la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública per tal de dur a terme les intervencions sobre els determinants de la salut de la població, que requereixen un abordatge conjunt des de molts sectors socials i des de l'administració pública, tant l'autònoma com la local. Té l'objectiu d'assolir els propòsits de



Una de les taules de treball de la sessió

millora i protecció de la salut de la forma més equitativa i eficient possible. És, per tant, un instrument de governança que vincula tot el Govern.

*La Unitat Salut Laboral: enllaç entre els serveis de prevenció de riscos laborals i el sistema públic de salut en la gestió del cas.*

Els metges van explicar el paper que fan en l'atenció del cas. Els agents que participen en el circuit són: Atenció Primària, Unitat Salut Laboral, Servei de Prevenció Aliè, Servei de Prevenció Propi, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i mútua d'accidents de treball.

En finalitzar, es va generar un debat amb l'exposició de casos pràctics.

Les conclusions de la sessió van ser les següents:

- És important que l'Atenció Primària, en detectar un cas, el notifiqui al més aviat possible a la Unitat Salut Laboral.

- La Unitat Salut Laboral actua abans, durant i després de la baixa per garantir la salut dels treballadors i impulsar la vigilància i el suport necessaris quan la gestió del cas es realitza entre el sistema públic de salut i el sistema propi de la salut laboral.

- Els Serveis de Prevenció Propis tenen un gran coneixement de la salut dels treballadors, accidents de treball i llocs de treball, i els Serveis de Prevenció Aliens, dels treballadors de diverses activitats i sectors.

- Per a l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques, la col·laboració amb la Unitat Salut Laboral és molt important per gestionar el cas.

- La mútua d'accidents de treball participa indirectament en la gestió del cas realitzant el control de la incapacitat temporal i la gestió de la contingència d'accident de treball i malaltia professional.

## #MedicinaColectiva, una iniciativa estudiantil

#MedicinaColectiva és una iniciativa estudiantil que pretén portar l'estudi de la medicina més enllà de les parets de la facultat. La idea va sorgir arran de la xerrada que la Dra. Mónica Lalanda (@mlalanda), metgessa d'urgències de l'Hospital General de Segòvia, va fer el 25 de febrer sobre l'ús que es fa de la medicina a les xarxes socials.

Durant la seva conferència ens va il·lustrar sobre com un grup d'estudiants de medicina d'Anglaterra van decidir crear un Twitter en què es resolguessin casos clínics i altres temes relacionats amb la medicina. El Consell d'Estudiants de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (@medicinalleida) va decidir agafar el relleu



d'aquesta iniciativa i portar-la a la pràctica amb les eines de què disposem. Creiem que és una bona eina acadèmica per als estudiants de qualsevol curs de medicina i, fins i tot, per a qualsevol professional sanitari, ja que un dels principals avantatges de les xarxes socials és que es pot arribar a

qualsevol part del món amb un simple tuit.

I és d'aquest gran avantatge de què ens volem aprofitar: arribar a altres delegacions d'estudiants de medicina d'arreu d'Espanya, a qualsevol metge professional o personal sanitari que tingui ganes d'interactuar, aprendre o, si més no, reciclar-se o donar un cop de mà als que estem començant el llarg camí que és la medicina. D'aquí ve el nom i l'esperit de la iniciativa, #MedicinaColectiva, una medicina feta per a tothom per aprendre, ensenyar i gaudir.

Dos cops al mes, els dimecres cada quinze dies, uns quants estudiants de medicina de la Universitat de Lleida ens reunim i destriem un cas clínic que oferim a la xarxa. Els internautes ens fan preguntes relacionades amb el cas i nosaltres responem per tal d'avançar amb èxit cap a la seva resolució. No obstant això, aquest no és l'objectiu principal que pretenem assolir, sinó centrar-nos en el maneig del pacient i en els problemes o petits obstacles que

sorgeixen en la pràctica diària del metge i que nosaltres observem durant les pràctiques de la carrera.

Per nosaltres, la iniciativa #MedicinaColectiva és un projecte en el qual, quinzenalment, dipositem tota la nostra il·lusió i coneixements (escassos, tant de medicina com de xarxes socials) i val a dir que és recompensat en gran mesura, ja que els participants, malgrat que comencen amb cert recel, ben aviat agafen la mecànica del joc i hi participen amb entusiasme. Aquesta és, probablement, la nostra major recompensa, saber que, cas rere cas, estudiants d'altres facultats i metges d'arreu del país (cada vegada són més els que decideixen llançar-se al món de les noves tecnologies i les xarxes socials) participen i es bolquen en el maneig del pacient que els presentem i ajuden a fer de la medicina un saber més humà i molt més proper mitjançant les eines que ens ofereixen les noves tecnologies.

# La presidenta del COMLL, padrina dels últims llicenciats en Medicina de la UdL

La presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), la Dra. Rosa M. Pérez Pérez, va apadrinar el 16 de maig la XXXII promoció de llicenciats en Medicina de la Universitat de Lleida. La imposició d'orles va tenir lloc a la Seu Vella de la capital lleidatana.

La Dra. Pérez, que també és professora de la Facultat de Medicina de Lleida, va pronunciar un discurs sobre deontologia mèdica i docència. Després de reconèixer públicament la dedicació i l'esforç de les famílies dels nous llicenciats, va assegurar: "El procés formatiu dels professionals mèdics ens exigeix als que hi participem una gran responsabilitat personal i professional, científica i tècnica, per descomptat, però també ètica."

En aquest marc, la presidenta del COMLL va recordar el valor formatiu de l'exemplaritat i que "la virtut entre les virtuts és la prudència". Els docents també han de fomentar la crítica i l'autocrítica i han d'enfocar la docència amb humilitat i sinceritat, segons la Dra. Pérez. "Cal generar-los (als alum-



Intervenció de la Dra. Pérez

La Dra. Rosa M. Pérez va pronunciar un discurs sobre deontologia mèdica i docència

nes) interès per la nostra matèria", va afegir.

Cal aplicar els principis deontològics de la professió a la docència, va dir, i va proposar la benevolència, el respecte, la cura, la sinceritat, l'amabilitat, la justícia, la integritat, la compassió i la La Dra. Pérez va citar una frase del Dr. Albert Jovell, recentment traspassat, que deia: "En absència de confiança, no som ningú." A més de la confiança, va parlar de l'honestedat, la solidaritat i la discreció indispensables.

La Dra. Pérez va tancar la seva intervenció amb l'oració del metge Maimònides com un exemple que engloba el binomi deontologia mèdica i docència. Finalment, va agrair als llicenciats "haver-me deixat compartir un trosset de les seves vides" i els va felicitar.



La imposició d'orles va tenir lloc a la Seu Vella de Lleida

## ERROR FOTOGRAFIES BM 106

Va haver-hi un error a la pàgina 11 del BUTLLETÍ MÈDIC 106, ja que es van intercanviar les fotografies i els peus de foto del Dr. Jordi Fàbrega i del Dr. José Luis Remón. Disculpeu.

# Congreso Mundial de Investigación en Cuidados Paliativos en Lleida

Posiblemente todo se empezó a fraguar, directa o indirectamente, en Glasgow, en la primavera de 2010. Los congresos de investigación en cuidados paliativos organizados por la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) en sus últimas ediciones se habían celebrado en ciudades del norte y centro de Europa. Tal vez era tiempo de mirar hacia el sur...

Y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) asumió el reto y propuso Madrid como sede del congreso, haciéndolo coincidir con el congreso nacional. Esta propuesta no caló, la EAPC y su red de investigación buscaban una ciudad intermedia, donde el encuentro entre los profesionales fuera sencillo. Algunas de las propuestas que se barajaron en la Junta Directiva de la SECPAL fueron Pamplona, Sevilla o Lleida, y ganó la candidatura de Lleida.

La propuesta que presentamos, elaborada con la ayuda de la Oficina de Turismo de Lleida, era atractiva y equilibrada desde el punto de vista económico. El Palacio de Congresos de La Llotja reunía todos los requisitos pedidos por la Sociedad Europea y la proximidad a Barcelona facilitaba los traslados en el caso de los participantes europeos y de ultramar. Para la gestión de las inscripciones y el alojamiento hemos contado con la colaboración de Barceló Congresos, de la mano de Francesc Tera, director de una de las oficinas de la agencia de viajes en Lleida. Toda la parte científica —elaboración del programa, gestión *on line* y evaluación de las comunicaciones, etc.— ha corrido a cargo de la oficina de investigación de la EAPC, ubicada en Trondheim (Noruega).

De esta manera echamos a andar, con un comité local, que para ser operativo contó con un número reducido de personas, pero en el que estaban representadas las diferentes disciplinas ligadas a los cuidados paliativos, representantes del servicio de oncología, la atención domiciliar y de la universidad.

Han sido muchas las reuniones con unos y con otros, y muchos los correos electrónicos intercambiados, pero el resultado ha merecido la pena.

Hemos acogido a 60 participantes en un Seminario de Investigación en Cuidados Paliativos que se celebró previamente al congreso los días 2 y 3 de junio, muy cerca de Tremp, en El Pallars Jussà. Este seminario pre-congreso permite un intercambio continuo



Inauguración del congreso en La Llotja

El congreso acogió a 1.200 participantes de 53 países y de disciplinas diversas

Se recibieron más de 700 comunicaciones, 90 de las cuales se debatieron

Se expusieron durante todo el congreso 442 pósters

entre docentes y participantes en un clima relajado.

El día 4 de junio, mientras los diferentes expositores montaban sus stands, el Palacio de Congresos de La Llotja acogió diferentes reuniones de grupos de trabajo relacionadas con proyectos de investigación o investigaciones en curso.

El día 5 de junio se celebró la inauguración con el patio de butacas del auditorio principal prácticamente lleno. Presidió el acto el Dr. Ledesma, en representación del Conseller de Salut, y junto a él contamos con la presencia del concejal de Turismo, Sr. Larrosa, en representación del alcalde de la ciudad y de la Sra. Pubill en representación del presidente de la Diputación. Por la parte científica, el profesor Kaasa,

como presidente de la Red de Investigación de la EAPC, y el profesor Bennet como presidente del Comité Científico.

En total, el congreso ha acogido a 1.200 participantes de 53 países de los 5 continentes y de disciplinas de lo más diversas: ética, antropología, economía, psicología, enfermería fisioterapia, nutrición, trabajo social, terapia ocupacional, investigadores de diversas universidades y médicos, entre otras.

Se recibieron más de 700 comunicaciones, de las cuales, las seis mejores fueron elegidas para su presentación en sesiones plenarias. El programa del congreso se construye a partir del material enviado por los propios participantes y son los temas que centran las diferentes investigaciones en curso los que vertebran el propio congreso. En nuestro caso 90 comunicaciones orales constituyeron el fundamento de 4 sesiones diarias; junto a ellas se desarrollaron algunas sesiones temáticas con ponentes invitados. Así, podemos destacar *Metodologías de investigación basadas en el lenguaje*, *Prognóstico en cuidados paliativos*, *Cómo construir una carrera de investigación*, *Cuidados paliativos en la vejez*, etc. Durante el congreso se expusieron 442 pósters, y es, por tanto, la primera vez en mucho tiempo que todos los pósters permanecen expuestos durante todo el congreso. La sala multifuncional de La Llotja nos permitió ese despliegue, que fue muy bien valorado, ya que permitió a los asistentes visitar los pósters sin la urgencia de saber que solo permanecerían expuestos 24 horas.

La dinámica del congreso es bastante homogénea en todas sus ediciones:



Participantes en el Congreso Mundial de Investigación en Cuidados Paliativos

a primera hora de la mañana se celebran los encuentros con el experto (reuniones informales en pequeños grupos lideradas por personas destacadas del ámbito de los cuidados paliativos); tras ellos, la sesión plenaria reúne a todos los asistentes en una conferencia magistral a la que se incorporan las dos mejores comunicaciones recibidas, una forma de premiar el esfuerzo de los investigadores... Tras la conferencia magistral, los asistentes tienen la posibilidad de asistir a cuatro sesiones que discurren en paralelo. Por la tarde, el sistema de trabajo fue muy similar. El idioma oficial del congreso es el inglés y todas las exposiciones se realizan y se presentan en inglés.

Debemos destacar que simultáneamente al programa oficial La Llotja acogió infinidad de reuniones formales e informales en sus diferentes dependencias: reuniones de cinco personas, reuniones de grupos de 20 ó 30 y reuniones de trabajo más amplias.

Los horarios del congreso fueron típicamente europeos, comenzamos a las 8 horas y comimos a las 12.30 horas. El sistema de comida también fue siguiendo los modelos europeos: cada congresista dispuso de una bolsa de picnic cuyo contenido reflejaba la mejor de las filosofías latinas (ensalada, dos bocadillos, una pieza de fruta y una botella de agua). La plaza de La Llotja, su terraza y el área de cafetería facilitaron que la hora de la comida fuera cómoda, relajante y mucho más ágil.

Desde el Comité Local intentamos que no todo fuera ciencia. Los participantes en el seminario pre-congresual pudieron visitar el Observatorio del Montsec y los asistentes al congreso disfrutaron de una demostración de los Castellars de Lleida y fueron invitados a formar parte de la pinya... La ruta del vi de Lleida-Costers del Segre nos ofreció una degustación de vinos ampliamente aplaudida por los congresistas y la Jove Orquestra de Ponent nos deleitó con un gran concierto en la Seu Vella. Además, simultáneamente al congreso el Centro de Arte La Panera inauguró una exposición titulada *Cuerpos frágiles*, en la que presenta diversas experiencias artísticas en relación con la enfermedad y la fragilidad.

Siguiendo el modelo de la edición anterior del congreso, invitamos a los estudiantes de las facultades de Turismo, Enfermería y Medicina de la UdL a participar en el congreso como voluntarios. Se trataba de acercarlos a una experiencia diferente, pero íntimamente ligada a su desarrollo profesional, mientras colaboraban en labores de acogida y organización del propio congreso. Desde aquí queremos destacar y agradecer de forma explícita su labor, entrega y generosidad. Su función fue imprescindible para que la organización del congreso se llevara a cabo de forma exitosa, y ha sido ampliamente alabada por muchos congresistas.

Estamos pendientes de los resulta-

dos de la evaluación de los participantes y de cerrar el balance económico, pero la impresión de todos es que el congreso ha sido un éxito desde el punto de vista científico y organizativo. Los asistentes se han sentido muy bien acogidos en la ciudad. Es cierto que podemos pensar en algunas mejoras de cara al futuro y nuevos congresos: un aumento de plazas hoteleras, un enlace directo entre Lleida y el aeropuerto de El Prat..., pero mientras eso llega podemos seguir trabajando para mejorar nuestra capacidad de respuesta a las necesidades de pacientes y familias, y los congresos en nuestra ciudad pueden ser también una herramienta para ello, al tiempo que nos acercamos a la comunidad.

No queremos acabar esta crónica sin agradecer a los responsables de la Región Sanitaria de Lleida, al Colegio Oficial de Médicos de Lleida, al Colegio Oficial de Enfermería de Lleida, a la Dirección de los hospitales Arnau de Vilanova y Santa Maria y al Institut de Recerca Biomèdica de Lleida; a la Diputación de Lleida y de manera especial a la Paeria, a través de Turismo de Lleida, por su inestimable colaboración, su disponibilidad y cercanía y por haber creído en el proyecto desde sus primeros pasos.

Gracias a todos.

**Dra. María Nabal**  
Presidenta del Comité Organizador  
8th EAPC Research Congress

# VIII Jornada d'Actualització Pneumològica

La VIII Jornada d'Actualització Pneumològica es va celebrar el dia 5 de juny a la sala de Graus de la Unitat Docent de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV). La jornada pretén ser un punt de retrobament entre la pneumologia hospitalària i la primària, amb l'objectiu d'actualitzar temes d'interès comú, millorar determinades habilitats primordials en el camp de la pneumologia i presentar les últimes novetats en el camp de la recerca. Aquest any s'ha mantingut l'estructura de les jornades anteriors, a excepció de la taula inaugural, que va ser reemplaçada per la primera activitat científica de la jornada.

La primera ponència, moderada pel Dr. Pere Farré, metge de família de l'ABS de la Granadella, va tractar de la tuberculosi pulmonar. Malgrat que la tuberculosi és una malaltia infecciosa que pot afectar múltiples òrgans, la forma més freqüent en què es presenta és la tuberculosi pulmonar. Per això es va considerar de primordial interès tractar la qüestió durant les jornades. En primer lloc, la Dra. Malu de Souza Galvão, de la Unitat de Tuberculosi de la Vall d'Hebron-Drassanes, va explicar com s'ha de fer el diagnòstic de la infecció tuberculosa (fig. 1) sobre la pauta de la tuberculina i els IGRA i com s'ha d'afrontar el tractament de la infecció tuberculosa latent.

A continuació, el Dr. Miquel Falguera, del servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, va parlar del diagnòstic i el tractament de la tuberculosi i va posar èmfasi en els següents aspectes: els metges d'Assistència Primària poden intervenir en diferents nivells en la lluita contra la tuberculosi. En aquest sentit, la detecció precoç del malalt amb tuberculosi bacil·lífera és fonamental per evitar la disseminació de la malaltia. Per aconseguir-ho, hem de combinar diverses estratègies. Una història clínica serà el primer punt. És molt important considerar el diagnòstic de tuberculosi en aquella persona que presenta clínica respiratòria des de fa setmanes o fins i tot mesos, i que habitualment presenta anorèxia i ha perdut pes. L'antecedent d'hemoptisi o d'espurts hemoptòics serà també un signe associat a aquesta malaltia. Cal recordar que l'exploració física acostuma ser poc expressiva en aquesta infecció.

Juntament amb la història clínica, la radiografia de tòrax és un altra eina diagnòstica molt important. Les lesions radiològiques de la tuberculosi pul-



El Dr. Ferran Barbé presenta la jornada



Taula de la conferència "Tuberculosi dia a dia"



Taller d'interpretació avançada en espirometria

monar solen ser molt característiques, amb predomini de l'afectació dels lòbuls superiors, imatges cavitades i infiltrats heterogenis. S'han de recordar les formes milars i, més freqüents, les formes pleurals que obliguen a practicar una toracocentesi sempre que aquest diagnòstic sigui una opció raonable.

Els resultats microbiològics són l'altra eina fonamental que confirma la malaltia. Diferència les infeccions causades per *M. tuberculosis* de les produïdes per micobacteris atípics i ens dona informació sobre la sensibilitat antimicrobiana. Pel que fa a l'anàlisi general, té poca utilitat diagnòstica i la utilitzarem per fer el seguiment del pacient, descartar toxicitat pels fàrmacs i avaluar el compliment del tractament. La prova de la tuberculina té poca utilitat diagnòstica, i nul·la en seguiment dels pacients.

El tractament es basa en unes pautes ben conegudes que comprenen 4 fàrmacs durant els dos primers mesos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida i etambutol) i dos fàrmacs durant els 4 mesos següents (rifampicina i isoniazida), tot i que, per raons de tolerància o resistència, aquesta pauta inicialment prevista s'hagi de modificar en un percentatge considerable de casos.

Qualsevol malalt amb tuberculosi pulmonar ha d'estar aïllat al seu domicili durant un període mínim d'un mes, temps que pot allargar-se en aquells casos que presenten lesions cavitades, imatges radiològiques molt extenses, bacil·loscòpies d'espurt molt positives o microorganismes resistents. La necessitat d'aïllar els malalts amb formes pleurals és més discutida. Les mesures que s'han de prendre s'han de restringir a l'estada del pacient en el seu domicili, sense rebre visites, i a l'ús de mascareta només quan hagi de sortir de casa, per exemple, per anar a visitar el metge. La revisió de contactes, particularment dels convivents, fa innecessari adoptar mesures més incòmodes.

**Tot seguit, els assistents es van distribuir en els quatre tallers**

Taller sobre interpretació avançada

**en espirometries:** Dr. Joan Clotet, de Medicina Familiar i Comunitària de l'ABS de Ponts. Basat en l'exercici pràctic d'interpretació d'espirometries de casos clínics de la consulta diària.

**Taller d'interpretació de poligrafies i polisomnografies:** Dr. Ferran Barbé, de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Orientat a la interpretació de les proves fonamentals per diagnosticar els trastorns respiratoris del son.

**Taller d'abordatge del pacient respiratori en la consulta d'Atenció Primària:** Sra. Irene Gómez (DUI) i Sra. Rosa Segura (DUI), de l'ABS Rambla Ferran de Lleida. Orientat a l'atenció integral del pacient respiratori crònic.

**Taller de casos clínics en pneumologia:** Dr. Luis F. Casas, de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Orientat al maneig del malalt respiratori a través de casos clínics habituals que es presenten a la consulta.

Després d'una pausa, la Dra. M. Cruz Urgelés va moderar la presentació i la defensa de les comunicacions orals lliures. Els treballs acceptats van ser:

1) *Eficàcia d'intervenció grupal en nens asmàtics.* Presentat per M. Encarna Domènech Bonilla, de l'ABS Les Borges Blanques.

2) *BODE, eina per valorar el nivell de dependència en pacients MPOC.* Presentat per B. Michans, del Departament de Pneumologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

3) *Proves complementàries habituals i comorbiditats en fumadors d'alt risc.* Dr. Joan Clotet, del Grup Respiratori Lleida.

4) *Estudi descriptiu d'una mostra de diabètics tipus dos (DM2) amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).* Presentat per Núria Tarraubella, de l'ABS Balàfia-Pardinyes-Secà.

5) *Seguiment del tractament amb CPAP en les unitats de son i en atenció primària.* Estudi comparatiu randomitzat d'equivalència. Presentat per la Dra. Sandra Serra, de l'IRBLleida.

La conferència de cloenda, moderada per la Dra. Araceli Fuentes, va anar a càrrec del Dr. Manel Vilà, pneumòleg de

l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Amb el seu peculiar estil, sobri i audaç, va fer una interessant dissertació sobre el paper de la petita via aèria en asma i MPOC, que es pot resumir així: "Les vies aèries perifèriques (VAP) tenen un paper rellevant en les malalties pulmonars obstructives més importants i predominants, com la MPOC i l'asma bronquial." La MPOC es caracteritza per dos fenòmens que sovint coexisteixen: d'una banda, anomalies en les VAP (bronquiolitis), i, de l'altra, destrucció parenquimatosa (emfisema). En l'asma bronquial hi ha inflamació i remodelatge en tota la via aèria (inclosa la perifèrica) que arriba fins i tot al parènquima pulmonar. La inflamació en aquestes dues malalties és diferent: en l'asma predominen els eosinòfils i els limfòcits T helper 2 i, en canvi, en la MPOC són els neutròfils i els limfòcits T supressores els predominants.

Les VAP representen el 10-15% de les resistències totals, però en la MPOC poden representar entre el 4 i el 40% i en l'asma, del 50 al 90%. L'espirometria té dificultats en el seu diagnòstic, ja que només el flux mesoespiratori (FEF25-75%) pot orientar, però se sap que és un paràmetre en què la sensibilitat i l'especificitat no són les més adequades. Es necessiten, doncs, proves funcionals respiratòries més sofisticades (volums

pulmonars, rentat de nitrogen, oscil·lometria per impulsos), proves d'imatge (TAC tòraxic, RNM amb xenó i heli) o marcadors d'inflamació (esput induït, rentat brocoalveolar, biòpsia transbronquial, òxid nítric). Diversos estudis han demostrat que en l'asma bronquial hi ha més eosinòfils activats en les VAP i que en certs fenotips (asma nocturna, asma infantil, asma corticodependent, asma secundària en infeccions víriques i tabaquisme), l'afectació inflamatòria és molt més important en les petites vies. S'estan estudiant marcadors inflamatoris específics d'aquestes vies que podrien millorar el diagnòstic, sobretot el precoç. S'ha valorat que la manca de resposta que s'observa en alguns pacients podria ser causada pel fet que els fàrmacs clàssics inhalats no arriben de forma significativa a aquestes vies. En els últims anys s'estan introduint inhaladors que generen partícules extrafines que poden arribar millor a les VAP i que podrien millorar el control d'aquests pacients.

Finalment, la Dra. M. Cruz Urgelés, previ lliurament del premi a la millor comunicació, que va correspondre al treball presentat per la Dra. Sandra Serra, va dirigir unes paraules de comiat i va encoratjar tots els participants a treballar en la pròxima edició.

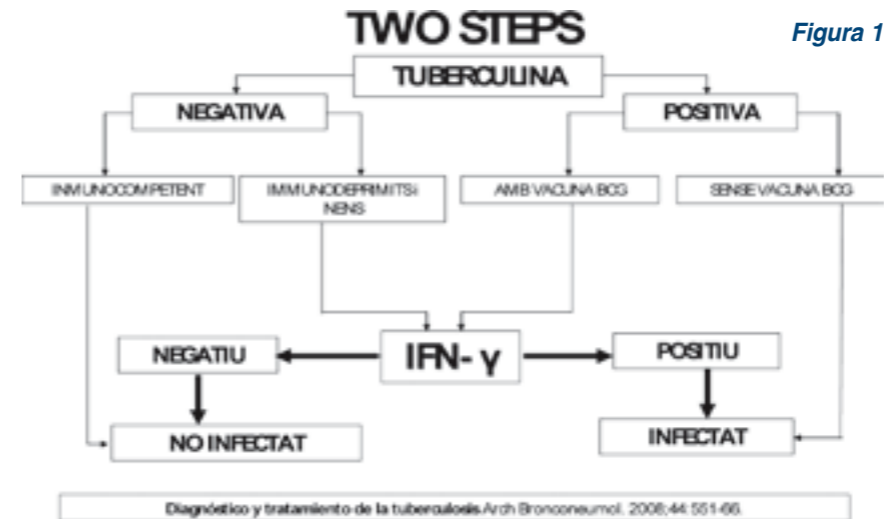


Figura 1

## Finalizado el III Ciclo de Sesiones Clínicas en el COMLL

El III Ciclo de Sesiones Clínicas en el Colegio Oficial de Médicos de Lleida finalizó el 25 de junio. En aquella ocasión, la duración del mismo fue de ocho meses y ha constado de ocho sesiones de contenido diverso y abordaje multidisciplinar. Han participado los servicios de Medicina de Familia y Comunitaria, Geriatria, Cirugia Torácica, Medicina Preventiva, Medicina Interna, Radiología, Psiquiatria y Psicología, Nefrologia y Reumatología. Esta actividad docente ha sido reconocida con 2,4 créditos y ha sido nuevamente promovida por la Sección Colegial de Médicos Residentes. Ha ido destinada a todos los colegiados, incluyendo en esta ocasión a los estudiantes de segundo ciclo de Medicina. La Sección de Médicos Residentes hace llegar su agradecimiento más sincero a todos los ponentes por su dedicación y colaboración y también, por supuesto, a los 52 inscritos por su confianza y motivación. Renovamos nuestro compromiso con la formación.



La Dra. Ojanguren, cirujana torácica del HUAV y colaboradora habitual en las sesiones formativas del COMLL, durante su sesión sobre tuberculosis



La Dra. Barbé, especialista en Medicina Preventiva, durante su exposición sobre la epidemiología de la tuberculosis

## Traspàs de Lorenzo Ibarz

El senyor Lorenzo Ibarz Tornos va morir el passat 6 de maig als 87 anys. Ibarz va ser oficial major de Col·legi de Metges de Lleida, on va començar a treballar el 1955, i va exercir el càrrec fins que es va jubilar, l'any 1996. Descansi en pau.



## Moviment col·legial dels mesos de maig i juny del 2014

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 16 altes durant els mesos de maig i juny de 2014: Ilham E-Koulali, Catherine Rosmar Facera Lozano, Ariadna de Maria Teresa Castañ Abad, Luis Carvalho Fagulha de Sousa, Alicia Villar del Saz Sánchez, Estefanía Galera Lozano, Ariadna de Luna Pla, Marta Sánchez Pérez, Núria Ramon Coll, Mariangela Queiroz Amaral, Karen Isabel Jijón Medina, Alba López Pérez, Marianela Guzmán Carvajal, Maria Ruiz Julián, Marta Canes Niubó, Marina Niubó Cuadras, Eduardo Alexander Pereyra Acha, Jaime Pelegrí Gabarro, Istria Molinero Sampedrano, Luis Eduardo Cabrero Pascual, Juan Antonio Ruiz Ginés, Joaquín González Otero, Empar Sainz Arnau, Tamara Revuelto Artigas, Natividad Badia Morera, José Félix Vera Lorenzo, Daria Mazzuoli, Virginia Claudia Adamoli, Xavier Fornós Roca, Javier Mendoza Vázquez José Luis Villa Palacios, Julia María Berdascas Viruete, Juan Armando Rodríguez Oballe, Ruth Planas Casals, Francisco Rubianes Arturo, Vanesa Gallego Rodríguez, Joel Mases Rosines, Jessica Marqués Galán, Selena del Carmen Razuri Pérez, Laura Analía Maglio, Magaly Milagros Padilla Deza.

### BAIXES

El Col·legi ha registrat 17 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de maig figura la defunció del Dr. Albert Argany Solé. Total col·legiats el 31/12/2013: 1.742.



La nueva junta con la Dra. Irigoyen

## M<sup>a</sup> Fernanda Ramírez, nueva presidenta de la Sección Colegial de Médicos Residentes

Las terceras elecciones de la Sección de Médicos Residentes del Col·legi Oficial de Metges de Lleida se celebraron el 5 de mayo. De acuerdo con el resultado, la presidencia será asumida por María Fernanda Ramírez, residente de quinto año de Medicina Interna. La tesorería dependerá de Cristina Solé, residente de cuarto año de Medicina Interna, y la secretaria, de Mario Sirat, residente de cuarto año

de Medicina de Familia y Comunitaria. Las vocalías serán responsabilidad de Gemma Montagut, residente de tercer año de Psiquiatría; de Anna Pons, residente de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria; de Eugenia Rivero, residente de segundo año de Hematología; de Paula Monteagudo, residente de segundo año de Medicina Interna, y de José Manuel Fernández, residente de segundo año de Dermatología.

Sólo puedo tener palabras de agradecimiento para todos los miembros de la sección colegial de los años previos por su compromiso y dedicación a la institución y por su apoyo, y a todos los colegiados por su entusiasmo al participar en todas nuestras iniciativas.

Dra. María Irigoyen

## XVIII Congrés d'Història de la Medicina Catalana

Del 20 al 22 de juny s'ha celebrat a Igualada el XVIII Congrés d'Història de la Medicina Catalana, el primer dels quals es va fer a Barcelona-Montpeller l'any 1970, que va ser presidit pel doctor Ramon Sarró Burbano.

Les terres de Lleida han estat seu d'aquests congressos en dues ocasions. La primera, l'any 1981, es va realitzar a la ciutat de Lleida i va suposar un esdeveniment important amb gran èxit de participació de les institucions locals i també de l'Ajuntament de Cervera, on va tenir lloc la cloenda en record de la facultat del segle XVIII. Al BUTLLETÍ MÈDIC número 37, del novembre del 2002, es recorda aquell congrés, corresponent al tercer de la sèrie. En va ser president el doctor Jacint Corbella.

Disset anys després, l'octubre de 1998, va tenir lloc el X Congrés a Lleida-Alcarràs, presidit pel doctor Manuel Camps i Clemente, antic metge d'Alcarràs. L'acte inaugural d'aquest congrés es va fer coincidir amb la donació oficial a la Facultat de Medicina, per part de la Paeria, d'una làpi-

da epigràfica pertanyent a l'antiga Facultat de Medicina del 1300. La cloenda del congrés es va fer a la vila d'Alcarràs, amb el lliurament per part de l'ajuntament del llibre d'actes, patrocinat entre el mateix ajuntament i la Diputació de Lleida. El BUTLLETÍ MÈDIC número 14 va donar notícia del congrés.

L'actual congrés, el XVIII, s'ha celebrat a Igualada els dies 20-22 de juny de 2014, presidit pel Dr. Josep M. Ustrell i Torrent. Ha estat organitzat per la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, la Societat Catalana d'Història de la Medicina i el Centre d'Estudis Comarcals d'Igualada. Tal com explica el programa d'actes, el congrés ha estat obert a l'aportació de dades històriques de les diferents especialitats que conformen les ciències de la salut: Museus d'Història de les Ciències de la Salut; àrees de Farmàcia, Infermeria, Medicina, Odontologia i Podologia; Biografies i Temes Lliures. També s'ha dedicat un apartat als *Aspectes sanitaris del segle XVIII*. La cloenda del congrés, que es va fer a Montserrat, es va acabar amb la presentació i el lliurament als congressistes del llibre *Inicis del lèxic científic català modern (1838-1846)*, dels autors Josep M. Calbet i Ferran Sabaté.

Dr. M. Camps

## La secció de Metges de Treball visita la central de Mequinensa

La Secció Col·legial de Metges del Treball de Lleida va organitzar el 6 de juny una sortida a la central de Mequinensa, la més gran de la companyia Endesa. La central de Mequinensa és una instal·lació estratègica a causa de la seva gran capacitat de producció elèctrica, la seva autonomia en cas de fallida general del sistema elèctric i la seva importància per a la seguretat de les centrals nuclears d'Ascó i Vandellòs. Els responsables de la central van acompanyar els membres d'aquesta secció col·legial durant la visita. Els van explicar el funcionament de la instal·lació, la seva història i les seves particularitats davant d'altres centrals de producció elèctrica.

La visita es va iniciar per la sala de màquines, la sala de turbines, la sala de control i el museu fotogràfic, que recull en imatges la creació i modernització que ha experimentat aquesta instal·lació en els darrers anys. Posteriorment, els assistents es van desplaçar a la presa, on van veure les galeries a



Imatge de la visita a la central

diferents nivells i les antigues mines de carbó que hi ha al costat.

Finalment, van pujar a la coronació de la presa, des d'on es gaudeix d'una magnífica vista del pantà de Mequinensa, l'embassament més gran del riu Ebre. En aquest punt, els guies els van explicar el funcionament de les com-

portes i la importància que tenen per a la mateixa central per a l'abastiment d'aigua de les poblacions circumdants i per al regadiu.

Secció de Medicina del Treball del COMLL  
Foto: Dra. Marise Miranda



**FERRERUELA**  
CUINA DE LA TERRA

**Horari Restaurant**  
De dimecres a dissabte: migdies i vespres  
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com

## Com compartir la història clínica informatitzada

*Els professionals de la salut disposen d'un nou instrument, la història clínica informatitzada o digital, cridat a agilitzar el seu treball i millorar l'atenció als pacients. No obstant això, el procés d'aplicació i els canals d'accés poden atemptar contra la confidencialitat?*

### Aspectes ètics i deontològics de la confidencialitat en la història clínica informatitzada

*"No hi ha medicina sense confiança, ni confiança sense confidencialitat, ni confidencialitat sense secret"*

L. Portés, jurista francès

La confidencialitat i el secret professional han estat un dels pilars constitutius de la relació metge-malalt i serien la base de la confiança. Com diu l'aforisme, sense secret no hi ha confidència, i sense confidència no hi ha confiança.

Des dels primers codis ètics de la professió, es remarca la importància del secret professional. Ja en el codi hipocràtic trobem: "Guardaré reserva sobre el que senti o vegi en la societat i no serà necessari que es divulgui, sigui o no del domini de la meua professió, considerant la discreció un deure en casos semblants." El metge Arnau de Vilanova recomanava: "Sigues caut i guarda silenci d'allò que no convé divulgar, i d'aquesta manera et confiaran secrets."

La relació metge-malalt és una relació íntima, en què el malalt revela informació molt sensible. El metge pot tenir accés a informacions d'una persona que no hagi explicat a ningú més; així, entra en l'esfera més íntima de la persona.

Però la confidencialitat i el secret

professional adquireixen nous matisos amb la implantació de la història clínica compartida i les noves possibilitats d'accés a la informació que ens dona.

En alguns casos, el pacient pot voler que algun tipus d'informació molt confidencial no sigui coneguda per terceres persones, encara que aquestes siguin també professionals assistencials al càrrec del pacient. Obviar aquest fet i imposar que tota la informació sigui accessible aniria en contra dels principis de la medicina, de respecte a la intimitat de la persona.

El fet que els pacients sàpiguen que tota la informació que donen al metge està disponible a l'accés de qualsevol altre professional podria suposar que alguns pacients no diguin tota la veritat als metges en aspectes molt importants per a la seva salut (pensem en la conducta sexual de risc, antecedents d'abusos sexuals en la infància, el consum de tòxics i les problemàtiques psicosocials que poden influir en la patologia, entre molts altres aspectes).

Però, d'altra banda, per aconseguir una assistència sanitària de qualitat és molt important que la majoria de dades sanitàries estiguin registrades i siguin accessibles per a qualsevol professional de la xarxa de salut. Imaginem, per exemple, casos en què pugui haver-hi interaccions entre fàrmacs i al·lèrgies, antecedents d'alguna malaltia que el pacient s'hagi oblidat de relatar, situacions d'urgència i un llarg etcètera.

En la història clínica compartida, el pacient té tota la informació protegida, ja que la confidencialitat no és tan sols un deure ètic, sinó també



deontològic i legal de qualsevol professional de l'àmbit de la salut. La importància de la qüestió que ens ocupa fa que qualsevol persona que, per motius professionals, tingui accés a dades protegides estigui obligada a mantenir la confidencialitat d'aquestes dades, sigui quina sigui la seva professió.

Des del punt de vista deontològic, pràcticament tots els codis deontològics de les professions sanitàries insisteixen en la qüestió de la confidencialitat i de la informació que hi ha d'haver en les històries clíniques. En el cas del Codi Deontològic del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, hi ha un apartat sencer que parla del dret a la intimitat i del secret professional (del 29è article al 44è). Entre altres articles, cal destacar els següents.

Art. 36. El metge té el deure d'exigir als seus col·laboradors, sanitaris i no sanitaris, la més absoluta discreció.

Art. 40. El metge ha de tenir molta cura quan les dades mèdiques siguin informatitzades, ja que la confidencialitat de les dades pot ésser violada de manera fàcil i lluny de la relació interpersonal. En aquest cas, especialment, s'han de preservar els drets

del pacient:

Conèixer i controlar les dades introduïdes a l'ordinador, que han d'ésser solament les pertinents, necessàries i verificables.

Modificar o eliminar les inexactes, no demostrables o supèrflues.

Que les dades no surtin mai de l'àmbit sanitari sense el consentiment exprés del pacient, donat després d'una informació clara i entenedora, tret del cas en què no es pugui identificar la persona a qui es refereixen.

Aquests apartats impliquen que no només el metge té l'obligació de confidencialitat, sinó que, a més a més, té l'obligació d'exigir a la resta de l'equip que mantingui també la confidencialitat. I que sigui molt curós a l'hora d'escriure en les històries clíniques, especialment en els formats electrònics.

Per aquests motius, la història

clínica informatitzada ha de tenir un sistema mínim de protecció, com ara el registre d'usuari per accedir-hi i el registre de visites a la història: Així, queda registrat en el sistema per a cada pacient qui, en quin moment i a quina part de la història ha tingut accés. El pacient ho podrà reclamar, i podrà emprendre accions si considera que alguna persona no autoritzada ha accedit a la seva història sense el seu consentiment, fins i tot encara que no hi hagi hagut revelació de secret.

A més a més, a l'hora de salvar les dades més sensibles, es podria plantejar que hi hagués diferents nivells de confidencialitat. Alguns sistemes permeten la restricció de dades per categories professionals; d'altres, per nivells (tot accessible, accessible només a l'equip o especialitat assignats, i accessible només a un professional

en particular) i altres, per tipologies de peticions (d'una dada concreta, d'un episodi per professionals d'altres especialitats...). Caldrà anar avançant en aquesta qüestió per consensuar quin és el millor sistema des del punt de vista ètic, deontològic i legal, i també des de la perspectiva tant dels pacients com dels professionals.

Un altre punt de debat és l'accés a les dades sanitàries per part dels pacients. Considerem que, des del punt de vista ètic, un pacient hauria de poder tenir accés a les seves dades sanitàries. Això implica altres preguntes: ha de tenir accés a totes les dades, incloses les subjectives i les obtingudes a partir de terceres persones? Pot demanar rectificacions, cancel·lacions i oposicions a qualsevol tipus de dada que trobi a la història?

És important que tots els professionals sanitaris estiguem conscienciats de vetllar per la confidencialitat de les dades. Hem de considerar el dany que es pot fer a una persona en un cas de revelació d'informació confidencial, i que, una vegada ocasionat, és difícilment reparable. Per tant, allò en què cal insistir més, des del punt de vista ètic, és a evitar la pèrdua de confidencialitat i a posar tots els mecanismes necessaris per vetllar per la protecció de les dades personals, encara que aquest fet pugui implicar, en alguns casos, una major complexitat en l'accés a algunes dades per part dels diferents programes informàtics.

En resum, podem veure que al segle XXI, en plena revolució informàtica, la frase del jurament hipocràtic "tot allò que vegi i escolti en l'exercici de la meua professió, i tot el que pugui saber sobre la vida d'algú, si és cosa que no ha de ser divulgada, ho callaré i ho guardaré en secret per sempre" continua essent més actual que mai.

**Dra. Montse Esquerda  
i Dr. Josep Pifarré**

Comissió Deontologia del COMLL

### BIBLIOGRAFIA

Comitè de Bioètica de Catalunya. Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la confidencialitat en la documentació clínica informatitzada. Generalitat de Catalunya, 2013. Accessible a: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/03/Confidencialitat-de-la-Infomació-clínica-Informatitzada.pdf>  
Quaderns de la Bona Praxi 2010; 28. Història clínica, tecnologies de la informació i bona praxi. Accessible a: [http://issuu.com/comb/docs/quadern\\_bona\\_praxi28?mode=embed&layout=http%3A/skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true](http://issuu.com/comb/docs/quadern_bona_praxi28?mode=embed&layout=http%3A/skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true)

**Cal posar tots els mecanismes necessaris per vetllar per la protecció de dades encara que impliquin una major complexitat en l'accés**

## Historia clínica compartida: què compartim i amb qui ho compartim

La historia clínica (HC) compartida pretén millorar la salut dels ciutadans amb l'ús d'instruments que facilitin el treball dels professionals sanitaris.

En destacaria cinc beneficis. Primer, la història clínica digital evita els sistemes d'emmagatzemament, transport i seguiment de les històries en paper. Segon, afavoreix la distribució de tot el coneixement disponible sobre el malalt, no només l'últim episodi; inclou imatge i text, i evita errors mèdics derivats de la incorrecta interpretació de lletres il·legibles. Tercer, la HC sempre està ordenada, de manera que no es perden o es repeteixen proves complementàries vigents. Quart, la informació és accessible des de qualsevol lloc, permet integrar els diferents nivells assistencials i ha convertit en un fet el continuïum assistencial entre l'Atenció Primària i l'assistència especialitzada. Finalment, cal esmentar qüestions de futur, com el desenvolupament de sistemes que doten la informació d'intel·ligència activa: a partir dels problemes de salut, i segons protocols i experiències prèvies consensuades, se suggereixen les opcions clíniques recomanades; s'apliquen tecnologies de moda com el *big data*, o el *data mining*, que consisteixen a descobrir patrons en grans volums de conjunts de dades i que incidiran prou en la salut.

A Lleida, la unificació dels sistemes informàtics dels hospitals Arnau de Vilanova, Santa Maria, Comarcal del Pallars i, recentment, la Seu d'Urgell, ens enorgulleix i posa a disposició de tots els professionals assistencials una història clínica única. La integració de la història clínica inclou dades de professionals de l'Atenció Especialitzada, l'Atenció Primària, plans de medicació del Sistema Informàtic de Recepta Electrònica (SIRE), els registres de voluntats anticipades, etc.

El ciutadà és el propietari de la informació i s'ha de garantir l'accés a les dades de salut emmagatzemades de les quals és subjecte. El pacient és el més interessat a conèixer el resultat de proves i informes, i té dret a utilitzar aquesta saviesa en benefici propi. Aquesta informació el pot ajudar a actuar sobre la seva salut, a fer canvis de comportament que condueixin a millores en els seus

indicadors, a suprimir vicis o comportaments erràtics i a iniciar bones pràctiques.

La seguretat, la privacitat i la confidencialitat de la història clínica són drets dels pacients. És necessari controlar la difusió i distribució de la informació de dades referents a la seva malaltia i s'ha d'arbitrar el mecanisme de consentiment per informar-ne tercers. El pacient, com a propietari, vol decidir a qui dona accés a aquesta informació. Ens qüestionem si la informació que expliquem a un professional assistencial concret i de confiança ha d'estar disponible per a qualsevol altre professional assistencial.

Des de fa molts anys, es graven uns registres en arxius informàtics que s'anomenen LOGS en l'argot tècnic. Són com un llibre de registre d'accessos a la HC. Reflecteixen qui ha introduït, modificat o consultat la informació. El legislador obliga, en funció

del nivell de seguretat dels fitxers informàtics (les dades de salut són de vigilància màxima), a emmagatzemar multitud d'informació sobre el comportament de les persones davant de l'ordinador.

Tota aquesta informació resta arxivada sense que hi hagi cap possibilitat que ningú tingui temps d'analitzar-la. Tafanejar resta impune. Només revisarem els logs en el cas que existeixi una denúncia. No hi ha cap sistema que vigili contínuament el comportament ètic de tots els professionals sanitaris en el moment que accedeixen a la informació clínica. Tampoc és viable que el pacient hagi de donar permís a cada persona que l'atén per accedir a dades de la història clínica, com es fa ara en les gestions sobre el consentiment informat.

La primera solució proposada per garantir la privacitat de la HC consisteix a posar a disposició del pacient el

## Un mecanisme de control de la privacitat s'obtidria enviant en temps real una alerta al mòbil que informi d'un accés a la història clínica

registre de logs d'accessos a la seva història clínica. Així, podrà comprovar a cada moment si aquests accessos es poden justificar en funció de les seves necessitats d'atenció clínica i per part dels professionals que en aquells moments l'atenen i que tenen un permís *de facto* per obtenir aquesta informació.

A Catalunya tenim en funcionament la Carpeta Personal de Salut. Es tracta d'una pàgina web (<https://hccc.salut.gencat.cat/ca/web/guest/prelogin-cps>) on, amb l'ús d'un certificat digital (id-CAT, FNMT, OMC, etc.) podem accedir a multitud d'informació

sobre proves diagnòstiques, analítiques, informes d'alta, plans de medicació, etc. Només cal afegir el registre d'accessos a aquesta informació i ja podem tancar el cercle.

L'existència d'aquest sistema d'accés al registre d'accessos per part de la persona interessada a controlar-lo suposaria un gran progrés en la protecció de la informació, però només seria dissuasiu i no impediria l'ús irregular de la potestat d'accés.

La majoria de les persones porten a la butxaca un Smartphone que, de fet, és una fusió de telèfon i ordi-

nador. Amb aquesta tecnologia a l'abast ja rebem avisos de la nostra propera visita amb l'especialista o la propera prova diagnòstica perquè no ens n'oblidem. Les entitats bancàries permeten la configuració de determinades alertes que ens avisen del pagament de rebuts, el cobrament de la nòmina, l'ús de targetes de crèdit, etc.

El segon mecanisme de control de la privacitat s'obtidria enviant una alerta al mòbil perquè ens informi en temps real d'un accés a la nostra història clínica. Aquest mecanisme permetria intentar actuar contra el mal ús de la informació en el mateix moment que aquest accés s'està produint.

**Pere Palancar**

Diplomat en Ciències Empresarials

Responsable d'Informàtica a Gestió de Serveis Sanitaris

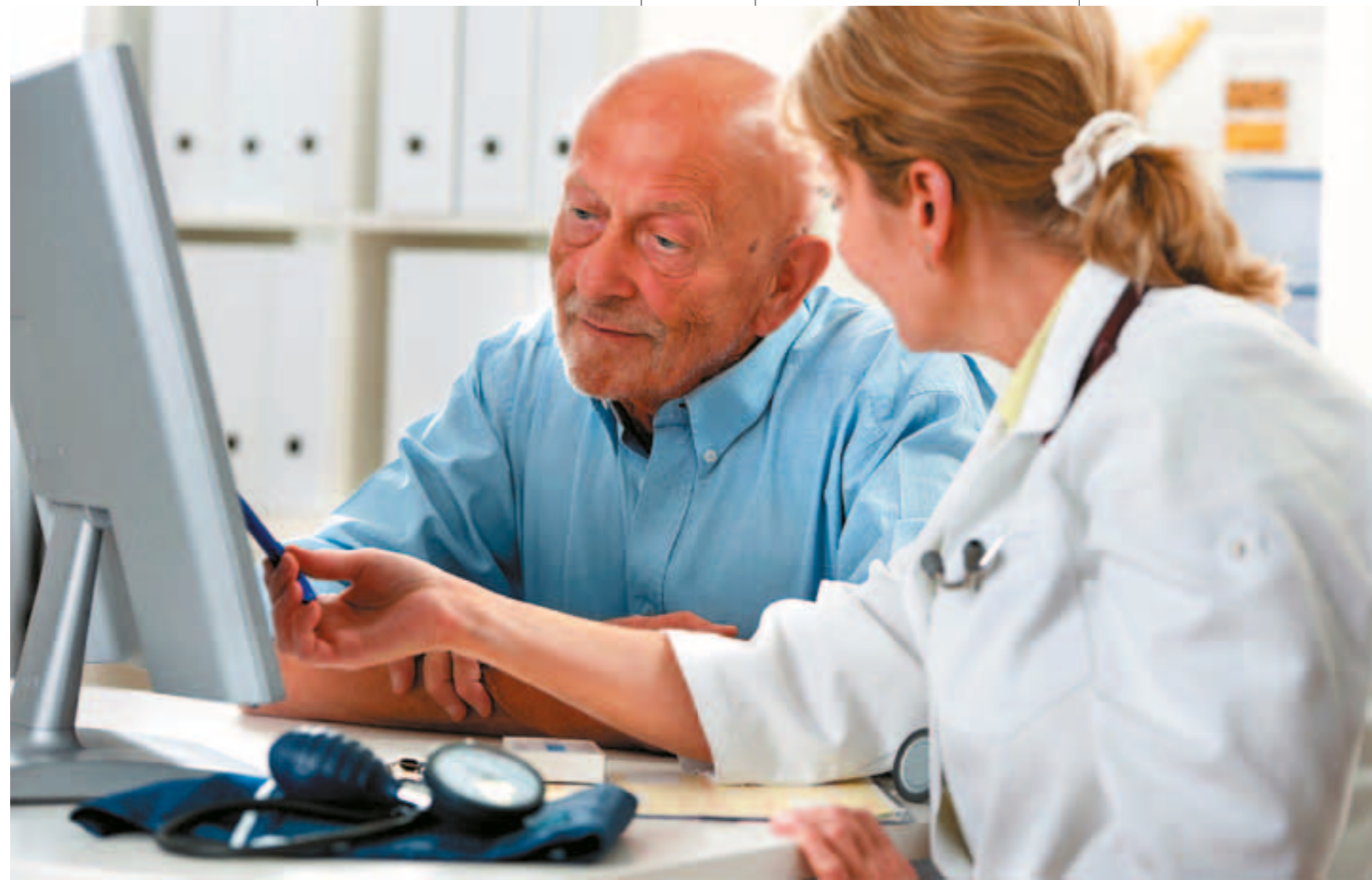
## Comentari sobre la història clínica compartida

Podem dir que la història clínica (HC, en endavant) comença quan un metge decideix anotar en un full de paper o en una fitxa de cartolina les dades més importants en relació amb la malaltia i el tractament de les persones malaltes que li han confiat la cura i atenció de la seva salut. Se'n generalitza l'ús quan els companys de professió s'adonen que aquesta manera de procedir és un bon sistema perquè ajuda a millorar l'assistència i facilita l'activitat professional.

Després, quan ja teníem la HC implementada arreu, i com passa gairebé sempre, apareix el legislador que dicta les normes regulant-ne el contingut, objecte, finalitat, utilització, i un llarg etcètera. Normes que, en el nostre cas, identifiquem en la Llei General de Sanitat, de 25 d'abril de 1986, i en la Llei 41/2002, de 14 de novembre, d'autonomia del pacient.

En els articles 15.2 i 16.1 d'aquesta darrera disposició (la Llei 41/02) queda clarament establert que la finalitat principal de la HC és facilitar l'assistència sanitària, i per això s'imposa que incorpori dades vertaderes i actualitzades en relació amb l'estat de salut del seu titular. Al costat d'aquesta primera i principal finalitat assistencial de la HC, la norma també preveu que es pugui utilitzar amb finalitats epidemiològiques, de salut pública, judicials, de recerca i de docència.

Però l'evolució tècnica i social és imparable. En el breu espai de temps





que hi ha entre la promulgació de les normes esmentades hem assistit a l'eclosió de l'electrònica, que ha obert un nou món, de possibilitats i actuacions infinites, on sembla que tot és possible, i del qual desconexem els límits.

Aquesta evolució tècnica es manifesta en les disposicions de la Llei 41/02, en què es contempla la possibilitat que la HC quedi recollida en suport paper, àudio, informàtic o d'un altre tipus mentre es garanteixi la conservació i la recuperació de les dades, amb la qual cosa entenem que la HC són les dades, i que aquestes dades es poden recollir, emmagatzemar i conservar en diferents suports (paper, informàtica, àudio, etc.), que són la forma en què se'ns presenta.

Amb l'electrònica, s'ha iniciat una era anomenada digital o analògica, i tots junts hem passat d'un món local i tancat a un univers global sense fronteres. Però, també cal dir-ho, en aquest món global, els aspectes locals, les singularitats i les identitats

Però cal dir que aquesta norma mai es va desenvolupar, i ens hem quedat sense conèixer la forma en què s'havia d'organitzar i utilitzar aquesta *non nata* HC única.

Si s'hagués mantingut la vigència d'aquesta disposició, avui no hi hauria cap problema conceptual respecte a la HC compartida, atès que des de la norma legal s'imposaria la utilització compartida de l'única HC que tindria el malalt.

Però de vegades les coses no són tan senzilles. L'Estat espanyol s'estructura políticament i territorialment en diferents comunitats autònomes, cadascuna de les quals té al seu càrrec l'organització i la prestació dels serveis sanitaris a la població del seu territori, d'acord amb les normes generals. Comunitats autònomes que disposen de facultats d'autoorganització dels respectius serveis sanitaris. És clar que en aquesta estructura no es pot mantenir una norma que imposa l'existència d'una sola HC per a cada malalt.

Per això, la Llei 41/02, de 14 de



## A la HC, pel fet que recull dades de salut d'una persona, li són d'aplicació les normes sobre protecció de dades personals a la història clínica

personals no han desaparegut i es mantenen vius, adaptant-se a la nova realitat.

I, per damunt de tot, hi ha la persona, com a ésser individual, únic i irrepetible, amb la seva singularitat, que és l'essència de la dignitat.

És així com d'aquell món esmentat en començar aquestes ratlles ens en queden el metge, que segueix escrivint la HC amb les dades sanitàries més rellevants dels malalts, i el malalt, també anomenat pacient i usuari, en aquest món de serveis globals, que és la persona, cada vegada més conscient de la importància i fragilitat, de la seva dignitat i dels drets inherents a la seva personalitat.

Repasant les disposicions normatives sobre la HC ens adonem que la Llei General de Sanitat de 1986, potser sense saber-ho i avançant-se al seu temps, en l'article 61 (avui derogat i sense efecte), disposava que havia d'existir una HC única per malalt.

El legislador de 1986 contemplava que les persones tindrien només una HC en tot l'àmbit territorial de l'Estat.

novembre, deroga l'article 61 de la Llei General de Sanitat, i en el seu article 14.2 en rebaixa el nivell limitant la unitat de la HC a l'àmbit de cada centre sanitari.

En poc mes de sis anys vam passar d'una HC única per persona a una HC per centre sanitari, però el legislador del 2002 manté viu el projecte de la HC única i, en la Disposició Addicional 3a de la Llei 41/02, encomana al Ministeri de Sanitat la implementació d'un sistema de compatibilitat que faci possible l'ús de la HC clínica per part de diferents centres assistencials de l'Estat.

La Llei 41/02, al mateix temps que reconeix la HC electrònica, també obre la porta a la HC compartida.

És així com passen els anys i cada dia, cada segon, es desenvolupen més i més les eines de la informàtica i les anomenades TIC (tècniques de la informació i la comunicació), que, com és natural, arriben fins a l'administració sanitària, que les fa seves, i, en el nostre cas, la Generalitat de Catalunya comença a treballar en la HC compartida, que, gràficament, identifica com a HC3 (història clínica

compartida a Catalunya), en què el número 3 ressalta la singularitat i la territorialitat del sistema.

HC3, pensant a millorar l'assistència, vol aconseguir un estalvi en el temps i en la utilització de recursos evitant la duplicitat d'actuacions sanitàries. En definitiva, millorar l'assistència al malalt reduint temps d'espera, tant en l'atenció com en el diagnòstic, i al mateix temps facilitar la feina als professionals de la sanitat.

Però el nou sistema cal que també sigui segur en la conservació de les dades sanitàries, evitant-ne la publicació, la difusió i l'accés no consentit per tal de protegir la intimitat de la persona titular de la HC.

Aquest punt, el de la seguretat en la conservació i en la protecció de les dades sanitàries de la persona, és el que, deixant a banda els derivats del mateix sistema operatiu, pot generar més problemes a l'hora d'establir un sistema d'HC compartida, tant si s'anomena HC3 com d'una altra manera.

La protecció de les dades personals té una importància normativa pròpia,

establerta a l'entorn del conveni 108 del Consell d'Europa sobre la protecció de les persones respecte al tractament automatitzat de les dades personals, de 28 de gener de 1981, i la Directiva 95/46/CEE, del Parlament i del Consell de la Unió Europea, de 24 d'octubre de 1995 (actualment, en procés de revisió i modificació), les quals s'incorporen i apliquen en l'ordenament intent espanyol mitjançant la Llei Orgànica 15/99, de 13 de desembre, i el seu reglament, aprovat pel RD 1720/07, de 21 de desembre.

Amb aquestes disposicions, queda clarament definida la dada de salut de caràcter personal com a qualsevol informació concernent a la salut passada, present i futura, física o mental, de l'individu, incloses les referides al percentatge de discapacitat i la informació genètica.

A la HC, pel fet que recull dades de salut d'una persona, li són d'aplicació les normes sobre protecció de dades personals abans esmentades, sens perjudici de la regulació del seu contingut, finalitat, ús i accés establert per les normes sanitàries.

Per tant, en aplicació de les normes

sobre protecció de dades personals, cal informar el malalt, pacient i/o usuari dels serveis sanitaris sobre la incorporació de les seves dades personals en un arxiu d'HC, i, en aquest cas, sobre la utilització compartida per diferents professionals, centres i serveis, de la HC.

El malalt té dret a saber que les seves dades de salut poden ser vistes i tractades per professionals i centres sanitaris diferents d'aquells que les recullen i les incorporen a la HC.

I també cal informar el malalt del lloc on s'ha de dirigir per exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en relació amb les dades de salut incorporades a la HC (drets que, en forma d'acrònim, s'anomenen ARCO).

En l'establiment i organització de la HC compartida cal definir, en primer lloc, les persones que hi tindran accés i les limitacions que tindran per evitar que es produeixin accessos innecessaris al seu contingut que puguin derivar en el coneixement indegut d'aquest i la seva difusió en perjudici de la intimitat del malalt.

Cal establir els filtres i les claus d'accés a la HC compartida, així com el sistema per registrar tots els accessos que hi tinguin lloc, evitant accessos innecessaris i al marge del procés assistencial que motiva la visita, consulta i/o atenció concreta que requereix l'accés.

Perquè ens entenguem, sembla que una consulta per fractura d'un dit de la mà no requereix pas tenir accés a la història ginecològica de la persona, i cal evitar-ho sens perjudici de recordar que l'obligació de guardar secret afecta tots els professionals sanitaris i/o auxiliars que tinguin accés a la HC:

Cal també establir les normes i el circuit d'informació al malalt titular de les dades sobre la incorporació d'aquestes a una HC compartida i sobre el lloc on ha d'exercir els anomenats drets ARCO.

Segurament aquestes mesures, i altres que es puguin establir, no impediran del tot els accessos no consentits ni la divulgació il·legal del contingut de la HC compartida, però també és possible que serveixin perquè no es tornin a donar situacions com les que contempla i condemna la sentència de 8 de febrer de 2012 del Tribunal Superior de Justícia de Navarra de salut per l'accés indiscriminat de professionals, fins a un total de 2.825, fets per 417 usuaris de la xarxa informàtica, ubicats en 55 serveis diferents i no implicats en el tractament, a la HC informatitzada d'una malalta.

Els nous temps ens han portat eines noves i més eficaces, que permeten millorar la qualitat assistencial. Però les noves eines, si no són utilitzades des del respecte i la consideració dels drets més fonamentals i personals dels altres, en aquest cas, del malalt, pacient o usuari dels serveis sanitaris, també poden ser una instrument que faciliti llur vulneració, i cal evitar-ho.

Per això crec que cal posar filtres i límits a la utilització i l'accés dels professionals sanitaris a la HC compartida, per evitar aquells que no tinguin relació amb el procés o situació que motiva l'acte assistencial, però, per damunt de tot, també estic convençut que cal informar i educar els professionals en l'ús de les noves tecnologies i en el coneixement i respecte dels drets fonamentals de la persona, que emanen i sustenten la seva dignitat.

**J. Corbella i Duch**  
Dr. en Dret. Advocat

# Petits gestos que fan la diferència

**H**as sentit a parlar de Sonrisas de Bombay? Si mai has sentit a parlar d'aquesta organització i creus que cal implicar-se en la construcció d'un món més just i solidari, no deixis de llegir. Volem explicar-te la nostra fórmula per lluitar contra la pobresa als *slums* (barris de barraques) de Bombai i per defensar el compliment dels drets humans.

Des de la cooperació al desenvolupament generem eines que promouen canvis estructurals i una transformació social cap a l'autosuficiència i la igualtat d'oportunitats de les comunitats de les zones dels *slums*. L'educació, la salut i el desenvolupament socioeconòmic són el marc principal per al desenvolupament dels nostres projectes.

L'educació és l'eina clau per trencar el cercle viciós de la pobresa i posar en marxa l'ascensor social. Per aquest motiu, la promovem com a valor fonamental del nostre projecte. Actualment desenvolupem un programa integral dirigit a diferents nivells educatius.

El marc legal de l'Índia reconeix, des de l'any 2010, l'educació obligatòria i gratuïta dels 6 als 14 anys. Però Sonrisas de Bombay aposta també per l'educació en edats més joves. Així, el projecte Balwadis d'educació preescolar permet que 700 nens i nenes adquireixin una educació bàsica. Aquest fet implica també un treball amb les famílies perquè també elles apostin per l'educació. Al mateix temps, el projecte contempla una línia que vetlla per garantir uns nivells òptims de nutrició i



*Projecte Balwadis amb la participació de 23 mestres i ajudants de la zona d'Andheri, a l'Índia*

L'educació és l'eina clau per trencar el cercle viciós de la pobresa

Sonrisas de Bombay aposta per iniciar-la en el període preescolar



Revisions oftalmològiques i treballs de camp de Sonrisas de Bombay en formació i difusió entre les dones de temes relacionats amb la salut



salut entre els infants.

El foment de l'educació postobligatòria és un altre dels punts clau del nostre projecte. Així, mitjançant el programa Future Smiles treballam amb els cursos superiors de l'escola Yashodhan per oferir orientació acadèmica i també beques a 200 joves per tal que puguin continuar els seus estudis superiors. D'aquesta manera, s'amplia el ventall d'oportunitats a què tindran accés en un futur.

De la mateixa manera, la promoció de la salut és una precondició per millorar les condicions socioeconòmiques de la comunitat. Per això realitzem revisions mèdiques periòdiques a les comunitats amb què treballem i impulsem campanyes de prevenció i

sensibilització en l'àmbit de la nutrició i la salut. L'any 2010 també vam iniciar un projecte d'oncologia pediàtrica, l'objectiu del qual és aconseguir l'accés al tractament per a famílies sense recursos i fer-los un acompanyament psicosocial durant la malaltia.

Apostem per focalitzar la nostra feina a Andheri Est, la zona de la nostra oficina, amb l'objectiu d'oferir programes integrals, maximitzar recursos i resultats i generar canvis reals i estructurals en la comunitat amb què treballem. També apostem per la creació d'ocupació entre la població local i fomentem especialment l'autonomia de la dona. Per això, la perspectiva de gènere és transversal en el nostre treball, així com la participació de les comuni-

tats beneficiàries en totes les fases dels projectes. La prioritat de situar la dona com a subjecte transformador és l'essència del projecte Seed. Aquest pertany a la línia de desenvolupament socioeconòmic i té com a objectiu la formació ocupacional de les dones de les comunitats dels slums. El 2013, un total de 440 dones van participar en els 13 cursos que vam organitzar.

Però més enllà del projecte Seed, la dona també té un paper clau en el projecte Balwadis. Les 23 mestres i ajudants contractades són dones de la comunitat d'Andheri Est que han rebut formació, i que en reben periòdicament, per poder desenvolupar la seva tasca amb un nivell adequat. De la mateixa manera, la línia de nutrició

## PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

*Dirigit als professional de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs*

*Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà*

**Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!**

Telèfon directe Catalunya: **902 362 492**

Telèfon Lleida: **973 273 859**



Sonrisas de Bombay també desenvolupa el projecte SEED amb la prioritat de situar la dona com a subjecte transformador. L'any 2013, 440 dones van participar en 13 cursos



del projecte la desenvolupen grups autogestionats de les dones de la comunitat, que garanteixen a l'alumnat un àpat equilibrat al dia.

Així doncs, la participació de la dona no només està garantida a tots els nivells i en totes les activitats, sinó que la realitat mostra que és un motor de canvi social de gran valor.

Sonrisas de Bombay fa gairebé 10 anys que està compromesa amb la millora de la qualitat de vida d'aquestes comunitats i que impulsa un treball comú. El nostre marc d'actuació és, doncs, una ciutat de contrastos i desigualtats en què podem trobar grans fortunes, però on aproximadament un

60% de la població viu en condicions de pobresa extrema.

Bombai, ciutat de 20 milions d'habitants, és la capital comercial i financera de l'Índia. Centenars de persones arriben diàriament a aquesta metròpoli, provinents de diferents zones del país, per la qual cosa la mobilitat i la diversitat són enormes. En definitiva, més de 10 milions de persones pateixen, diàriament, a Bombai, vulneracions sistemàtiques dels seus drets fonamentals. Vulneracions de drets socials -com l'accés a la sanitat, al treball i a un habitatge digne-, també de drets civils -com la participació política- i de drets culturals.

Actualment, un dels grans problemes

socials de l'Índia és la pobresa, que afecta el 37% dels seus habitants, que viuen amb menys d'1 € al dia. Sovint les polítiques públiques i les estratègies del país es defineixen des de la concepció que el medi rural és predominant, però ja fa tres dècades que la població urbana creix en detriment de la rural. El fet migratori, la diversitat cultural i la desigualtat d'ingressos impliquen importants reptes que cal resoldre per garantir la justícia social i fer efectiva la igualtat de drets i oportunitats.

A Sonrisas de Bombay treballem amb dones i homes, ancians i ancianes i nens i nenes que donen forma als barris més pobres d'aquesta ciutat. Els *slums* són els barris més degradats, que es caracteritzen per l'amuntegament d'infrahabitatges, la manca d'infraestructures bàsiques, una alta concentració de pobresa i la falta de seguretat. Si hi ha un denominador comú entre les persones que formen part d'aquestes comunitats és la falta d'oportunitats. La gran majoria dels *slums* són invisibles davant l'Administració. Aquesta no els reconeix, de

manera que queden fora de l'abast de les polítiques públiques.

També impulsem campanyes i accions per donar a conèixer i alhora denunciar les vulneracions de drets i l'exclusió que moltes persones pateixen en aquesta ciutat. D'aquesta manera, perseguim sensibilitzar la societat sobre aquesta dura realitat amb l'objectiu de sumar més persones cada dia en la lluita contra la pobresa. Més persones, però també més empreses i actors socials, ja que la implicació és fonamental en la construcció d'un model de societat més just.

Si vols conèixer millor els nostres projectes, entra al nostre web ([www.sonrisasdebombay.org](http://www.sonrisasdebombay.org)) i demana que et fem arribar les nostres *newsletters*. I si vols contribuir a finançar la nostra tasca, no dubtis a fer-te soci o sòcia col·laboradora. Aquest serà un petit gran gest que tindrà efectes molt positius i segur que marcarà la diferència.

**Isabel Martínez Luna**  
Responsable del Departament de Comunicació de Sonrisas de Bombay

# Temiéndose a sí mismo: la fobia de impulsión

Sabemos que las “ideas de muerte” no siempre están relacionadas con el suicidio o muerte procurada voluntariamente, sino que también ocupan en la clínica aquellos pensamientos, intrusos ellos, en los que la persona teme su capacidad y su potencialidad para hacer daño. Pese a que todo ello tiene una valoración interna de ideación ilógica o desproporcionada, esto no disminuye el temor, que es tremendamente real. A este temor a perder el control y a percibirse como potencialmente lesivo lo denominamos fobia de impulsión.

Es fácil entender que “temerse a sí mismo” es una situación muy angustiante. En el caso de la fobia de impulsión, apreciamos que la palabra utilizada es impulsión, por lo que se señala un temor a obrar por impulso. No estamos hablando entonces ni de pulsiones ni de instintos. Son conceptos diferentes.

En primer lugar, antes de entrar en materia, es preferible hacer un recorrido por la terminología que se utiliza en salud mental para acercarnos a la conducta autolesiva, que en algunos casos ocasiona la muerte. El término suicidio etimológicamente procede del latín *sui occidere* y significa “matarse a sí mismo”, siendo un acto que culmina el deseo, en este caso la voluntad de morir.

Las definiciones más utilizadas son las que ofrece el Center for Disease Control (CDC) en el año 1988 y que nos sirven para identificar las distintas conductas suicidas. Se define el suicidio como “muerte como resultado de un daño autoinfligido intencionadamente” de tal modo que empiezan a considerarse tres aspectos: el fallecimiento por el daño, la conducta contra sí mismo y la intencionalidad. Así pues, se percibe la conducta suicida como un continuum que va desde la ideación misma hasta el suicidio consumado. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1976, evitaba los términos *suicidio* y *tentativas de suicidio* sustituyéndolos por *actos de suicidio*.

Por otra parte, también sabemos que la conducta suicida es el resultante de una compleja ecuación en la que participan muchos factores: biológicos, psicológicos y, por último, sociales. Si buscamos una explicación desde la bioquímica de la conducta auto y heteroagresiva, encontraremos que la hipótesis más plausible es la que señala a una hipofunción serotoninérgica, otorgándole el rango de marcador de

rasgo que facilitaría la conducta y que se convierte en un factor de vulnerabilidad. Mann (1998) propone uno de los modelos explicativos de la conducta suicida más aceptado, describiendo el comportamiento suicida como resultado de la interacción entre el estrés y la predisposición a la conducta suicida. Modelo diátesis-estrés.

Los otros factores que participan en mayor o menor medida son la genética, el género, la privación afectiva temprana (marasmo emocional, falta de figuras de apego seguras, dificultad para establecer vínculos), niveles de colesterol bajos, abuso de sustancias tóxicas, que, a través de la reducción de la actividad serotoninérgica, predispondrían a reaccionar ante acontecimientos estresantes, que denominamos “percutores”.

Con respecto a la conducta heteroagresiva (la que una persona dirige contra otra), se deduce que posee un umbral de contención menor que la autoagresiva, ya que esta última requiere la influencia de procesos cognitivos, que se conocen como “lógica suicida”, que señala la reflexión y la decisión que preceden al acto.

Por ello, se deduce que las conductas suicidas y las agresivas comparten un mecanismo común de predisposición, que está relacionado con la función serotoninérgica y que acaba colaborando en el mal funcionamiento del mecanismo de control. Diríamos, metafóricamente hablando, que falla el freno mental.

Pero volvamos al tema: ¿Qué ocurre cuando existe impulso de muerte sin la voluntad de muerte? ¿Y si este miedo se expande a la capacidad que tiene la persona para causar el mal en otra, un hijo, una pareja, un compañero de trabajo, un jefe? ¿Qué hacer cuando el síntoma es un temor a lo que soy capaz de hacer si llegara a perder el control? ¿Qué hacer si el paciente acude con “temor de sí mismo”?

En principio, hay que diferenciar estos pensamientos de los pensamientos suicidas, comentados previamente, ya que en estos últimos encontraremos un razonamiento o lógica suicida detrás de la decisión. En común, pueden tener que el paciente nos hablará de la idea de la muerte de una manera muy presente.

## ¿En qué cuadros o síndromes podremos encontrar esta fobia de impulsión?

No podemos afirmar que sea gene-



“Los románticos o suicida,” pintura de Leonardo Alenza (Madrid, Museo del Romanticismo)

rada por ansiedad, aunque sí que la genera. No encontraremos la fobia de impulsión de manera específica dentro de los trastornos de ansiedad en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (conocido como DSM IV-TR). Sin embargo, podemos encontrar esta clínica como uno de los síntomas en las crisis de

angustia, concretamente en el epígrafe que dice “miedo a perder el control o volverse loco”, con lo cual, si se da este temor dentro de una crisis de angustia, formará parte del síndrome y se etiquetará/diagnosticará como tal.

También encajaría dentro de las denominadas fobias específicas, como puede ser la fobia a los cuchillos o a

cualquier utensilio (o bien situación concreta, como podría ser conducir un vehículo) que pueda facilitar daño o muerte. Lo esperable es que se presente el miedo unido a una conducta de evitación de ese mismo estímulo o situación.

Si lo valoramos como trastorno del pensamiento, podemos pensar que

se trata de una obsesión (del latín *obsidere*, que significa asediar, invadir, bloquear), lo cual nos da una idea de su presentación forzada, impuesta contra su voluntad. Tenemos, por lo tanto, un pensamiento intruso, que acontece sin permiso, molesto, repetido y, en el caso que nos ocupa, temido. Este temor adquiere la categoría de fobia por su doble condición de ilógico e insuperable por el individuo. Este malestar, evidentemente, ha de ser muy significativo para que la persona acuda a pedir ayuda.

También podríamos llegar a pensar que forma parte de un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), pero ¿dónde están las compulsiones? No están, o bien por lo menos todavía no han llegado a presentarse. Tenemos, por lo tanto, una ideación obsesiva sin comportamientos/pensamientos que la neutralicen. ¿Puede ser un principio de una patología que irá a peor, y que se presentará con mayor gravedad? Sí, puede ser. ¿Puede que sea transitorio y que esté dentro de unas crisis de angustia? Pues también puede ser.

Como conclusión, cuando escuchen este tipo de temores en la consulta, atiéndanlos. Conecten con el elevado malestar que genera en el paciente y entiendan que les ha explicado un secreto confiando en ustedes. Con toda esa confianza, si lo consideran oportuno (mi consejo es este), deriven a los especialistas (psiquiatras y psicólogos clínicos) que desde los servicios de salud mental conocen algo de estos casos.

**Dr. Antonio Alcántara Tadeo**

Licenciado en Psicología  
Especialista en Psicología Clínica  
Servicio de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones del Hospital Santa Maria de Lleida  
e-mail: [alcantadeo@gss.scs.es](mailto:alcantadeo@gss.scs.es)

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Abella Pons F; Celma Merola J (2013) La impulsividad: aplicaciones clínicas. Sant Joan de Deu. Ed.
- APA. Asociación Americana de Psiquiatría (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR). Cuarta edición revisada. Masson, Ed.
- Mann, JJ (1998) The neurobiology of suicide. *Nat. Med.* 4, 25-30.
- OMS (WHO) (2002) Suicide Prevention in Europe. The WHO European Monitoring Survey. Copenhagen.
- Ros S; Peris M<sup>a</sup> D; Gracia R. (2004) Impulsividad. *Ars Médica* Ed.
- Vallejo Ruiloba J; Berrios G. (1995) Estados obsesivos. *Masson* Ed.
- Vallejo Ruiloba J; Leal Cercos C (2005) Tratado de Psiquiatría. *Ars Médica* Ed.
- Vazquez-Barquero J L (Ed) (2007) Psiquiatría en atención primaria. *Aula Médica* Ed.

La llegada de la primavera, estación del año que linda con el duro invierno, es bienvenida por casi todos, desde los más pequeños, que por fin pueden despojarse de las ataduras de los abrigos y jugar al aire libre, hasta los más mayores, que nuevamente pueden salir a pasear.

Sin embargo, es la estación en la que más gente se siente débil y cansada. Es el llamado síndrome estacional o astenia primaveral, que afecta a un 15% de la población en mayor o menor intensidad. Pese al uso generalizado de este término, los especialistas coinciden en que no existe como entidad clínica y en que no hay estudios científicos que demuestren su relación con la primavera.

Esta entidad se presenta con síntomas como el cansancio, la fatiga o sensación de falta de energía y motivación, la somnolencia y la apatía. Puede afectar a las funciones cognitivas, provocando pérdida de memoria, dificultad para mantener la atención o la concentración y vigia.

#### Posibles causas

Distintos autores afirman que probablemente se trata de un trastorno temporal por el cambio de horario o el aumento de temperatura, ya que nuestro organismo funciona según los estímulos que recibe del exterior y la luz es uno de los elementos básicos. Así pues, en países en los que los cambios entre los períodos largos y cortos de luz son muy marcados, como en los países escandinavos, la prevalencia es mayor.

El aumento estacional de luz y de temperatura ligados a la llegada de la primavera hace que nuestro organismo tenga que adaptarse a unas nuevas condiciones de luminosidad y de temperatura, así como a otros cambios de humedad y presión atmosférica. En nuestro país hay que añadir el cambio horario, que supone desplazar la hora de las comidas y de otras actividades y dormir una hora menos. Por supuesto, hay personas que se adaptan más rápidamente que otras, pero, en todo caso, la fatiga que conlleva y el malestar anímico conocidos con el nombre de astenia primaveral no deberían durar más de dos semanas.

Existe un argumento con base científica que puede explicar todo este

## Astenia primaveral, ¿solamente un mito o una realidad?



fenómeno. El ser humano cuenta con un reloj biológico de verdad, interno, que mide el tiempo en nuestro cuerpo, capaz de reconocer el momento del día en el que estamos para que nuestro cuerpo se regule adaptativamente (secreción hormonal, regulación de la temperatura, digestión, sueño, etc.).

#### Relación con ritmos circadianos

Los ritmos circadianos son importantes para determinar los patrones de sueño y alimentación de los animales y también para la actividad de todos los ejes hormonales, la regeneración celular y la actividad cerebral, entre otras funciones. Los ritmos circadianos son regulados por relojes circadianos, estructuras cuya complejidad varía según el organismo que corresponda.

El reloj circadiano de los mamíferos se localiza en el núcleo supraquiasmático

(NSQ), situado en el hipotálamo y que marca el compás vital. Se trata de un conjunto de neuronas que reciben información sobre la luz ambiental a través de conexiones con unas células fotorreceptoras (especializadas) situadas en la retina. El NSQ toma esta información sobre el ciclo luz/oscuridad externo y la envía al ganglio cervical superior, y desde aquí la señal es redirigida a la glándula pineal y hace que se segregue serotonina, mientras que se suprime la secreción de melatonina, la hormona que nos hace dormir, y así alivia el estado letárgico.

En la especie humana, el día comienza coincidiendo con el amanecer. Este núcleo nos permite funcionar sincronizadamente con el planeta y los ciclos de luz y oscuridad en nuestro territorio, que es lo que nos resulta útil para nuestra supervivencia.

Otros ritmos circadianos de los que depende también la recuperación física por medio de los ciclos de sueño son los correspondientes a los niveles de cortisol, melatonina, testosterona, hormona del crecimiento humana y la DHEA-S.

El cortisol es una hormona cuyo ritmo circadiano se inicia con la salida del sol al amanecer y llega a su punto más alto alrededor de las 9 a.m., cuando comienza su lento descenso hasta alcanzar su nivel mínimo alrededor de las 6 p.m. con la puesta del sol, para subir de nuevo a las 6 a.m. con el amanecer.

#### Otras patologías relacionadas con cambios meteorológicos

Se conoce como meteoropatía a cualquier patología o enfermedad que se desencadena o agrava ante unas condiciones meteorológicas concretas. Se

han comprobado picos de incidencia de determinadas enfermedades ante situaciones meteorológicas concretas. Se considera que una tercera parte de la población general acusa una notable meteorosensibilidad y es especialmente sensible para manifestar síntomas orgánicos y psíquicos.

La llegada de la primavera va acompañada de algunas patologías que pueden llevar al desánimo y a algunas enfermedades mentales, como los trastornos afectivos y, especialmente, el trastorno bipolar y las depresiones. La alteración de los ritmos biológicos por el incremento de las horas de luz no siempre funciona como estímulo. Entre un 20 y un 25% de la población sufre rinitis alérgica, y también pueden acusar la primavera quienes padecen psoriasis o gastritis. En definitiva, estas patologías producen un malestar que puede hacer que se duerma mal, se

esté más irritable y que se sienta más fatiga y desmotivación.

#### Cómo abordar la astenia primaveral

Como ya sabemos, no existe un tratamiento específico para curar la astenia, pero existen algunas recomendaciones que pueden ayudar a que el cuerpo y la mente se adapten con mayor facilidad.

Mantener unos hábitos de vida saludables puede contribuir a resituarse. Es aconsejable llevar un horario regular de sueño y comidas.

Realizar una dieta sana y equilibrada hace innecesarios los suplementos vitamínicos. Se aconseja empezar el día con un desayuno completo y acabarlo con una cena ligera. Hay alimentos que nos proporcionan más energía, como, por ejemplo, los frutos secos, las legumbres y las frutas y las verduras de temporada. Hay que evitar el exceso de grasas saturadas y colesterol que no aportan beneficios al organismo y debe aumentarse en la dieta la presencia de ácidos grasos poliinsaturados, como los omega-3, abundantes en el pescado azul.

Para adaptarse al calor se recomienda no dejarse llevar por la apatía y fomentar actividades suaves y ejercicios moderados, que motivan y ayudan a liberar el estrés. También los ejercicios de relajación como el yoga y el pilates pueden ayudar a que el cuerpo se adapte mejor al cambio climático.

También es importante mantener el cuerpo bien hidratado. En primavera, cuando hace más calor, el cuerpo aumenta la sudoración y hace un gasto de agua corporal mucho más elevado. Es recomendable, en ausencia de contraindicaciones médicas, beber 1,5 litros de agua al día.

#### En conclusión

La mayoría de los especialistas coinciden en que la astenia primaveral debe ser considerada como un trastorno transitorio ante el que no sería necesario tratamiento y en el que mantener unos hábitos de vida saludables puede ser la mejor estrategia para combatirlo.

**Dra. Ana Pérez**

Medicina Interna Hospital de Santa María

# La degeneración macular asociada a la edad (DMAE)

La mácula es el área de la retina con mayor capacidad para la discriminación visual, y por tanto el lugar donde se lleva a cabo el proceso visual más fino. Su lesión disminuye la agudeza visual central, generando escotomas o deformidad de la imagen (metamorfopsia), disminuyendo la capacidad del paciente para realizar tareas como la lectura, el reconocimiento facial o la conducción.

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) es la primera causa de disminución severa e irreversible de visión en pacientes mayores de 50 años en los países occidentales. La etiopatogenia de esta enfermedad se considera multifactorial y está relacionada con el proceso de envejecimiento ocular, en el que participan factores genéticos, la toxicidad lumínica y los residuos metabólicos que genera el propio proceso visual. Por otra parte, también participan factores ambientales y factores inflamatorios del propio individuo. La enfermedad es bilateral, aunque suele seguir un curso asimétrico.

La DMAE presenta diversas formas clínicas de gravedad, evolución y tratamiento distintos:

- MAE (maculopatía asociada a la edad): existen cambios oftalmoscópicos en el epitelio pigmentario y depósitos hialinos de deshecho (drusas), pero no hay disminución de agudeza visual.

- DMAE (degeneración macular asociada a la edad). Hay cambios maculares con disminución de la agudeza visual.

A-Forma seca o atrófica: se observan áreas de atrofia de un diámetro superior a 175 micras.

B-Forma neovascular, húmeda, exudativa o hemorrágica: aparece una membrana neovascular progresiva que puede generar los siguientes cambios estructurales en la mácula: desprendimiento del epitelio pigmentario, edema, fibrina, hemorragia, tejido cicatricial o exudados duros.

La DMAE avanzada afecta en España al 1,7% de las personas mayores de 50 años y a un 18,5% de los mayores de 85 años. Mucho más frecuentes son aquellas formas que presentan cambios degenerativos sin una disminución importante de la agudeza visual y que llegan a afectar al 48% de la población mayor de 55 años.

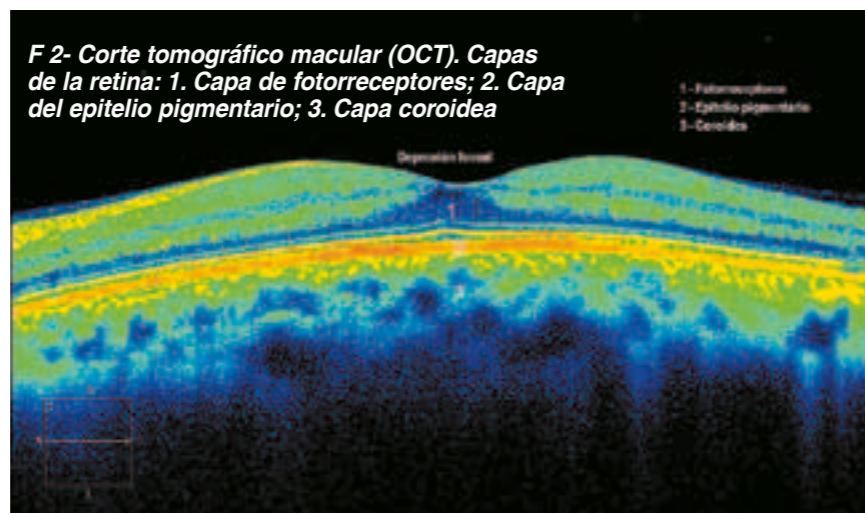
## DMAE

La retina en general y la mácula en particular sufren cambios degenerativos propios del envejecimiento. Las drusas y la atrofia del epitelio pigmentario forman parte de este proceso fisiológico. Las drusas son pequeños depósitos extracelulares de material de desecho que se

La DMAE es la primera causa de disminución severa e irreversible en mayores de 50 años

Se relaciona con el envejecimiento ocular, factores ambientales y factores inflamatorios del propio individuo

acumulan debajo del epitelio pigmentario de la retina. En el fondo de ojo se aprecian como imágenes amarillas distribuidas en el polo posterior de ambos ojos de forma asimétrica, de distintos tamaños y



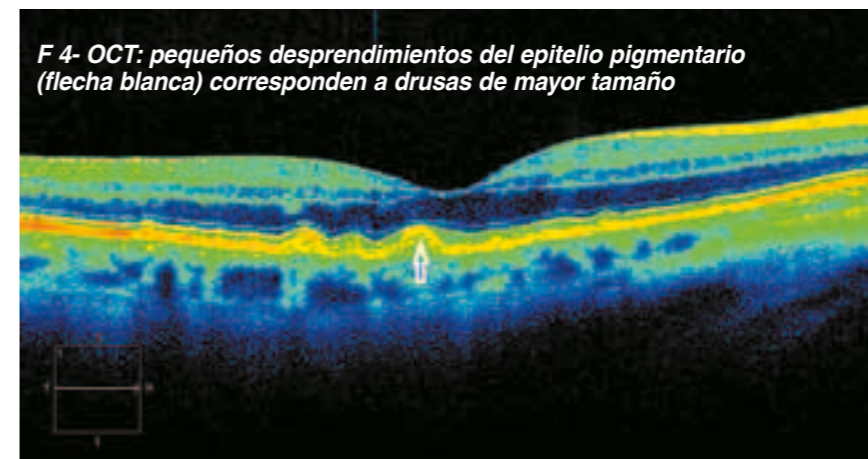
en número variable. Junto a las drusas se pueden observar pequeños cambios de coloración que traducen las alteraciones del epitelio pigmentario.

Las drusas se clasifican en duras (de pequeño tamaño y bordes bien definidos) y blandas (de mayor tamaño y bordes mal definidos). Las drusas blandas pueden unirse y dar lugar a levantamiento del epitelio pigmentario o desprendimiento drusenóide. Este último tipo es más grave y suele evolucionar a formas más severas de la enfermedad con placas de atrofia o formas neovasculares.

## DMAE atrófica

Cuando se produce la atrofia progresiva de los fotorreceptores, del epitelio pigmentario y de la coroides, llega un momento en el que se ve afectada la función visual y hablaremos de DMAE atrófica.

El diagnóstico se realiza simplemente por la evolución clínica crónica y la imagen del fondo de ojo. Tan solo en los casos de metamorfopsia marcada y desprendimiento drusenóide deberemos realizar otras pruebas complementarias para descartar una membrana neovascular y hacer el diagnóstico diferencial con las formas húmedas. En tal caso serán de utilidad la angiografía fluoresceínica y la



tomografía de coherencia óptica ("OCT").

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras maculopatías que suelen producirse en gente más joven, tales como las drusas autosómicas dominantes y la atrofia areolar central.

## Tratamiento

La fase precoz no precisa tratamiento farmacológico. En la dieta se aconseja comer frutas y verduras de hoja ricas en carotenoides que parecen disminuir el estrés oxidativo y mejorar los pigmentos maculares, pescado azul que contiene

ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega3 que, se ha sugerido, pueden participar en la regeneración retiniana, y evitar el hábito tabáquico<sup>1</sup>.

Los ensayos clínicos de referencia para el tratamiento de la degeneración macular son el AREDS y AREDS 2<sup>2,3</sup>. En el AREDS se demostró que, con un compuesto de betacarotenos, vitaminas E y C, zinc y cobre, disminuía la evolución a formas graves en relación con el placebo. Los compuestos existentes en el mercado que siguen las recomendaciones de este estudio contienen dosis más bajas a las prescritas en el mismo, por los efectos

secundarios observados. El contenido en betacarotenos provocó un incremento de cáncer de pulmón en fumadores; el zinc puede producir enteropatía y la vitamina E aumentó el riesgo de fallo cardíaco. En el AREDS<sup>2</sup> se sustituyeron los betacarotenos por carotenoides existentes en la mácula (la luteína y la zeaxantina), resultando igualmente valiosos sin incrementar las neoplasias de pulmón, importante sobre todo en fumadores. En este estudio no se pudo demostrar la eficacia de los omega3 que se añadieron, aunque en otros estudios parece que comer pescado azul disminuye el riesgo de progresión. Otros compuestos como la vit. D, B y el ácido fólico también parecen tener interés, sobre todo en mujeres.

En resumen, se aconseja dar suplementos vitamínicos, además de dieta sana, en los casos con disminución importante de agudeza visual de un ojo, por el riesgo importante que supone la afectación del contralateral y el paso a formas húmedas.

De los factores ambientales, el tabaco es el más importante, sobre todo si los factores genéticos están presentes. Parece que la activación del complemento regulada por el factor H (CFH) tiene gran interés<sup>4</sup>. Se han hallado diversos haplotipos que propician y otros que protegen de la DMAE.

## DMAE húmeda o exudativa

La DMAE húmeda o exudativa es la más agresiva, con una progresión rápida. Supone aproximadamente un 60% de los casos de las formas avanzadas y se caracteriza por el desarrollo de complejos neovasculares coroides que crecen hacia la retina, desestructurándola y lesionándola. El crecimiento de estos neovasos comporta hiperpermeabilidad vascular, hemorragias y, a la larga, fibrosis que dan como resultado una cicatriz disciforme en los periodos evolucionados e irreversibles de la enfermedad. Todo ello se traduce en una alteración de la fisiología de la mácula con la consiguiente disfunción neurosensorial.

Los síntomas son pérdida rápida y progresiva de la agudeza visual, metamorfopsia y escotoma central que causan dificultad, sobre todo en las tareas de cerca.

## Pruebas diagnósticas

La rejilla de Amsler es una hoja con una cuadrícula y un punto central. El paciente explorará cada ojo por separado y, si hay afectación macular, puede ver las líneas deformadas (metamorfopsia) o una mancha central (escotoma). Este test tiene utilidad, sobre todo, para la autoexploración en su domicilio, controlando así la aparición de la enfermedad en los casos de riesgo o su progresión.

Tomografía de coherencia óptica ("OCT"). Es una técnica de imagen tomográfica óptica, no invasiva, con una capacidad de penetración en el tejido de 2-3 mm. La transparencia de los medios

oculares la hace adecuada para la exploración del polo posterior del ojo. Con ella observaremos un corte axial que nos permite distinguir las diversas estructuras de la retina e incluso de la coroides con una precisión de 5-7 micras. Es la técnica de elección para el diagnóstico y, sobre todo, para el seguimiento de la DMAE húmeda. Es una prueba rápida y sin efectos secundarios que nos permite observar la morfología macular, los cambios en el grosor retiniano, el desprendimiento neurosensorial de la retina y/o el desprendimiento del epitelio pigmentario.

Angiografía fluoresceínica (AGF). Técnica de imagen con una sustancia fluorescente que nos ayuda a distinguir entre vasos normales de la retina (continentes para esta sustancia) y neovasos (permiten su extravasación). Es la exploración clásica de diagnóstico y nos permite valorar la membrana neovascular, la profundidad a que está situada, bien sea debajo de la retina (membrana clásica), debajo del epitelio pigmentario (membrana oculta) y su extensión. En ella veremos el componente vascular y su exudación anómala. Por otra parte, también es segura para realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades, como la corioidopatía central serosa en mayores de 50 años, las oclusiones venosas antiguas, las telangiectasias maculares, los sangrados por macroaneurismas o los tumores. Una vez está diagnosticada, la lesión tendrá poca utilidad en el seguimiento y no suele realizarse si no tenemos dudas.

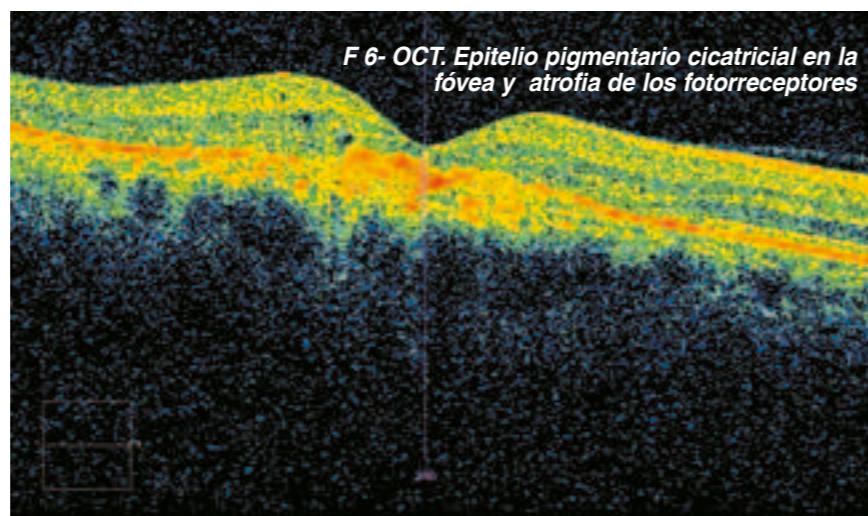
**Tratamiento**

La DMAE exudativa ha sido tratada con láser, cirugía o terapia fotodinámica. Con todos estos tratamientos se intenta eliminar el crecimiento de la proliferación neovascular. Actualmente, el tratamiento de elección y más eficiente es la inyección intravítrea de un antifactor de crecimiento del endotelio vascular (anti-VEGF). El factor de crecimiento del endotelio vascular sabemos que es un potente estimulador de la angiogénesis y su bloqueo resulta muy útil en enfermedades oculares que asocian neovascularización.

Los fármacos utilizados actualmente son el ranibizumab (Lucentis®)<sup>5</sup>, el único con indicación en Cataluña, y el bevacizumab (Avastin®), que se utilizó inicialmente y se sigue utilizando (*off label*), con resultados parecidos al anterior. Un tercer fármaco es el aflibercept (Eylea®), aún no autorizado en España y que parece tener un efecto un poco más prolongado que los anteriores.

En la actualidad, estas inyecciones intravítreas deben realizarse de forma repetida, cada 1-2 meses durante años. Se buscan fórmulas para disminuir el número de inyecciones, tratando de personalizar el tratamiento, con el fin de disminuir la posible iatrogenia y el gran coste económico que supone.

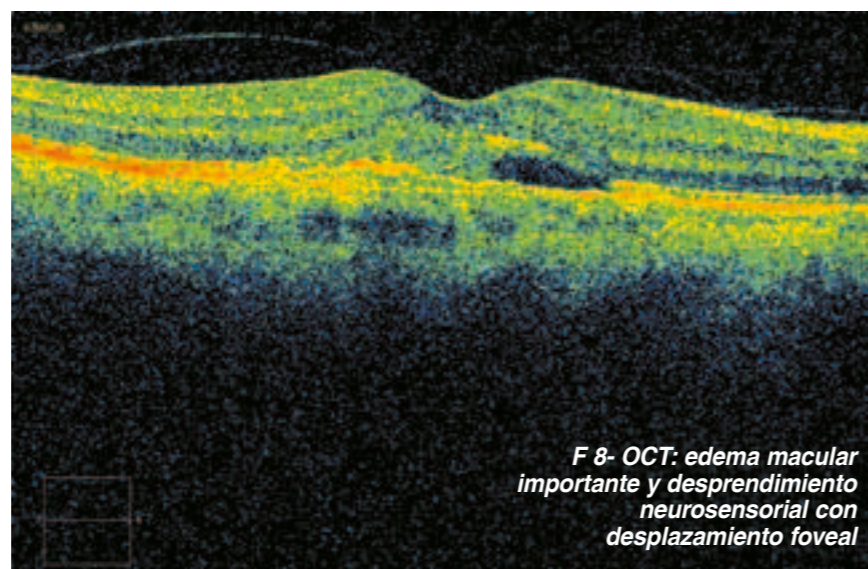
Los potenciales efectos secundarios pueden ser graves; los más frecuentes



F 6- OCT. Epitelio pigmentario cicatricial en la fovea y atrofia de los fotorreceptores



F 7- DMAE exudativa: hemorragias y edema macular



F 8- OCT: edema macular importante y desprendimiento neurosensorial con desplazamiento foveal

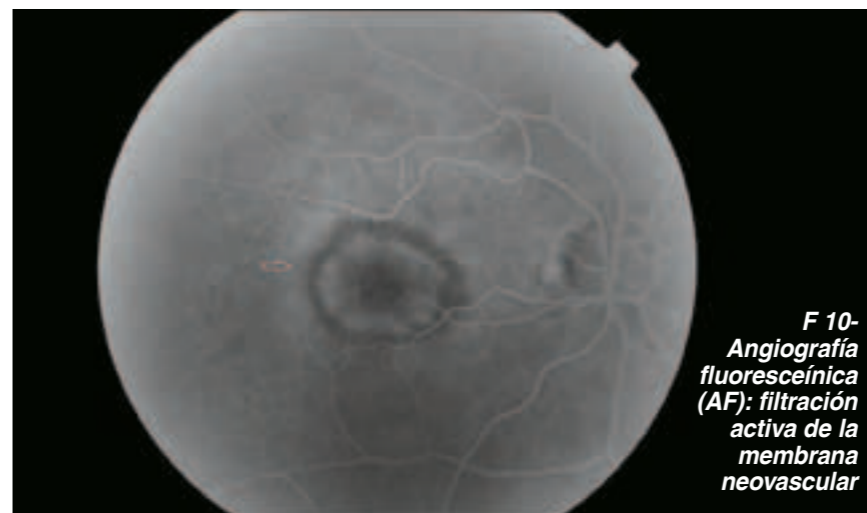
por la propia forma de administración: la inyección intravítrea puede suponer la pérdida del globo ocular por infección grave (endoftalmitis). En términos generales, se ha señalado el incremento de ictus y el posible agravamiento de la cardiopatía isquémica, frecuentes en este grupo de edad. Otras complicaciones menores son la irritación por los desinfectantes oculares y la hemorragia subconjuntival en el lugar de la inyección.

La fórmula más extendida de tratamiento es, inicialmente, 3 inyecciones mensuales y luego a demanda en el momento que observemos una reactivación. Los controles del paciente deben ser muy frecuentes para diagnosticar precozmente la recidiva.

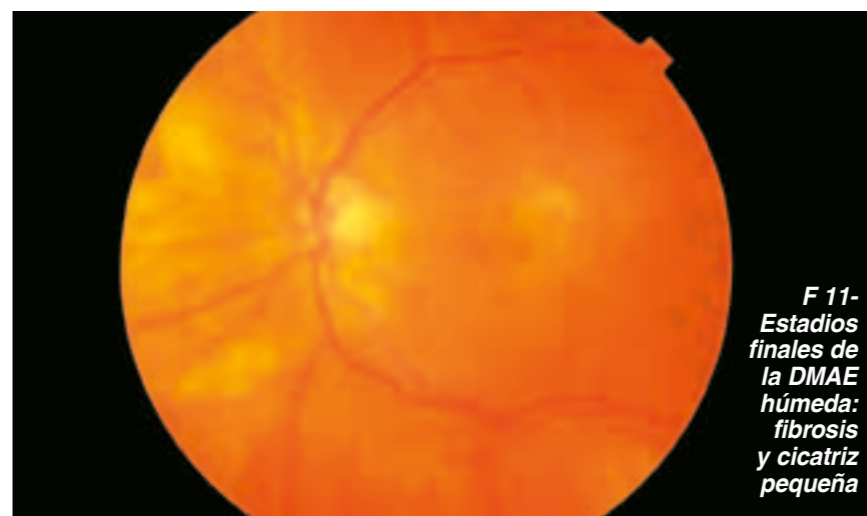
Esta enfermedad y su tratamiento generan controversias por el número elevado de procedimientos y controles durante años, con un coste económico muy eleva-



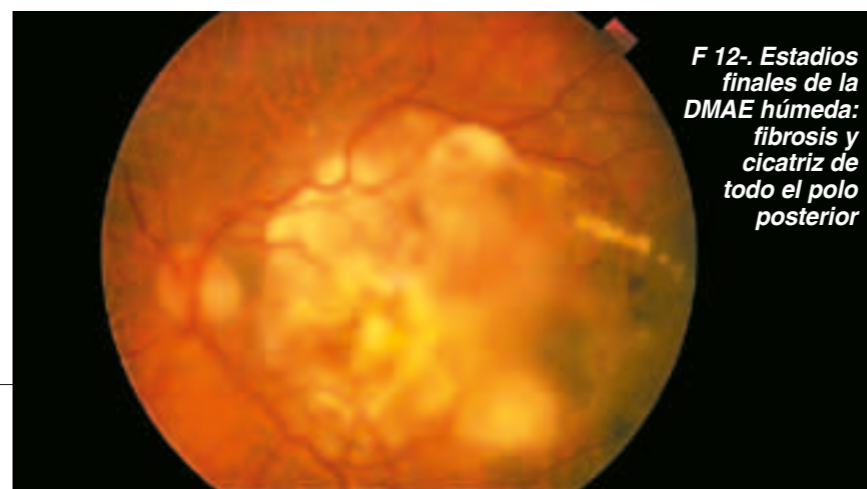
F 9- FO: DMAE húmeda: edema macular y fibrosis



F 10- Angiografía fluoresceínica (AF): filtración activa de la membrana neovascular



F 11- Estadios finales de la DMAE húmeda: fibrosis y cicatriz pequeña



F 12- Estadios finales de la DMAE húmeda: fibrosis y cicatriz de todo el polo posterior

do e incomodidad para el paciente. Relacionado con el coste, la gran polémica no resuelta es la utilización de bevacizumab (*off label*), muchísimo más barato que el ranibizumab (con indicación), ya que no se ha podido demostrar una desigualdad entre estos dos fármacos<sup>6</sup>. No obstante, en ambos casos queda demostrado que los anti-VEGF son el tratamiento de elección.

La terapia cierra la membrana neovascular disminuyendo el edema y el riesgo de hemorragia, por lo que, para obtener un mejor resultado, debe ser precoz. Si la lesión está en una fase cicatricial, ya no tiene eficacia.

Esta enfermedad, principal causa de ceguera legal (AV inferior a 0.1) en Europa, genera un gran impacto social y económico en nuestra sociedad envejecida. Las personas afectadas tienen un gran descenso de las habilidades funcionales y la calidad de vida. Presentan dificultades para tareas como la lectura, coser, mirar la hora, conducir y el reconocimiento facial de amigos y familiares. Pierden independencia, disminución de la movilidad y aumento de lesiones debidas a caídas, causando estrés emocional y depresión.

Estos pacientes en fases avanzadas y con baja visión pueden beneficiarse de ayudas ópticas y reeducación para hacer más seguras las tareas diarias, pero el aprendizaje y tutorización son costosos y en nuestro país no son de utilización habitual.

Dra. Carmen Jurjo

Jefe del Servicio de Oftalmología del HUAV

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bowes Rickman C, Farsiu S, Toth CA, Klingeborn M. Dry age-related macular degeneration: mechanisms, therapeutic targets, and imaging. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013; 54: 68-80
2. Chew EY, Clemons TE, Agrón E, et al Long-term effects of vitamins C and E, -carotene, and zinc on age-related macular degeneration: AREDS report no. 35. Ophthalmology. 2013; 120:1604-11
3. Age-Related Eye Disease Study 2 Research Group. Lutein + zeaxanthin and omega-3 fatty acids for age-related macular degeneration: the Age-Related Eye Disease Study 2 (AREDS2) randomized clinical trial. JAMA. 2013; 309: 2005-15.
4. Awh CC, Lane AM, Hawken S, Zanke B, Kim IK. CFH and ARMS2 genetic polymorphisms predict response to antioxidants and zinc in patients with age-related macular degeneration. Ophthalmology. 2013; 120: 2317-23
5. Rosenfeld PJ, Rich RM, Lalwani GA. Ranibizumab: Phase III clinical trial results. Ophthalmol Clin North Am. 2006; 19: 361-72
6. CATT Research Group, Martin DF, Maguire MG, Ying GS, Grunwald JE et al. Ranibizumab and Bevacizumab for Neovascular Age-Related Macular Degeneration. N Engl J Med. 2011; 364: 1897-1908.





## Els metges també gestionem Mutual Mèdica

Mutual Mèdica és una entitat de previsió social sense ànim de lucre, creada per metges i al servei dels metges. El Consell d'Administració està format exclusivament per metges, que vetllen per oferir les assegurances específiques que el nostre col·lectiu necessita. La gestió dels recursos amb seguretat i prudència ens permet oferir la màxima capacitat asseguradora amb la màxima garantia: el marge de solvència de Mutual Mèdica és 3,6 vegades el mínim legalment exigít.



**MutualMèdica**

La mutualitat dels metges